HC 4HZK J

S 41

Harvard University

Library of

The Medical School

and

The School of Public Health

Purchased

JOURNAL DE CHIRURGIE

FONDÉ EN 1908 PAR B. CUNÉO, A. GOSSET,
P. LECÈNE, CH. LENORMANT, R. PROUST.

REVUE CRITIQUE

PUBLIÉE PAR MM.

R. LERICHE, H. MONDOR, P. MOULONGUET, J. SÉNÈQUE
J. PATEL, A. SICARD

Avec la Collaboration de MM.
J. HUGUIER, L. LEGER, M. ROUX

P. GRISEL, *SECRÉTAIRE GÉNÉRAL*

Tome **69.** — 1953

MASSON ET CIE, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
Purchase
41

498
Z0

ARTICLES ORIGINAUX

Travail de la Clinique Thérapeutique Chirurgicale
de l'Hopital de Vaugirard (Professeur J. Sénèque)
et du Laboratoire de Chirurgie Expérimentale
de l'Amphithéatre d'Anatomie des Hopitaux (Docteur J. Braine).

Anatomie radiologique des voies biliaires intra-hépatiques.

Par MM.

Marcel ROUX, E. BERNIER, Ch. DEBRAY, R. LE CANUET et J. GARRET
(Paris).

L'hépatectomie réglée entre dans la voie des réalisations chirurgicales pratiques et il est vraisemblable que le chirurgien sera amené bientôt à poser de façon non exceptionnelle l'indication de cette intervention.

Les hépatectomies réalisées jusqu'à ces derniers temps méritaient à peine ce nom en raison du caractère limité et atypique de l'opération. Lortat-Jacob et Prochiantz ont apporté l'un et l'autre cette année même à la tribune de l'Académie de chirurgie deux remarquables observations d'hépatectomies droites vraies. Notre maître, le professeur Sénèque, a eu l'occasion de pratiquer tout dernièrement une hépatectomie gauche typique.

La structure anatomique du foie a longtemps échappé aux chirurgiens ou du moins n'a pas retenu leur attention autant qu'elle aurait mérité en raison du danger d'hémorragie incontrôlable qu'une large exérèse hépatique devait, croyait-on, faire courir. En fait les traités d'anatomie classiques et en particulier les remarquables planches de Bourgery laissaient voir que le foie comportait essentiellement deux portions, l'une droite et l'autre gauche, axée chacune sur un pédicule principal dont les éléments portes, biliaires et artériels étaient étroitement solidaires et de disposition grossièrement concordante. Cette structure aisément intelligible à la lumière du développement embryologique de la glande hépatique a perdu chez l'adulte tout caractère d'évidence du fait de la fusion parenchymateuse des deux masses hépatiques originelles mais la trace de cette dualité primitive persiste sur le foie adulte sous forme d'un plan de partage avasculaire séparant nettement deux territoires dont les éléments sont d'origines et de destinées divergentes, la voie de retour du sang provenant de la glande hépatique se scindant elle-même en deux territoires sus-hépatiques distincts, l'un droit, l'autre gauche.

Des études anatomiques précises récentes entreprises en particulier par Couinaud dans le laboratoire du professeur agrégé Delmas à la Faculté de médecine de Paris ont poussé très loin l'analyse de la topographie de distribution des différents éléments destinés à l'une ou l'autre partie du foie et ont permis de préciser la topographie segmentaire des deux territoires hépatiques principaux.

En Suède Hjorstjö (1) et Nordmann (2) avaient bien mis en évidence, par l'étude des cholangiogrammes et grâce à des préparations de corrosion obtenues en injectant une solution de lastex imputrescible dans la veine porte, la dualité de structure de la glande hépatique et avaient précisé la direction du plan de partage des deux territoires. Ceux-ci n'ont absolument rien de commun avec le relief de la surface extérieure du foie et l'on peut admettre que, *grosso modo*, la glande hépatique comprend deux lobes : l'un droit, le plus volumineux, correspondant à la majeure partie du lobe droit classique des anatomistes, l'autre gauche comprenant non seulement le lobe gauche des anatomistes mais aussi le lobe carré et la majeure partie du lobe de Spiegel et débordant d'autre part à droite de l'insertion du ligament falciforme. Le plan de partage dénommé « boundary fissure » par les auteurs scandinaves a, selon eux, une direction oblique de haut en bas, de gauche à droite et d'avant en arrière, faisant avec le plan sagittal un angle de 35° environ.

L'obtention de cholangiogrammes hépatiques au cours des radiomanométries per-opératoires en cas d'interventions sur les voies biliaires nous laissait soupçonner d'autre part l'utilité que pourraient présenter ces cholangiogrammes pour le dépistage de lésions nodulaires, kystiques ou tumorales intra-hépatiques et nous montrait l'intérêt qu'il y avait pour le chirurgien à connaître de façon précise la topographie de l'arborisation des voies biliaires intra-hépatiques et leur systématisation. Ce sont ces raisons qui nous ont incités à reprendre l'étude de l'anatomie radiologique des voies biliaires intra-hépatiques que les travaux scandinaves n'avaient pas complètement épuisé.

Le principal de ces recherches a été un travail de laboratoire basé sur l'étude de foies de cadavres au nombre de 34, radiographiés sous diverses incidences après injection à l'intérieur du système des canaux biliaires d'une substance de contraste opaque aux rayons X, par voie cholédocienne. Les clichés ont été pris successivement sur l'organe *in situ*, puis sur la pièce anatomique extirpée et ceci, d'une part sur la pièce entière, d'autre part après avoir pratiqué sur cette pièce une coupe anatomique isolant les deux lobes vrais du foie. Le résultat de ces recherches a fait l'objet de la thèse inaugurale de l'un de nous (3).

Le moyen de contraste utilisé a été un mélange de minium en poudre et d'acétone malaxés avec soin afin d'obtenir un liquide parfaitement homogène. Il y était adjoint un peu de cellulose et d'éther, ce qui permettait une injection des canaux biliaires intra-hépatiques du calibre le plus fin grâce

(1) Hjorstjö. — *Die Anatomie der Intrahepatischen Gallengänge beim Menschen, mittels Röngten und Injektionstechnik studiert* (Lünd 1948).

(2) Nordmann. — *Die Anatomie der Intrahepatischen Gallengänge beim Menschen, mittels Röngten und Injektionstechnik studiert* (Lünd 1950).

(3) Garret Jean. — *Anatomie radiologique des voies biliaires. Thèse de Paris*, Juillet 1952.

à la faible viscosité du mélange obtenu et une solidification rapide de celui-ci s'opposant à l'évacuation spontanée de la substance de contraste.

Sur le sujet entier les clichés ont été pris successivement de face et de profil, le centrage se faisant dans les deux cas sur le point d'origine du canal hépatique propre. Sur l'organe isolé, des radiographies ont été prises en outre dans le sens vertical. Sur quelques spécimens nous avions disposé des repères métalliques le long de l'insertion du ligament falciforme, au pourtour de la fossette vésiculaire, le long de la gouttière de la veine cave inférieure afin de préciser la topographie de ces accidents du relief hépatique par rapport aux branches d'épanouissement de l'arbre biliaire. Les radiographies de face et de profil des foies extirpés ont été faites d'abord sur l'organe entier puis sur chacun des deux lobes séparément et suivant une incidence strictement identique, après section de l'organe dans le plan de partage des deux territoires. Cette méthode nous a seule permis de dissocier sur les radiographies de profil ce qui appartenait au territoire droit et au territoire gauche de la glande hépatique.

Nous nous proposions d'abord de contrôler par nos cholangiogrammes l'autonomie réelle des deux territoires en ce qui concerne aussi les canaux biliaires et nous nous proposions en particulier de voir s'il existait ou non des anastomoses entre les éléments du système droit et du système gauche.

Nos préparations nous ont montré qu'en ce qui concerne le mode d'origine des canaux biliaires la division topographique en deux territoires distincts était absolument formelle. Il existe par conséquent à l'intérieur de la glande hépatique un système de canaux droits et un système de canaux gauches.

Nos radiographies prises après disposition de repères métalliques le long des accidents du relief extérieur du foie nous ont montré qu'il n'existait aucune corrélation entre ces repères anatomiques extérieurs et la distribution des voies biliaires intra-hépatiques et qu'en particulier tous les éléments situés à gauche du sillon de la veine cave inférieure d'une part, de l'empreinte vésiculaire d'autre part, appartiennent indubitablement et exclusivement au territoire gauche de la glande hépatique. L'analyse du mode de ramescence des voies biliaires intra-hépatiques suppose par conséquent la description de deux territoires, le système droit et le système gauche. Le premier est le plus complexe.

I. — Le système droit.

La partie du foie située à droite du plan de partage se draine par deux branches principales qui vont concourir à la formation de la branche droite d'origine du canal hépatique ou canal hépatique droit. Ces deux branches peuvent être appelées l'une antérieure et supérieure, l'autre postérieure et inférieure en raison de leur direction générale correspondant à des territoires d'origine parfaitement distincts.

Hjorstjö a individualisé une troisième branche qu'il a qualifiée de branche intermédiaire. Celle-ci se jette tantôt et le plus souvent dans la branche antéro-supérieure (fig. 1), tantôt mais plus rarement dans la branche postéro-inférieure (fig. 2).

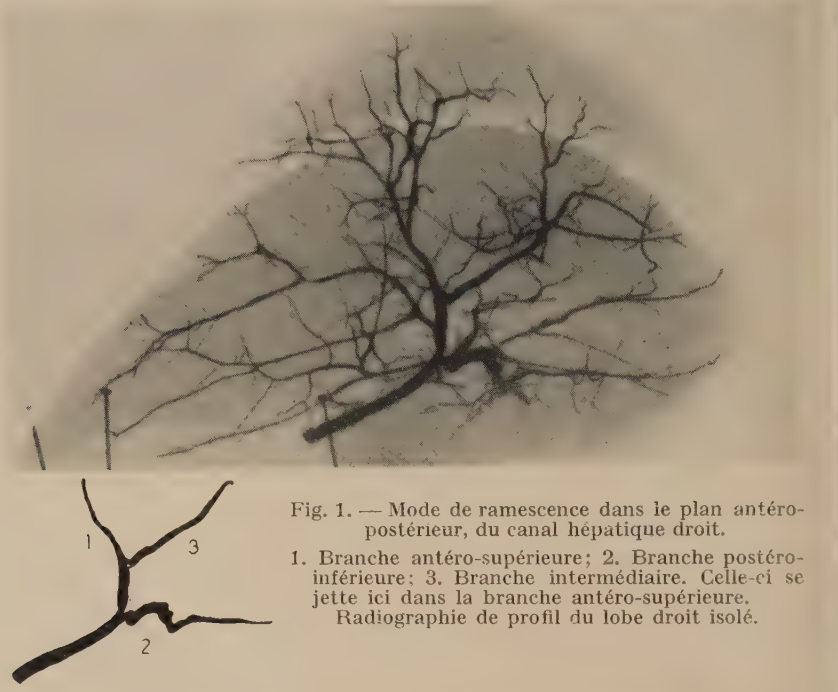


Fig. 1. — Mode de ramescence dans le plan antéro-postérieur, du canal hépatique droit.

1. Branche antéro-supérieure; 2. Branche postéro-inférieure; 3. Branche intermédiaire. Celle-ci se jette ici dans la branche antéro-supérieure. Radiographie de profil du lobe droit isolé.

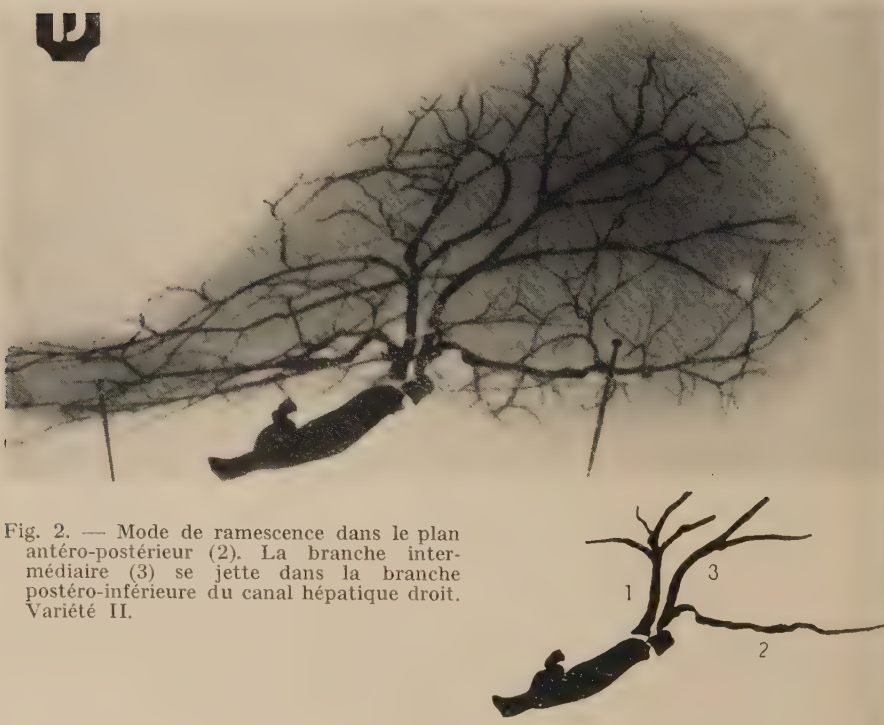


Fig. 2. — Mode de ramescence dans le plan antéro-postérieur (2). La branche intermédiaire (3) se jette dans la branche postéro-inférieure du canal hépatique droit. Variété II.

La description de Hjorstjö se basait d'ailleurs sur des clichés pris uniquement de face. On voit immédiatement que le territoire antéro-supérieur est beaucoup plus étendu que le territoire postéro-inférieur. Chacune des deux branches de ce système donne un épanouissement périphérique qui se

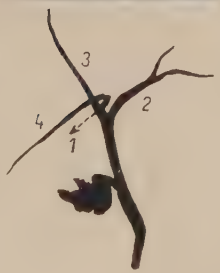


Fig. 3. — Arborisation biliaire intra-hépatique. Cliché de face.
1. Canal hépatique droit; 2. Canal hépatique gauche; 3. Branche antéro-supérieure; 4. Branche postéro-inférieure.

fait sur le mode dichotomique pour la partie la plus distale tandis que dans le segment axial des canalicules se branchent transversalement sur les troncs principaux. La branche antéro-supérieure (3, fig. 3), sur les clichés de face, est dans la continuité directe du canal hépatique droit dont elle prolonge la ligne générale, tandis que la branche postéro-inférieure (4, fig. 3) vient se réunir à elle après avoir décrit une courbe à concavité inférieure corres-

pondant à l'enjambement de la branche droite de la veine porte par le canal

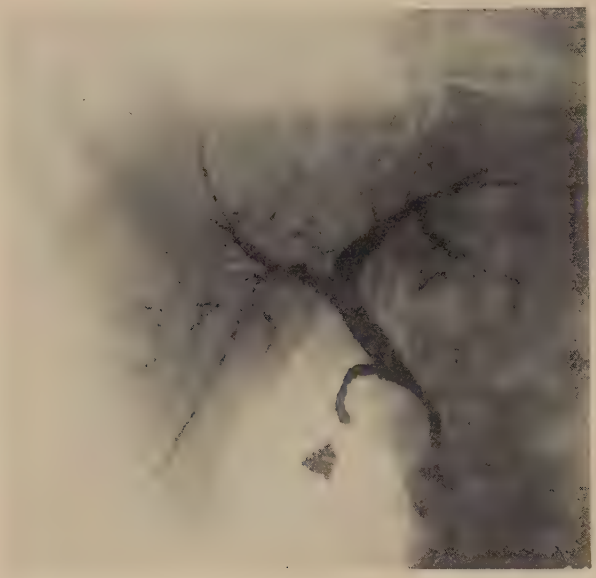


Fig. 4. — La branche postéro-inférieure se réunit directement à la branche antéro-supérieure, sans crosse terminale.

Fig. 5. — Trépied d'origine du canal hépatique. La branche postéro-inférieure se termine dans l'angle d'origine même du canal hépatique propre.

biliaire ainsi que l'a montré Hjorstjö. Cette branche postéro-inférieure se jette d'ordinaire sur le flanc gauche de la branche antéro-supérieure

pour former avec elle le canal hépatique droit proprement dit (fig. 3).

Cette disposition terminale de la branche postéro-inférieure est cependant sujette à variations. La branche postéro-inférieure peut s'aboucher au flanc droit de la branche antéro-supérieure (fig. 4) ou encore la terminaison de la branche postéro-inférieure peut se faire dans l'angle même d'origine du canal hépatique propre, celui-ci ne prenant plus naissance par deux rameaux seulement mais bien par trois, disposition qui avait été parfaitement décrite par Testut (fig. 5).

Le territoire postéro-inférieur peut être double et l'on voit alors deux

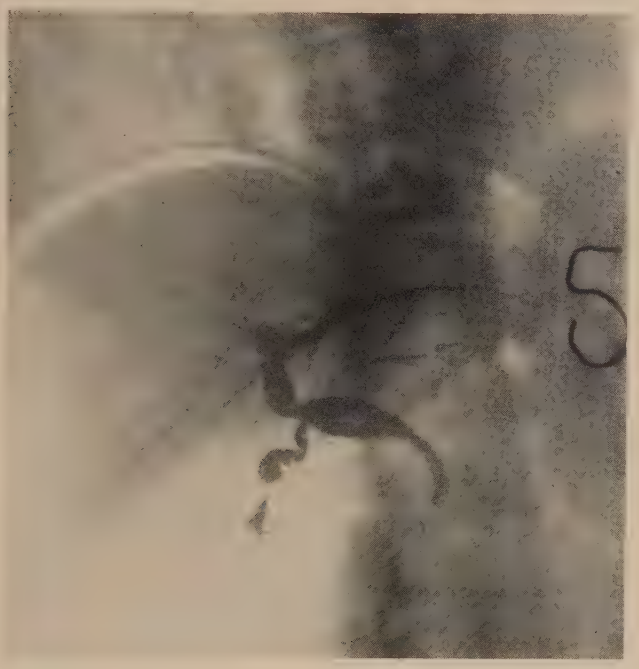


Fig. 6. — Dualité de la branche postéro-inférieure droite. La branche supérieure décrit une courbe à concavité inférieure qui surcroise la branche droite de la veine porte. Radiographie de face.

troncs se diriger vers la branche antéro-supérieure, l'un des deux conservant la direction typique épiportale tandis que la branche surnuméraire croise au contraire la face inférieure de la veine porte et apparaît comme une collatérale du canal hépatique droit (fig. 6).

Exceptionnellement (sur un seul spécimen) nous avons vu la branche postéro-inférieure se jeter au-dessous de l'origine apparente du canal hépatique, c'est-à-dire au-dessous du point de confluence de la branche antéro-supérieure et du collecteur du système gauche. Elle apparaît alors comme une collatérale du canal hépatique et semble représenter un canal biliaire surnuméraire.

Une disposition moins typique mais qui mérite d'être bien connue est celle dans laquelle la branche postéro-inférieure droite se jette non plus dans la

branche antéro-supérieure droite mais bien dans le canal hépatique gauche près de sa terminaison. Ce qui apparaît au hile du foie n'est pas en réalité alors la bifurcation d'origine du canal hépatique propre lui-même mais le point de confluence du système collecteur du territoire antéro-supérieur du lobe droit d'une part et du système collecteur du lobe gauche d'autre part, les éléments du territoire postéro-inférieur se drainant vers la partie terminale du collecteur principal du lobe gauche (fig. 7).

Cette disposition est probablement moins fréquente qu'il ne semblerait à première vue sur les clichés. L'examen des radiographies de profil montre

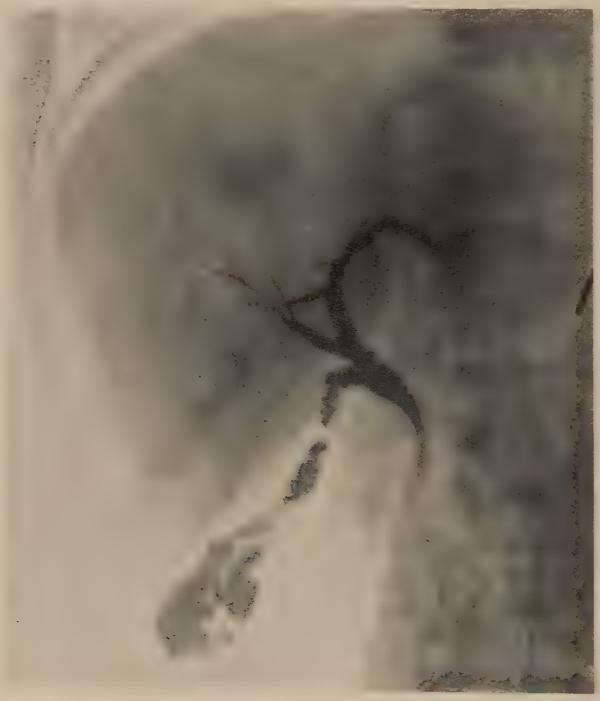


Fig. 7. — Terminaison de la branche postéro-inférieure du lobe droit dans le collecteur du système gauche; origine basse du canal hépatique propre.

en effet que cette apparence résulte souvent d'une superposition dans l'espace de la partie terminale du trajet de la branche postéro-inférieure et du collecteur gauche et que la branche postéro-inférieure droite se jette en fait le plus souvent là encore dans l'angle de bifurcation d'origine du canal hépatique commun.

Malgré sa rareté cette disposition importe beaucoup au chirurgien. Nos dissections nous laissent à penser que ce mode de distribution peut probablement être opératoirement soupçonné, car l'origine du canal hépatique nous a semblé se faire dans ces cas *à distance* de la face inférieure du foie et non pas au ras même du hile, le point de confluence de la branche postéro-inférieure et du collecteur gauche se faisant en plein parenchyme et *près*

de la face inférieure du foie. Nous avons figuré sur une planche les différents modes de ramescence des canaux biliaires intra-hépatiques et du canal hépatique propre (fig. 8).

Si la disposition de la ramescence de l'arbre hépatique n'apparaît pas toujours avec une netteté évidente sur les clichés de face, c'est en raison de l'orientation particulière de la glande hépatique disposée non pas dans un plan strictement transversal mais suivant un axe oblique d'avant en arrière et de gauche à droite, du fait de la saillie vertébrale et du développement de

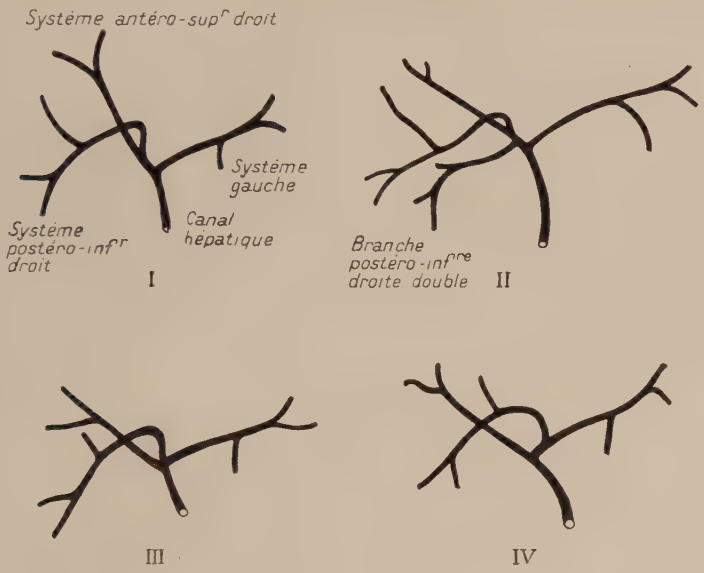


Fig. 8. — Modes d'abouchement terminal des canaux intra-hépatiques.

1. La branche postéro-inférieure se jette au flanc gauche de la branche antéro-supérieure après avoir décrit une courbe concave en bas; 2. Dualité de la branche postéro-inférieure droite, l'une de situation épiportale, l'autre hypoportale; 3. Trépied d'origine du canal hépatique propre, la branche postéro-inférieure se terminant dans l'angle d'origine du canal hépatique; 4. Variété rare, terminaison de la branche postéro-inférieure dans le collecteur du système gauche.

la glande hépatique vers la partie postérieure de la région sous-phrénique au niveau de la large gouttière para-vertébrale droite. Les clichés de face donnent alors une superposition des éléments du territoire gauche et des éléments du territoire droit. Les clichés de profil montrent à l'évidence la situation postérieure du lobe droit du foie par rapport au lobe gauche (fig. 9). Ceci explique que sur les cholangiogrammes pris en position opératoire dans le décubitus horizontal strict le système gauche n'apparaisse souvent pas, le territoire droit étant seul injecté, ce qui vérifie la réalité de l'effet de posture signalé par Caroli, Ranty et Paulhiac (1) au cours de l'opacification radiologique des voies biliaires. Ce même effet de posture explique également que

(1) Caroli, Ranty, Paulhiac. — Angiocholographie et effets de posture (*La Semaine Hôp. Paris*, 22 Janvier 1952).

le premier territoire injecté au cours des cholangiographies soit le territoire de la branche postéro-inférieure.

Ce sont surtout les clichés pris sur foies isolés, dans le sens vertical, qui affirment avec le plus de netteté la dualité de distribution des canaux biliaires

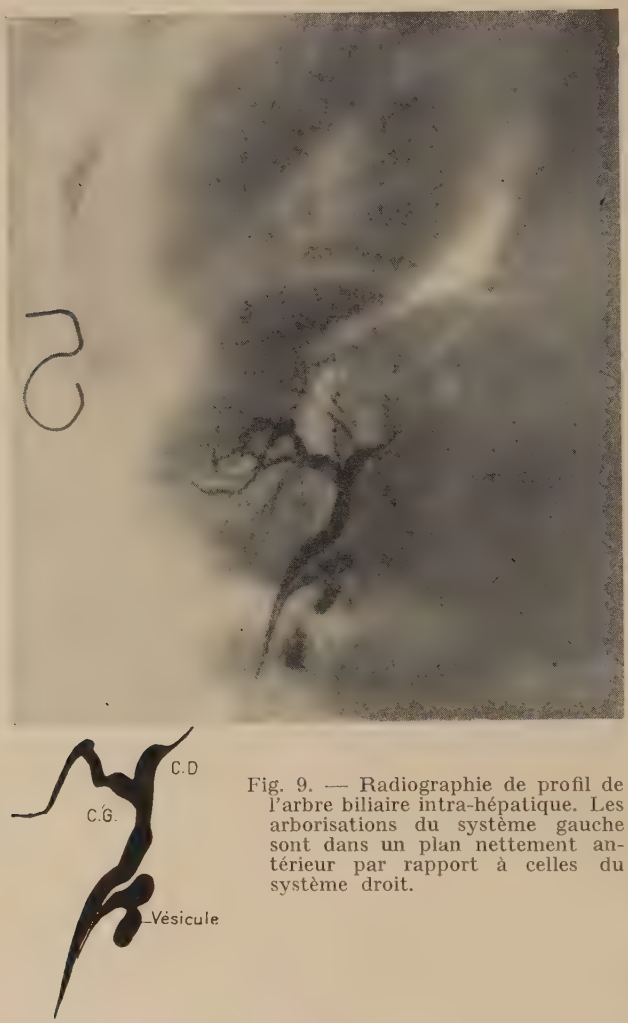


Fig. 9. — Radiographie de profil de l'arbre biliaire intra-hépatique. Les arborisations du système gauche sont dans un plan nettement antérieur par rapport à celles du système droit.

intra-hépatiques et montrent à l'évidence que les deux territoires sont distincts et ne se compénètrent pas (fig. 10 et 11).

La disposition de repères métalliques montre de façon indiscutable que le territoire du lobe gauche comprend les éléments biliaires provenant du lobe carré d'une part, du lobe de Spiegel d'autre part (fig. 12 et 13). Ainsi l'anatomie radiologique confirme, en ce qui concerne les voies biliaires, ce que Hjorstjö avait démontré pour le territoire veineux porte, à savoir que le lobe gauche vrai représente une portion beaucoup plus importante du

parenchyme hépatique que ne l'auraient laissé croire les accidents du relief hépatique et qu'en particulier le lobe carré et le lobe de Spiegel font partie intégrante du lobe gauche vrai.

Le mode de confluence des différents canaux hépatiques qui, *grosso*

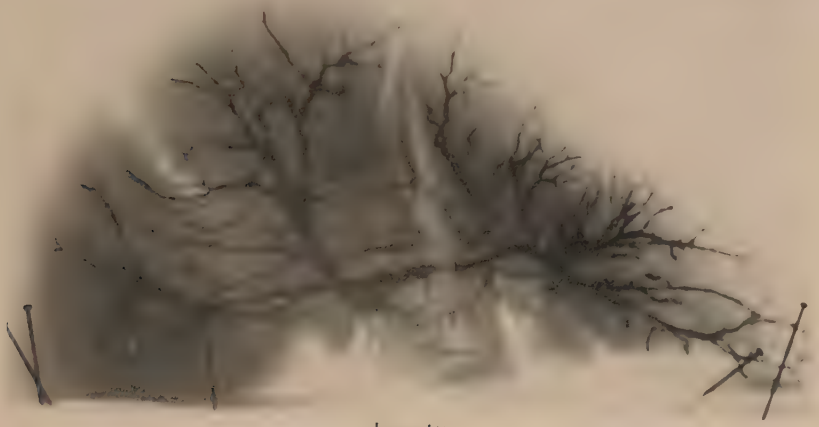


Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 10 et 11. — Le foie a été sectionné selon le plan de partage des deux territoires droit et gauche dont la trace apparaît en clair sur les clichés. On voit que les deux territoires sont parfaitement distincts.

modo, peuvent se ramener à trois principaux : deux drainant le lobe droit, un seul drainant le lobe gauche, rend compte de l'existence de ces canaux biliaires accessoires décrits par les auteurs classiques et dont l'étude a été

Fig. 12.

Fig. 13.

Fig. 12 et 13. — Radiographies de face. Arborisation biliaire intra-hépatique après repérage métallique de la fossette vésiculaire (V), du sillon de la veine cave (C), du ligament falciforme (F).

reprise récemment par Neuhof et Bloomfield (1) d'une part, par Cole (2) d'autre part et qui correspondent en réalité à une interprétation erronée de la distribution anatomique. La branche droite apparente de division du canal hépatique propre ne représente dans ce cas qu'une part des voies de drainage des territoires droits de la glande hépatique, ceux de la partie antérieure et supérieure du lobe droit. Le canal surnuméraire draine de son côté le territoire postéro-inférieur ou une partie de celui-ci. Il peut arriver, dans quelques cas, que le cystique soit absent et que la vésicule s'implante directement sur une branche terminale demeurée indépendante d'un segment du territoire droit (faux aspect de canal hépatique accessoire s'implantant dans la vésicule).

II. — Système gauche.

Il est plus simple que le système droit. L'élément principal en est constitué par la branche de division gauche du canal hépatique propre ou canal hépatique gauche.

Ce canal se divise à la périphérie en deux branches, l'une antérieure

Fig. 14. — Radiographie de profil du lobe gauche. Distribution des canaux biliaires intra-hépatiques.

l'autre postérieure, qui ont l'une et l'autre une ramescence dichotomique. Le collecteur reçoit dans son segment le plus axial des branches s'implantant à angle droit, les unes antérieures, les autres postérieures. Les éléments

(1) Neuhof et Bloomfield. — The surgical signifiance of an anomalous cholecystohepatic Duct. *Ann. surg.*, 1945, 22, 260.

(2) Cole. — Congenital Anomalies of the bile Ducts and adjacent Blood Vessels. *S. G. O.*, 1948, 87, III.

provenant du lobe carré se drainent tous vers le système gauche, tandis que quelques éléments provenant du lobe de Spiegel se drainent vers le système droit (fig. 12).

Ce canal a une direction générale presque transversale mais plus ou moins sinueuse. Il se branche à angle droit ou obtus sur le canal hépatique propre, tandis que les éléments issus du lobe droit, plus proches de la verticale au moins en ce qui concerne la branche antéro-supérieure, continuent la direction générale du canal hépatique propre. L'angle d'origine du canal hépatique propre est proche de l'angle droit ou obtus, exceptionnellement aigu et, dans ces cas, très peu inférieur à un angle droit.

Sur les radiographies de profil l'épanouissement de l'arbre biliaire gauche permet de systématiser des éléments les uns antérieurs d'autres postérieurs, les derniers supérieurs correspondant aux différents segments d'origine de canaux considérés (fig. 14).

Travail de la Clinique Chirurgicale B (Directeur : Pr. A. G. Weiss) et de l'Institut d'Anatomie Pathologique (Directeur : Pr. Géry de la Faculté de Médecine de Strasbourg).

L'endométriose rénale, nouvelle entité anatomo-clinique. Symptômes et pathogénie.

(A propos de deux cas personnels.)

Par MM.

Eugène BLUM et **Louis FRUHLING**

(Strasbourg).

L'endométriose rénale est la dernière en date des localisations décrites de l'endométriose externe. Cette affection présente des particularités intéressantes au double point de vue clinique et pathogénique. Nous utiliserons dans ce travail deux observations recueillies par des auteurs américains [1 et 2] et deux observations personnelles [3, 4 et 5]. Nous essaierons de dégager de cette étude le tableau clinique sous lequel cette maladie se manifeste. Nous proposerons de plus une explication pathogénique qui peut s'appliquer à toutes les localisations de l'endométriose.

Le premier cas fut rapporté, en 1943, par Victor E. Marshall.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, admise, le 7 Août 1942, au New York Hospital, pour tuméfaction et douleur du flanc gauche, dont elle se plaignait depuis 10 mois. 16 mois auparavant, elle avait déjà constaté l'existence d'une masse non douloureuse du quadrant supérieur gauche. A certaines époques, la masse était moins dure, sans qu'il y ait eu une relation avec le cycle menstruel. 4 mois avant l'admission, la malade avait vomi un liquide sanguinolent. Un examen radiologique du tube digestif se révéla normal. La radiographie du poumon ne montra rien de particulier. Sur une radiographie, sans préparation, l'ombre rénale gauche était augmentée de volume, et l'urographie intra-veineuse révéla une importante déformation de ce rein, le côté droit étant normal.

A l'examen clinique, on palpe une masse ronde, donnant le contact lombaire, estimée à 10 cm de diamètre, moyennement molle, et ne se déplaçant pas à l'inspiration. L'examen gynécologique ne montra rien de particulier, en dehors d'une rétroversion de l'utérus.

Aux examens de laboratoire, on trouve de l'albumine dans les urines; le sédiment contient 1 à 2 globules blancs par champ; il n'y a pas de globules rouges. En dehors d'une légère anémie, les autres examens de laboratoire sont normaux. A

la pyélographie ascendante (fig. 1), le bassinet et les calices sont dilatés et déformés. La fonction de concentration du rein est très touchée : 1 g d'urée par litre, contre

Fig. 1. — Pyélographie ascendante, dilatations kystiques du rein gauche (obs. V. Marshall).

8 g du côté droit. L'excrétion de la P. S. P. n'atteint que la moitié de celle du rein droit, qui est normale de son côté.

La lombotomie exploratrice montre un gros rein gauche; entre le pôle supérieur et le pôle inférieur de ce rein se trouve une masse lisse, grisâtre, à la paroi épaisse,

Fig. 2 (obs. Marshall). — Grosse masse kystique entre les deux pôles du rein.

fluctuante, de 9 cm de diamètre environ. Du sang vieux, liquide, est aspiré. Il n'y a pas de nodules faisant penser à une métastase. Le rein adhère quelque peu à la

graisse périrénale, mais non au péritoine. La néphrectomie est pratiquée, en enlevant pratiquement toute la masse graisseuse périnéphrétique. Cicatrisation par première intention. La malade quitte le service le 13e jour après l'opération, en excellent état.

Le rein enlevé pèse 800 g. Entre les deux pôles (fig. 2) se trouve une masse fluctuante, gris pâle, encapsulée, d'environ 10 sur 13 cm. En coupant la pièce, il s'écoule environ 500 cm³ de sang vieux, brun foncé. La surface de section est composée de multiples cavités kystiques, séparées par des parties solides. Le sang vieux, brun

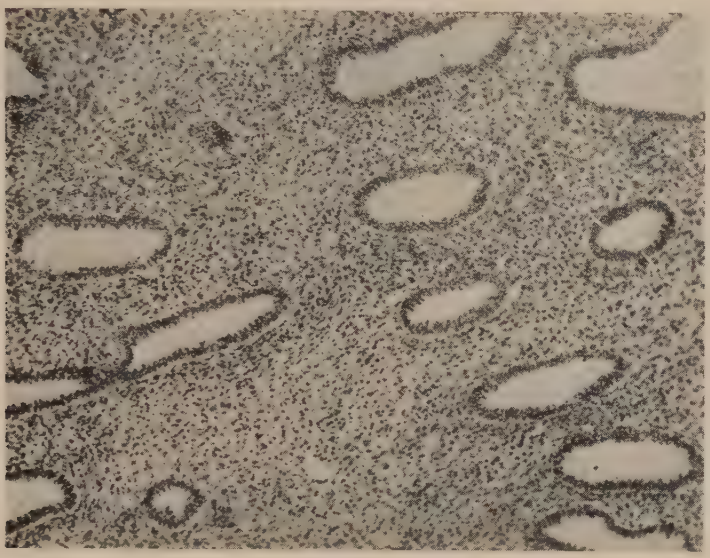


Fig. 3 (obs. Marshall). — Tubes endométriaux avec leur chorion cytogène.

foncé, provient des grands kystes, alors que les petits kystes contiennent un liquide incolore. A l'examen microscopique, il s'agit de tissu endométrial banal, entouré d'une petite quantité de muscle lisse (fig. 3). Le tissu rénal ne montre rien de particulier.

Le deuxième cas a été rapporté, en Octobre 1950, par Léo A. Maslow et A. Learner.

Une femme âgée de 29 ans, non mariée, est admise, le 23 Mai 1948, pour hématurie importante. Elle saigne à des intervalles variables depuis 3 ans. 2 ans auparavant, elle avait présenté un épisode hématurique de 2 semaines. Les règles sont normales. Les hématuries ne sont pas en relation avec les règles et ne sont pas cycliques. Dans les antécédents personnels et familiaux, on ne note rien de particulier.

A l'examen clinique, on ne palpe pas de tumeur; les reins ne paraissent pas augmentés de volume. L'examen gynécologique est négatif, en dehors de quelques pertes vaginales, non gonococciques. Les urines sondées ont une densité de 1 011 à 1021; dans le sédiment, 20 à 30 globules blancs par champ et de nombreuses hématies. Urée urinaire : 21,3 p. 1 000. Pas de bacilles de Koch dans les urines. Au point de vue état général, légère anémie secondaire.

A l'urographie intra-veineuse, le rein gauche est normal; le rein droit est à peine visible. A la cystoscopie, la vessie est normale. Les orifices urétéraux et le col sont sans particularités. La pyélographie ascendante montre une dilatation kystique du pôle supérieur du rein droit (fig. 4).

Lombotomie exploratrice, le 28 Mai 1948. Après ligature d'un vaisseau aberrant

du pôle supérieur, le rein droit est aisément libéré. Sa partie supérieure est dilatée et présente un aspect kystique. Une aiguille aspire dans un kyste 20 cm³ de liquide

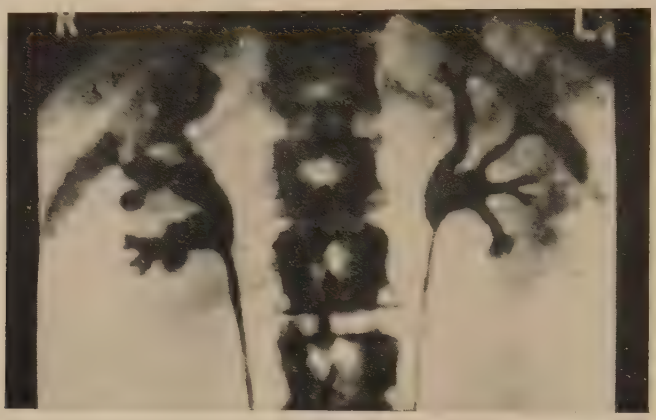


Fig. 4 (obs. Maslow et Learner). — Dilatation kystique du pôle supérieur du rein droit, paraissant intéresser uniquement le calice supérieur.

couleur chocolat. La néphrectomie est décidée et pratiquée sans incident. Évolution post-opératoire sans particularités. La malade quitte le service le 14e jour.

Macroscopiquement, le rein mesure 9-6-4 cm. La capsule se détache facilement.

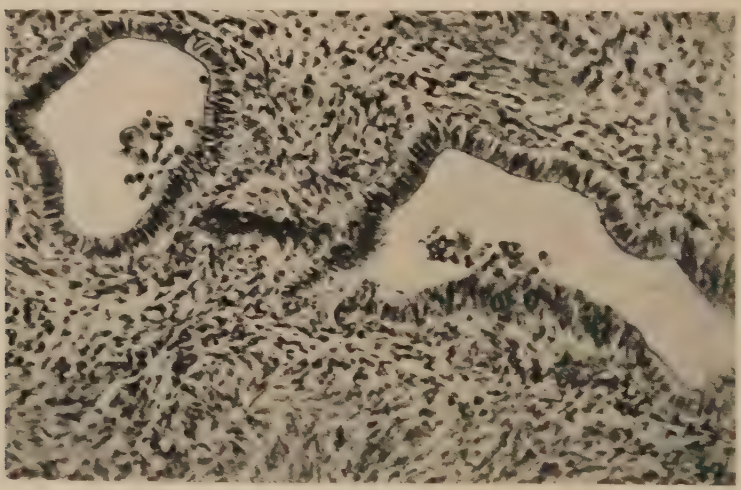


Fig. 5 (obs. Maslow et Learner). — Endométriose rénale : tubes endométriaux contenant des globules rouges, chorion cytogène, fibres musculaires lisses.

Au pôle supérieur, une masse mesurant 3-3-2 cm, jaune rose, occupe le cortex et la médullaire et empiète sur le bassinet. Sa consistance est moyennement ferme. La capsule recouvre cette masse. A la coupe, elle se compose de plusieurs kystes de 1 cm de diamètre. Par ailleurs, le reste du cortex et de la médullaire ne présente

rien d'anormal. A l'examen histologique (fig. 5), on porte le diagnostic d'endométriose du rein. Le parenchyme rénal restant ne montre pas de lésions particulières.

La malade est revue par la suite : elle est complètement guérie. Elle s'est mariée et a accouché d'un enfant normal.

La troisième observation, que nous avons eu l'occasion de recueillir personnellement, concerne une femme de 42 ans.

Cette malade est adressée une première fois à la Clinique Chirurgicale B, le 20 Octobre 1949, pour fortes douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, avec irradiations douloureuses vers le rein droit. Dans la nuit qui précéda son admission, elle a présenté de la pollakiurie (miction toutes les heures). Les urines étaient limpides, d'après la lettre du médecin traitant, qui hésite entre une appendicite et une lithiase rénale droite.

Une radiographie à vide ne montre pas de calcul dans le bassinet. La douleur étant plus accusée du côté de la fosse iliaque et le toucher vaginal réveillant une douleur au niveau du cul-de-sac du Douglas, à droite, on pense plutôt à une appendicite subaiguë.

Le 22 Octobre 1949, on procède à l'ablation de l'appendice qui est fortement congestionné. A la révision des annexes, on tombe sur un gros kyste de l'ovaire droit, de la taille d'une pomme, contenant un liquide visqueux, de couleur brunâtre. La trompe intacte est laissée en place, et l'ovaire avec son kyste est extirpé. Les suites opératoires furent normales, et la malade quitta la Clinique 10 jours après l'intervention.

L'appendice ne fut pas examiné histologiquement; mais le kyste hématique intra-ovarien correspondait à un volumineux kyste chocolat, d'origine endométriale. Dans sa paroi, l'examen histologique (n° 557.39) révéla des tubes endométriaux caractéristiques.

La malade est réadmise, le 7 Août 1950, pour douleurs intolérables précédant les règles. Ces douleurs débutent dans la région lombaire droite et dans le flanc, d'où elles se généralisent à tout l'abdomen; elles sont accompagnées de vomissements de bile. Cet état dure 3 jours et cesse progressivement avec les règles. Pendant ce temps, la malade est complètement anorexique, et sa température oscille entre 37°,3 et 37°,7.

L'interrogatoire apprend que ces douleurs ont débuté à peu près 2 ans avant la première intervention; un gynécologue avait été consulté et avait prescrit un traitement endocrinien, qui avait apporté une légère amélioration. Depuis l'appendicectomie, les troubles sont devenus de plus en plus accusés. A noter toutefois que durant la période intermenstruelle, la malade ne ressent pas de douleurs et mène une vie normale.

La tension artérielle est de 13/8, la vitesse de sédimentation de 23/30 (Westergreen); l'urée sanguine est de 0,28 p. 1 000, la glycémie de 1,10 p. 1 000; Hb. : 85 p. 100; Globules blancs : 5 000; Globules Rouges : 3 808 000. Le sédiment contient toutefois quelques hématies et quelques leucocytes avec des cristaux d'urates.

Voulant éliminer une affection de la vésicule biliaire, en raison des vomissements, on pratique un examen radiographique après absorption de phéniodol. La vésicule s'opacifie normalement et se contracte bien. Pas de calculs visibles. Un examen gynécologique révèle une petite tumeur kystique de l'ovaire gauche.

L'urographie intra-veineuse standard montre un rein droit complètement exclu sur les différents clichés : le rein gauche sécrète dans les délais habituels et paraît plutôt agrandi (fig. 6). A la pyélographie ascendante, on ne recueille pas d'urine au niveau du rein droit. L'uretère, qui s'injecte bien, est fortement atrophié. Seules quelques taches sont visibles dans la région qui correspond au bassinet et aux calices (fig. 7).

En raison de cette exclusion du rein droit, on décide une lombotomie exploratrice, qui fait découvrir un rein fortement atrophié qu'on enlève très facilement, malgré une certaine périnéphrite. Suites opératoires normales. La malade quitte le service 12 jours après l'opération.

Macroscopiquement, il s'agit d'un rein minuscule, de la taille d'une amande verte à peu près, mesurant 4-1,5-0,7 cm et pesant 14 g. La forme du rein est conservée. On reconnaît le hile et l'extrémité supérieure de l'uretère, presque filiforme. Une périnéphrite scléreuse soude intimement la capsule à la graisse de la loge péri-

Fig. 6 (1re observation personnelle). — Urographie intra-veineuse : rein droit exclu. Rein gauche paraissant un peu agrandi.

Fig. 7 (1re observation personnelle). — Pyélographie droite. Uretère atrophique. Bassinet pratiquement exclu. Quelques taches sont visibles dans la région correspondant au bassinet et aux calices.

rénale. C'est l'aspect typique de la néphrite chronique ascendante, au stade le plus avancé de son évolution.

Examen histopathologique. — A un grossissement de loupe (fig. 8), le rein est grossièrement bosselé. De petites plages de tissu rénal subsistent, alternant avec des lésions scléreuses cicatricielles, dans lesquelles on reconnaît des formations glandulaires, souvent kystiques, d'aspect inhabituel pour un rein. Certaines lumières

Fig. 8 (1re observation personnelle). — Pièce de néphrectomie. Grossissement de loupe. La forme du rein est conservée. Des plages de tissu rénal alternent avec des lésions scléreuses cicatricielles, dans lesquelles on reconnaît des formations glandulaires. *En bas, à droite,* on reconnaît l'extrémité supérieure de l'uretère.

tubulaires sont occupées par de petits calculs rénaux. L'uretère, dans la partie initiale examinée, est perméable. D'ailleurs, la pyélographie ascendante avait montré la perméabilité urétérale. Il s'agit en somme de l'aspect histologique classique de la néphrite chronique ascendante, ayant entraîné une atrophie rénale considérable.

A un grossissement plus fort (fig. 9), les formations glandulaires intriquées à des restes de parenchyme rénal possèdent la structure morphologique caractéristique de l'endométriose. Le revêtement épithélial des glandes, dont certaines ont une disposition en dents de scie, comme dans l'endomètre, à sa période juxta-menstruelle, est constitué par une couche simple de cellules hautes, à protoplasme abondant.

Un véritable chorion cytogène, composé d'éléments mésenchymateux réticulés à

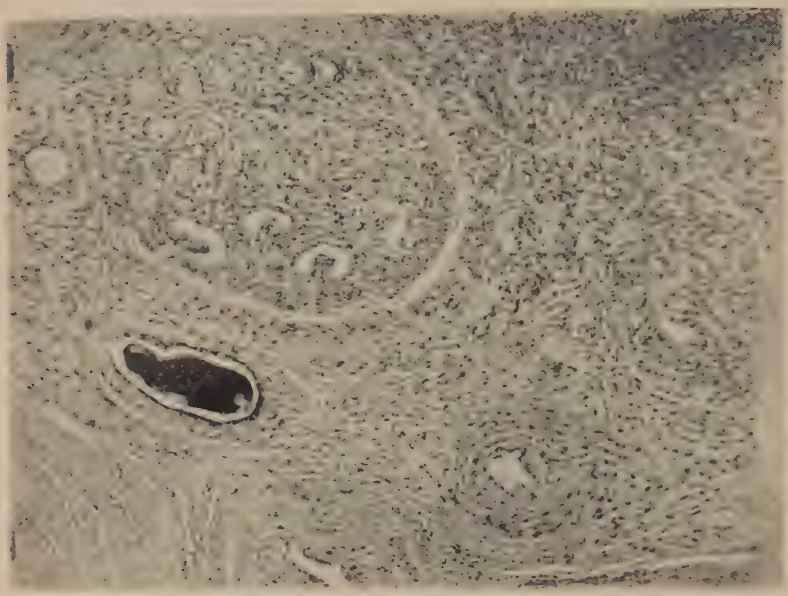


Fig. 9 (1re observation personnelle). — Tubes endométriaux alternant avec des tubes indifférenciés, dont l'un (vers le bas à gauche) contient un gros cylindre.

Fig. 10 (1re observation personnelle). — Kyste endométrial contenant dans sa lumière de nombreux globules rouges, signant sa menstruation.

noyaux oblongs et foncés, engaine ces tubes glandulaires. Un manchon de fibres musculaires entoure l'ensemble et lui donne l'aspect caractéristique de l'adéno-

myome. Dans certaines cavités glandulaires, on voit des globules rouges en abondance, signant la menstruation de la formation endométriale (fig. 10). Nous reviendrons plus loin sur les autres caractéristiques anatomo-pathologiques de la pièce examinée.

L'intervention amena la guérison des douleurs lombaires, mais la dysménorrhée réapparut très rapidement et augmenta en intensité et en durée. En même temps, les pertes de sang devinrent plus abondantes et plus prolongées. Entre les règles, persiste une tension douloureuse du bas-ventre et plus particulièrement de la région annexielle gauche. On sent au toucher vaginal un utérus fortement augmenté de volume, peu mobile, paraissant fixé en arrière. Les annexes gauches sont le siège d'une tuméfaction importante. Pendant les règles, utérus et annexes sont nettement plus volumineux. Les douleurs deviennent à un tel point intolérables, que la malade nous réclame une intervention pour la soulager.

Le 26 Octobre 1951, nous pratiquons une hystérectomie subtotale avec ablation d'un gros kyste chocolat des annexes gauches, fortement adhérent aux anses intestinales. L'examen histologique de l'utérus et du kyste ovarien gauche confirme le diagnostic d'adénomyosis. L'utérus est fortement augmenté de volume et présente l'aspect caractéristique de l'endométriose diffuse.

La malade peut quitter le service 12 jours après l'intervention, après des suites tout à fait bénignes. Elle est revue le 22 Novembre 1951. Au toucher vaginal, le col est mobile, il n'y a pas d'infiltration. Le septum recto-vaginal est peut-être moins souple que le reste des tissus. On conseille 12 piqûres d'acéto-stérandryl 40, à raison de 1 par semaine.

La quatrième observation, concerne une jeune femme de 22 ans, qui fut admise à l'Hôpital Marie-Madeleine de Forbach, le 12 Août 1951, pour douleurs violentes dans le bas-ventre avec vomissements.

Dans les antécédents, on note une dysménorrhée avec douleurs localisées à la région costo-lombaire droite. Ces douleurs disparaissent à partir du 2e jour des règles.

A l'examen clinique, la malade accuse une très nette sensibilité de la fosse iliaque droite, et le toucher rectal réveille une douleur à droite; il n'y a pas de contracture. Le toucher vaginal est sans particularité. Pouls et température sont normaux. La tension est de 13-8. Les urines contiennent des traces d'albumine.

Comme la malade continue à avoir des vomissements alimentaires, on se décide à intervenir à l'Hôpital de Forbach, avec le diagnostic d'inflammation appendiculaire. L'appendice se révèle normal à l'intervention; la révision des annexes droites ne montre rien de particulier.

Les jours suivants, les douleurs se localisent plus nettement vers la région lombaire droite et font penser à une colique néphrétique. Une urographie intra-veineuse, pratiquée le 10e jour après l'opération, montre un rein droit complètement exclu, alors que le rein gauche, qui sécrète dans les délais habituels, est le siège d'une légère hydronéphrose (fig. 11). Une pyélographie ascendante droite, faite quelques jours plus tard, montre un rein droit atrophique, dont le bassinet est dilaté et dont l'uretère est sinueux et également dilaté (fig. 12).

Après une courte période de convalescence, on pratique, le 12 Août 1951, une lombotomie exploratrice droite, suivie de néphrectomie. Le rein est atrophique, une périnéphrite scléreuse le soude intimement à la graisse périnéale. Il n'y a pas d'adhérences au péritoine postérieur. Évolution post-opératoire normale. La malade quitte le service une dizaine de jours après l'intervention, sa plaie étant cicatrisée. Elle est revue 2 mois après; elle ne se plaint de rien. Les urines ne contiennent plus d'albumine. Les règles ne sont plus douloureuses.

La pièce de néphrectomie pèse 21 g et mesure 4,5-2,3-2,1 cm. Sa surface rougeâtre, assez foncée, est grossièrement bosselée et parsemée de larges dépressions cicatricielles. Au pôle supérieur, on constate la présence d'un nodule saillant, polypoïde, de la taille d'un noyau de cerise. Le bassinet et l'uretère sont nettement dilatés. L'aspect macroscopique est donc en faveur d'une néphrite chronique ascendante, avec atrophie importante du parenchyme rénal. L'examen histologique confirme le diagnostic de néphrite chronique ascendante, ayant entraîné une atrophie considérable. Des cals cicatriciels fibreux et inflammatoires remanient la structure habituelle et aboutissent à la destruction presque complète du paren-

Fig. 11 (2e observation personnelle). — Urographie intra-veineuse : rein droit exclu. Légère hydronéphrose gauche.

Fig. 12 (2e observation personnelle). — Pyélographie droite. Rein atrophique. Bassinet dilaté. Uretère gros, sinueux.

chyme rénal. Les calices, le bassinet et l'uretère sont le siège d'une inflammation chronique scléreuse, avec infiltrats lymphoïdes, signant le processus inflammatoire chronique d'origine ascendante.

Le pôle supérieur est le siège d'un noyau pseudo-tumoral, qui fait saillie à la surface du rein. Le parenchyme rénal y est profondément remanié et remplacé par des nodules aux fibres musculaires lisses entourant des formations glandulaires (fig. 13). A un plus fort grossissement, on reconnaît très nettement les formations caractéristiques de l'endométriose : tubes épithéliaux à hautes cellules cylindriques, à

Fig. 13 (2e observation personnelle). — Parenchyme rénal remanié par des cals scléreux alternant avec des formations glandulaires.

cytoplasme pâle, entourés d'un chorion cytogène, engainé lui-même d'un manchon de fibres musculaires lisses (fig. 14). Il s'agit là d'une lésion localisée au pôle supérieur du rein, correspondant à un endométriome intra-rénal circonscrit.

A ces 4 cas reconnus, on peut ajouter rétrospectivement une observation de H. G. Wells [6].

Il s'agit d'un petit nodule de 3 mm, découvert fortuitement dans le rein d'une femme de 28 ans, morte de cancer de l'ovaire. A l'occasion d'un examen microscopique de routine d'un rein présentant par ailleurs une pyélonéphrite, Wells découvrit une lésion qu'il assimile à des restes néphrogènes quiescents. D'après l'examen histologique et la microphoto joints au texte, il nous semble qu'il eût pu s'agir d'un nodule endométrial méconnu.

***

L'endométriose rénale revêt des ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES variables suivant les cas. Elle peut se manifester, au point de vue *macroscopique*, soit sous forme d'une formation kystique volumineuse, développée aux dépens de la partie moyenne du rein, soit sous forme d'une petite masse kystique localisée à un des pôles. Elle peut encore infiltrer d'une manière diffuse la totalité d'un rein minuscule atteint de néphrite chronique ascen-

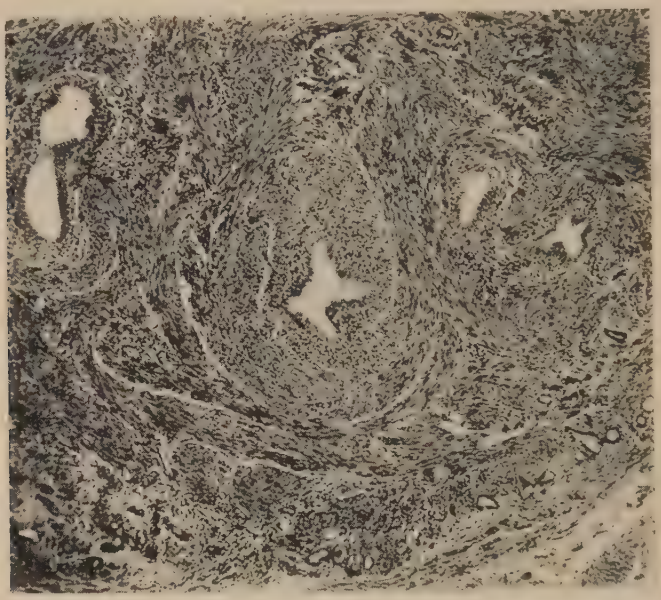


Fig. 14 (2e observation personnelle). — Tubes endométriaux caractéristiques. *Vers le bas de la figure*, tubes indifférenciés.

dante, ou former enfin une petite masse circonscrite au pôle supérieur d'un petit rein scléreux.

Histologiquement, la lésion est toujours identique, quel que soit l'aspect macroscopique, avec cette remarque toutefois que ses limites peuvent être diffuses, réalisant l'endométriose, ou que la masse endométriale peut être localisée, réalisant l'endométriome circonscrit.

C'est dire que les reins kystiques doivent être systématiquement confiés à l'histopathologiste, au même titre que les reins atrophiques bosselés, pour dépister éventuellement une endométriose, éventualité probablement beaucoup moins rare que le nombre restreint des observations connues ne le fait supposer.

***

PEUT-ON DÉCRIRE UNE SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE PROPRE A L'ENDOMÉTRIOSE RÉNALE ?

La *première malade* évoquée dans cet article consulte pour une tuméfaction douloureuse, semi-fluctuante du rein gauche, ne paraissant pas

influencée par le cycle menstruel. On trouve de l'albumine dans les urines, et l'urographie intra-veineuse montre une mauvaise élimination à gauche. A la pyélographie ascendante, bassinet et calices sont fortement dilatés et déformés. La fonction de concentration du rein est fortement touchée. A l'intervention, on trouve une grosse masse kystique entre le pôle supérieur et le lobe inférieur du rein, contenant environ 500 cm^3 de sang vieux.

La *deuxième malade* consulte pour hématurie importante et persistante. Deux ans auparavant, elle avait déjà présenté un court épisode hématurique. On ne palpe pas de tumeur. A l'urographie intra-veineuse, le rein droit est à peine visible. A la pyélographie ascendante, le pôle supérieur est le siège d'une dilatation kystique du calice supérieur. La pièce opératoire montre effectivement au pôle supérieur une petite masse mesurant 3-3-2 cm, jaune rose, occupant la corticale et la médullaire et empiétant sur le bassinet, constituée par plusieurs kystes. Le rein par lui-même mesure 9-6-4 cm et ne semble pas présenter de lésions importantes. La malade est suivie après son intervention; elle se marie et accouche d'un enfant bien constitué.

La malade de l'observation n° III présente des douleurs lombaires droites nettement rythmées par le cycle menstruel. A l'urographie intra-veineuse, le rein droit est exclu; à la pyélographie, le rein ne sécrète pas. L'uretère est fortement atrophié et le bassinet n'est pas opacifié. La lombotomie montre un rein minuscule, d'aspect bosselé, kystique, rein de néphrite chronique ascendante avec une endométriose diffuse. Par la suite, la dysménorrhée persiste et devient tellement douloureuse, que la malade réclame l'hystérectomie. L'utérus, fortement augmenté de volume, est le siège d'une endométriose diffuse, alors que l'ovaire gauche est transformé en une masse kystique endométriale contenant un liquide couleur chocolat.

La quatrième malade enfin présente également des douleurs lombaires droites, rythmées par le cycle menstruel. Les urines contiennent de l'albumine. A l'urographie intra-veineuse, le rein est exclu; à la pyélographie, le rein est atrophique, le bassinet et l'uretère sont dilatés. La néphrectomie met à jour un rein de 21 g, évoquant l'aspect de néphrite chronique ascendante, et dont le pôle supérieur est le siège d'un nodule polypoïde, de la taille d'un noyau de cerise, qui se révèle être, à l'examen histologique, un endométriome intra-rénal circonscrit.

Ces malades, âgées de 22 à 42 ans, consultèrent donc soit pour une tuméfaction douloureuse du rein, avec urines contenant de l'albumine, soit pour une hématurie, soit pour des douleurs lombaires rythmées par le cycle menstruel. Chez une seule de ces femmes, il existait une endométriose pelvienne surajoutée. Chez les trois autres, il n'y avait aucun symptôme d'une autre localisation d'endométriose. Une de ces malades a mené à terme une grossesse normale quelque temps après la néphrectomie. L'urographie intra-veineuse montra soit un flou du bassinet et des calices, soit une mauvaise sécrétion, soit un rein complètement exclu. La pyélographie précisa la lésion en révélant une grosse déformation pyélo-calicielle, une déformation kystique d'un calice supérieur, ou bien une atrophie rénale. Le diagnostic précis ne fut porté qu'à l'examen histo-pathologique de la pièce. Deux fois sur quatre, la lésion s'accompagnait d'une néphrite chronique ascendante très avancée dans son évolution.

Chez toute femme non ménopausée, une tumeur kystique du rein, volu-

mineuse ou réduite, localisée à un pôle ou à la partie moyenne, doit évoquer la possibilité d'un endométriome rénal, et cela qu'elle soit accompagnée ou non de douleurs rythmées par le cycle menstruel. Le diagnostic doit être envisagé avec d'autant plus d'attention, qu'il peut comporter une sanction thérapeutique conservatrice. En effet, si la lésion est reconnue à temps, on peut procéder à une néphrectomie partielle et conserver le parenchyme sain. Si le diagnostic n'est pas fait, cela entraîne la néphrectomie totale.

D'autre part, toute lombalgie rythmée par le cycle menstruel et coexistant avec une atrophie rénale dépistée par les moyens d'investigation urologique (urographie intra-veineuse, pyélographie ascendante et, si besoin, retro-pneumopéritoine ou aortographie en série), doit également faire envisager le diagnostic d'endométriose du rein. C'est généralement une néphrite chronique ascendante qui entraîne l'atrophie rénale, sur laquelle viendront se greffer les lésions endométriales. Les épreuves fonctionnelles (urographie, séparation des urines) montrent une exclusion partielle ou complète du rein, justifiant la néphrectomie totale.

***

Cette localisation rénale de l'endométriose présente non seulement un intérêt clinique, assez nouveau. Elle permet également une interprétation pathogénique, basée sur la théorie générale de la métaplasie.

Marshall invoque, pour le cas qu'il a rapporté, une prolifération à partir d'éléments mullériens inclus accidentellement dans le mésonéphros au cours du développement embryonnaire. C'est en somme une survivance des *théories dysgénétiques* de Von Recklinghausen [7] et surtout de Kossmann [8] (théorie mullérienne), qui fut la première en date des explications pathogéniques de l'endométriose (1896 et 1897). Si, embryologiquement, il paraît possible que des cellules à potentiel mullérien puissent être déviées de leur siège normal et entraînées par le blastème métanéphrotique ou les bourgeons urétéraux pour être incluses dans le rein définitif, aucun argument objectif ne peut être apporté à l'appui de ces conceptions de l'origine dysgénétique de l'endométriose.

Maslow et Learner se rallient à la théorie métastatique pour expliquer l'endométriose rénale. On sait que la métastase est l'une des trois conceptions pathogéniques de l'*origine exogène*, théorie qui connaît actuellement la grande faveur des cliniciens et expérimentateurs. Cette conception exogène comporte pour les uns l'extension directe de proche en proche, par contiguïté, de la prolifération endométriale à partir des éléments de la muqueuse du corps de l'utérus (Cullen [9]). Pour d'autres (Sampson [10]), un fragment de l'endomètre utérin est refoulé dans la cavité péritonéale par le mécanisme de la menstruation rétrograde et s'implante ensuite dans les endroits les plus variés. Cette façon de voir ne pouvant expliquer toutes les localisations extra-péritonéales, Sampson et Halban [11], puis Javert [12], estimèrent que les *greffons* de muqueuse utérine pourraient également se disséminer par voie lymphatique ou même sanguine. Cette interprétation pourrait s'appliquer à la totalité des localisations de l'endométriose. Brocq et Varangot, entre autres, s'y rallient dans leur rapport au XLVIII[e] Congrès Français de Chirurgie.

Pour séduisante qu'elle soit, cette conception de la métastase se heurte à une notion bien établie de pathologie générale : la faculté de donner des métastases est considérée, en effet, comme étant l'apanage exclusif des tumeurs malignes, et cette règle ne paraît pas souffrir d'exception. Il est difficile d'admettre que l'endomètre, tissu normal, non tumoral, puisse pénétrer par effraction ou tout autre processus dans le système lymphatique ou veineux, y survivre et donner lieu à des greffes à distance. Les expériences de Jacobsen [14], de Hobbs et Bortnick [15], de Scott et Te Linde [16], montrent d'ailleurs que les greffes de muqueuse utérine ne possèdent qu'un développement limité dans le temps et dans l'espace, non tumoral, comme tout greffon en général.

D'autre part, en ce qui concerne l'interprétation de Marshall, survivance des conceptions dysgénétiques, elle pourrait à la rigueur s'appliquer à la localisation rénale, mais non pas aux localisations d'endométriose intra- et extra-péritonéales, pour lesquelles il est difficile d'admettre qu'il puisse exister une inclusion mullérienne. L'endométriose étant une affection univoque du point de vue anatomo-clinique, il ne peut pas exister une interprétation particulière pour chaque variété d'endométriose, et une conception pathogénique donnée doit être à même d'expliquer la totalité des localisations.

Nous croyons que la théorie de la *métaplasie in situ* est l'explication la plus rationnelle pour comprendre, dans le cas particulier qui nous occupe, la présence du tissu endométrial dans un rein et, d'une façon plus générale, les localisations les plus variées de l'endométriose.

La théorie de la métaplasie, soutenue d'abord par Iwanoff [17], puis développée et défendue surtout par R. Meyer [18], peut se résumer ainsi : l'endomètre normal, en place, provient du canal de Muller, qui est un dérivé cœlomique. La séreuse péritonéale qui est, elle aussi, un dérivé cœlomique, peut retrouver, sous l'influence d'un processus inflammatoire et endocrinien, une des potentialités primitives du cœlome, c'est-à-dire évoluer dans un sens mullérien et se transformer, se métaplasier en un tissu identique à l'endomètre, au point de vue morphologique et au point de vue biologique, autrement dit, donner lieu à de l'endométriose.

Cette théorie, si elle permet d'expliquer toutes les localisations péritonéales de l'endométriose, ne rend pas compte de localisations signalées sur les membres supérieurs et inférieurs et au niveau du poumon.

Pour expliquer ces localisations lointaines, au niveau des membres par exemple, Gruenwald [19], reprenant les études de Maximow [20] et de Filatow [21] sur l'épithélium cœlomique, démontre que dès sa formation, la paroi cœlomique émet dans le mésenchyme des cellules ou des bourgeons cellulaires : les blastèmes, qui participent ainsi partiellement à l'édification des parties molles sous-péritonéales, de la racine des membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'au développement de l'endothélium des lymphatiques pelviens. Ces cellules peuvent retrouver le potentiel cœlomique (et mullérien) à un moment donné, et ainsi s'expliqueraient toutes les localisations, *a priori* paradoxales, d'endométriomes qui ont été décrits, comme les endométriomes dans les voies lymphatiques ou les endométriomes extra-péritonéaux par exemple. En ce qui concerne les localisations rénales, il existe des rapports topographiques très étroits entre le mésoblaste néphrogène et le cœlome, et on pourrait admettre la participation d'*éléments cœlomiques*

à l'édification du tissu néphrogène. La persistance de ce potentiel cœlomique primitif, et par conséquent mullérien, de certains éléments incorporés au mésenchyme, expliquerait ainsi l'endométriose rénale. Ce serait là encore une survivance ou plutôt une variante moderne des anciennes conceptions de Cohnheim sur les tumeurs en général, adaptée à la théorie de la métaplasie.

L'étude histologique des préparations de nos deux pièces opératoires nous a amenés à une conception plus simple de la théorie métaplasique. Nous assistons, en effet, à une transformation double d'éléments rénaux

Fig. 15 (1re observation personnelle). — *Vers la gauche*, tubes endométriaux avec revêtement en dents de scie, entourés de chorion cytogène et de fibres musculaires lisses; *vers la droite*, tubes indifférenciés et tubes rénaux. On voit un glomérule de Malpighi.

préexistants. Nous voyons, d'une part, une transformation progressive des épithéliums excréto-sécréteurs du parenchyme rénal en tubes endométriaux, après avoir passé par un stade intermédiaire de tubes indifférenciés. D'autre part, nous assistons à une prolifération du tissu conjonctivo-vasculaire interstitiel attenant au rein avec formation de stroma cytogène et d'une musculature lisse s'adaptant autour des îlots glandulaires, suivant un mode organoïde. Il s'agit d'un processus de dédifférenciation cellulaire et tissulaire, voisin de celui qu'avaient vu Brines et Blain [22] pour l'endométriose utérine. Se basant sur leurs préparations histologiques, ces auteurs émirent l'idée d'une dédifférenciation des cellules myométrales en cellules moins différenciées, qui posséderaient une double potentialité : ces cellules se transformeraient soit en cellules épithéliales endométriales, soit en cellules chorioniques endométriales. Cette hypothèse reconnaît une base embryologique : muqueuse, musculeuse et conjonctif utérin ont, en effet,

une même origine mésodermique. Papanicolaou a apporté, d'autre part, une base expérimentale à cette assertion par la démonstration de la possibilité de la métaplasie de cellules chorioniques en cellules épithéliales dans l'endomètre du cobaye. Enfin, sur des préparations d'endométriose utérine, on peut voir des zones hétérotopiques uniquement constituées par du chorion. Brines et Blain admettent que ces zones correspondent au premier stade du développement de l'endométriose utérine.

Les processus de dédifférenciation, puis de métaplasie double, se retrouvent pour les deux cas d'endométriose rénale que nous avons exa-

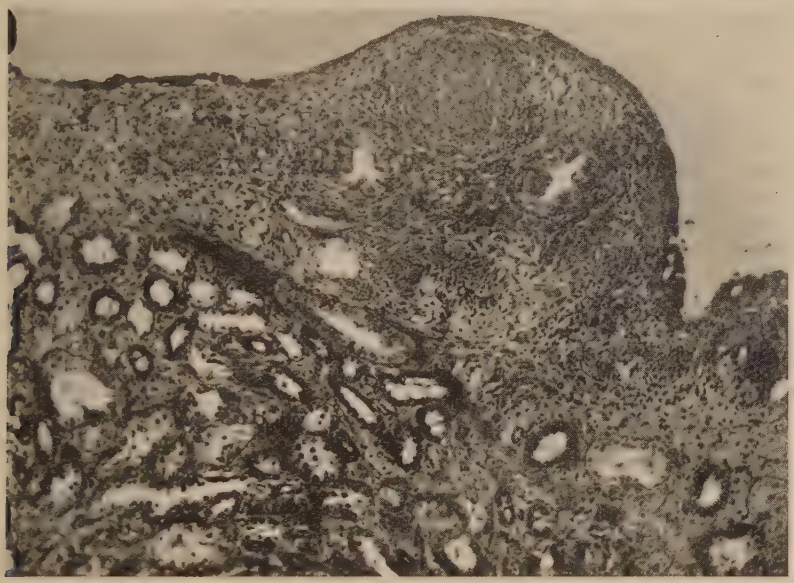


Fig. 16 (1re observation personnelle). — *Vers le haut*, paroi d'un kyste endométrial. *De haut en bas*, tubes endométriaux à des stades variables de la différenciation, allant du tube endométrial complet au tube rénal très indifférencié.

minés, aussi bien pour la forme diffuse de l'observation III que pour la forme circonscrite de l'observation IV.

Il nous a été possible de suivre sur nos préparations histologiques toutes les formes de transition entre le tube rénal et le tube endométrial (fig. 15 et 16). Les tubes rénaux s'isolent les uns des autres, par interposition de tissu conjonctivo-vasculaire. La gaine mésenchymateuse s'appauvrit progressivement en collagène et s'enrichit en éléments histiocytaires et réticulaires. Le tube rénal voit les éléments de son revêtement épithélial devenir plus hauts et adopter la structure cylindrique, en même temps que ses contours deviennent irréguliers, sinueux. L'îlot réticulaire entourant le tube épithélial voit proliférer à sa périphérie un manchon de fibres musculaires lisses, disposées en faisceaux entrecroisés. En certains endroits, on voit simplement des tubes isolés entourés d'une gaine musculaire très épaisse, l'élément cytogène étant absent. Sur d'autres préparations, on peut suivre la transformation *régulière* d'un tube rénal en tube à épithé-

lium cylindro-cubique indifférencié. Ce tube indifférencié subit ensuite la différenciation en tube glandulaire endométrial tout à fait caractéristique par adaptation glandulaire du revêtement épithélial et par transformation du tissu conjonctivo-vasculaire interstitiel du rein en chorion cytogène et en fibres musculaires lisses.

Cette dédifférenciation tissulaire et cellulaire paraît être placée sous l'influence de deux facteurs : un facteur inflammatoire et un facteur général.

La néphrite chronique ascendante est, en effet, un facteur d'atrophie et de régression de l'épithélium sécréteur et excréteur. Un facteur général *endocrinien* semble orienter ensuite la différenciation secondaire du tube anaplasique en tube endométrial, avec adaptation morphologique du mésenchyme atteint. Robert Meyer d'une part, Oberling [23] d'autre part, ont insisté, il y a de nombreuses années déjà, sur l'influence déclanchante de ces deux facteurs, à propos de la métaplasie péritonéale.

Pour expliquer l'endométriose rénale, il ne nous semble pas nécessaire d'invoquer un processus de plissements du péritoine à l'intérieur du rein avec métaplasie secondaire, ni un réveil du potentiel mullérien d'éléments cœlomiques inclus éventuellement dans l'ébauche rénale. Nous pensons, au contraire, qu'on est en présence d'un processus double : métaplasiant d'une part des tubes rénaux adultes en tubes glandulaires, après leur dédifférenciation préalable en tubes anaplasiques, et édifiant d'autre part un stroma cytogène, ainsi qu'une musculature lisse par adaptation organoïde du tissu conjonctif interstitiel banal du rein. Cette dédifférenciation à la fois tissulaire et cellulaire est favorisée par l'existence d'un facteur inflammatoire : la néphrite chronique ascendante, et d'un terrain endocrinien particulier (très vraisemblable chez la malade de l'observation III qui développa, après la néphrectomie, une endométriose pelvienne diffuse).

L'étude de l'endométriose rénale présente donc un intérêt double : à la fois anatomo-clinique, en mettant en évidence une nouvelle entité de la pathologie rénale, et doctrinal en apportant une contribution nouvelle au vaste chapitre de la métaplasie.

Bibliographie.

1. V. F. Marshall. — The occurrence of endometrial tissue in the kidney. Case reported and discussion. *J. of Urology*, t. **50**, 1943, p. 652-656.
2. L. A. Maslow et A. Learner. — Endometriosis of the kidney. *J. of Urology*, t. **64**, 1950, p. 564-566.
3. L. Fruhling et E. Blum. — Endométriose rénale. Contribution à l'étude de l'origine métaplasique de l'endométriose. *J. d'Urologie*, t. **57**, n° 3-4, p. 151-162.
4. E. Blum et L. Fruhling. — Aspects urologiques de l'endométriose : les formes rénales, urétérales et vésicales. *Gyn. et Obst.*, t. **50**, n° 4, 1951, p. 404-417.
5. L. Fruhling, E. Hurter et E. Blum, — A propos d'une nouvelle observation d'endométriome rénal par métaplasie du parenchyme rénal. *Soc. de Gyn. et d'Obst. de Strasbourg*, séance du 5 Avril 1952. A paraître dans *Gyn. et Obst.*, 1952.
6. H. G. Wells. — Occurrence and significance of congenital malignant néoplasms. *Arch. Path.*, **30**, 1940, p. 540-600.

7. F. von Recklinghausen. — *Die Adenomyome und Cystadenome des Uterus und der Tubenwandung.* Un vol., Berlin, 1896.
8. Kossmann. — Die Abstammung der Drüseneinschlüsse in den Adenomyomen des Uterus und der Tuben. *Arch. f. Gyn.*, **54**, 1897, p. 359.
9. T. S. Cullen. — The distribution of adenomyomater containing uterin mucose. *Arch. of Surg.*, **1**, 1920, p. 215-283.
10. J. A. Sampson. — Perforating hemorrhagie (chocolate) cysts of the ovary-their importance and especially their relation to pelvic adenomas of endome, trial type (« adenomyoma » of the uterus, recto-vaginal septum, sigmoid, etc.). *Arch. of Surg.*, **3**, 1921, p. 245-323.
J. A. Sampson. — Development of the implantation theory for origin of peritoneal endometriosis. *Amer. J. Obsr. Gyn.*, **40**, 1940, p. 549-557.
11. J. Halban. — Hysteroadenosis metastatica (Die lymphogene Genese der sog. Adenofibromatosis heterotopica). *Wien. Kl. Woch.*, **37**, 1924, nº 47; *Zbl. f. Gyn.*, nº 7, 1925, p. 387; *Arch. f. Gyn.*, **124**, 2, 1925, p. 457; *Zbl. f. Gyn.*, 1925, p. 655.
12. Cl. Javert. — Pathogenesis of endometriosis based on endometrial homeoplasia; direct extension, exfoliation and implantation, lymphatic and hematogeneous metastasis. *Cancer*, **2**, 1949, p. 399-410; Observation on the pathology and spead of endometriosis based on the theory of metastasis. *Amer. J. Obst. Gyn.*, **62**, 1951, p. 477-87.
13. P. Brocq et J. Varangot. — Les endométriomes. *Ier rapport au XLVIIIe Congrès Français de Chirurgie.* Presses Universitaires de France, 1945, p. 463-577.
14. V. C. Jacobsen. — The autotransplantation of endometrial tissue in the rabbit. *Arch. of Surg.*, **5**, 1922, p. 281-300; *Amer. J. Obst. Gyn.*, **6**, 1923.
15. J. E. Hobbs et A. E. Bortnick. — Endometriosis of the lungs. Experimental production of endometrial transplants in the lungs of rabbits. *Surg., Gyn., Obst.*, **69**, 1939, p. 577-583.
16. R. W. Te Linde et R. B. Scott. — Experimental endometriosis. *Amer J. Obst. Gyn.*, **60**, 1950, p. 1147-1173.
17. N. Iwanoff. — Drüsiges, cystenhaltiges Uterusfibromyom, kompliziert durch Sarkom und Karzinom. *Monatsschr. f. Gebutsh. u. Gyn.*, **7**, 1898, p. 295-300.
18. R. Meyer. — Eine unbekannte Art von Adenomyom mit einer kritischen Besprechung der Urnieren-Hypothese von Recklinghausen. *Ztschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, **49**, 1903, p. 464-507.
Voir tous les travaux de R. Meyer dans :
Hans Albrecht. — Pathologische Anatomie und Klinik des Adenomyoms und der Adenomyosis. *Biol. u. Pathol. d. Weibes*, **4**, 1928 et dans Adenomyosis, Adenofibrosis und Adnomyom. *Handb. d. Gynäkologie*, 1930, p. 356-369.
19. P. Gruenwald. — Origin of endometriosis from mesenchym of cœlomic walls. *Amer. J. Obst. Gyn.*, **44**, 1942, p. 470-474.
20. A. Maximow. — *Arch. exp. Zellforsch.*, **4**, 1927, p. 1.
21. D. Filatow. — *Arch. Entw. Mech.*, **127**, 1933, p. 776.
22. O. H. Brines et J. H. Blain. — Adenomyosis of the uterus. *Surg., Gyn., Obst.*, **76**, 1943, p. 197-203.
23. Ch. Oberling. — Des endométriomes. *Ann. d'Anat. Path.*, **1**, 1924, p. 541-552.
24. B. Ranney. — Etiology of endometriosis. *Int. Abstr. of Surg.*, **86**, 1948, p. 313-334.
25. R. Gandar. — L'endométriose pelvienne. *Thèse de Strasbourg*, nº 57, 1951.
26. V. S. Counseller et J. L. Crenshaw. — A clinical and surgical review of endometriosis. *Amer. J. Obst. Gyn.*, **62**, 1951, p. 930-942.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

GLANDE SURRÉNALE

H. Przemeck et **U. Krause** (Halberstadt). — **L'épreuve de la fluorescence du sérum humain par l'emploi de la fluorescéine sodique, moyen de diagnostic précoce du cancer** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 12, 1952, p. 502-505).

Une méthode de diagnostic précoce du cancer n'a d'intérêt que sous les 3 conditions suivantes : réponse positive longtemps avant l'apparition des premiers signes cliniques, technique simple et rapide, sûreté.

Des études sont poussées actuellement en Amérique sur les modifications de la translucidité et de la fluorescence du sérum des cancéreux. Harley a constaté chez la souris et le rat cancérisés une diminution de la fluorescence et de l'opacité du sérum, et ce dès 20 à 40 h après l'implantation du tissu cancéreux, c'est-à-dire bien longtemps avant l'apparition de la tumeur. Si plus tard, on enlève le cancer, les caractères du sérum redeviennent normaux.

Les auteurs ont repris ces recherches chez l'homme et porté leur effort sur les moyens d'activer et de mesurer ces effets. Ils utilisent dans ce premier but, une injection intra-veineuse de 1/10 000 g de fluorescéine sodique, pratiquée 24 h avant la prise de sang. Alors que chez les sujets sains ou atteints de maladies médicales ou chirurgicales non cancéreuses, ils notent une très évidente fluorescence du sérum, celle-ci apparaît plus faible chez les cancéreux. Toutefois l'interprétation de cette différence leur semble bien délicate sans un appareil de mesure précis qui n'est pas encore réalisé; ils le recherchent et ont utilisé des instruments photo-électriques, le photomètre de Pulfrich, sans résultat appréciable; aussi bien, la simple méthode visuelle comparative (un échantillon de sérum suspect entre deux échantillons de sérums normaux) a-t-elle été jusqu'ici préférée.

Ils ont étudié ainsi 28 sérums de sujets cancéreux, et ont trouvé 20 fois une fluorescence nettement diminuée, 2 fois une fluorescence normale, 3 fois une fluorescence normale chez des malades opérés, dans 3 cas enfin le sang était hémolysé et l'examen n'a pas été possible.

Comparativement chez 22 malades non cancéreux, la fluorescence s'est toujours montrée normale.

Ces chiffres sont encore trop minces pour permettre une conclusion; mais il semble que ces recherches méritent d'être poursuivies, concurremment avec les autres études en cours.

R. Gueullette.

A. Wuterle (Leipzig). — **Sur une réaction diagnostique du cancer tirée de l'examen des urines (réaction de Nitsche)** (*Das deutsche Gesundheitswesen*, vol. **7**, n° 2, 10 Janv. 1952, p. 48-50).

Faut-il évoquer l'intérêt d'une réaction spécifique du cancer ? Les recherches poussées en ce sens n'ont donné jusqu'ici aucun résultat appréciable. L'auteur les rappelle brièvement.

La réaction de Nitsche semble la plus intéressante; elle est basée sur la présence

dans les urines des cancéreux d'un ferment qui, en milieu acide et en présence d'ions calciques, est capable de dissoudre une fibrine étrangère (fibrine de sang de porc), W. expose longuement la technique complexe de son emploi.

Il a lui-même étudié ainsi 166 personnes, la réaction étant le plus souvent répétée 3 fois à quelques jours d'intervalle; mais une réaction positive unique apporterait déjà une forte suspicion de cancer. Chez 83 cancéreux sûrs, il a obtenu 76 réactions positives (soit 91,4 p. 100), 7 réponses négatives (8,6 p. 100), et le plus souvent au cours des 3 épreuves. Comparativement chez 83 sujets sûrement non cancéreux, dont 32 non malades, la réaction a été positive 37 fois (44,6 p. 100), négative 46 fois (55,4 p. 100).

Il est à noter en effet que la réaction se montre positive au cours de la gravidité, des avortements, des maladies aiguës, des fractures.

Mais elle était aussi positive chez 12 sujets bien portants sur 32 !

Si insuffisants que soient ces résultats, ils se montrent encore supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes.

La seule constatation d'une réaction positive chez une cancéreuse de l'utérus, devenue négative après une opération de Wertheim, ne lui apporte-t-elle pas à elle seule une valeur certaine ?

Nous ne sommes, hélas, pas au but.

R. Gueullette.

Vincent J. McGovern (Sydney). — **Mélanoblastome** (*The Medical Journal of Australia*, an. **39**, vol. **1**, n° 5, 2 Février 1952, p. 139-142).

L'auteur, après avoir montré la fréquence des nævi pigmentaires bénins, envisage les causes d'évolution maligne : le traumatisme est certainement au premier plan, l'âge et les facteurs hormonaux paraissent sans grande importance.

Les symptômes de malignité sont énumérés, et les caractères de la diffusion lymphatique soulignés.

Le traitement a généralement consisté en une exérèse de la lésion initiale et des ganglions. Sur 99 malades suivis plus de 5 ans, 15 ont survécu, 298 nævi malins ont été observés.

L'auteur étudie ensuite le problème de l'histogénèse de ces tumeurs et de leur diagnostic histologique.

Henri Redon.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

P. Mollaret, R. Bastin, J. J. Pocidalo et **Fr. Besançon.** — **Premier essai d'hibernation dans le tétanos gravissime; premier échec** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, n°s 9 et 10, 14 Mars 1952, p. 381-386, avec 1 tableau).

Aoustin, Couaillier, Gaspar et **Muhlethaler.** — **Un cas de tétanos traité par l'hibernation** (*Ibidem*, n°s 11, 12 et 13, 21 Mars 1952, p. 414-416).

Ces deux communications fort intéressantes rapportent des tentatives nouvelles de traitement du tétanos.

Les travaux sur l'hibernation trouveront peut-être, dans le traitement du tétanos et de quelques autres affections médicales à grand dérèglement neuro-végétatif, des indications au moins aussi intéressantes que dans les complications post-opératoires.

Il est difficile de résumer la première observation, qui comporte de grandes précisions sur le traitement mis en œuvre, lequel a été très complexe.

Il s'agissait d'un tétanos à incubation courte, qui d'emblée a paru de mauvais pronostic, et qui cependant a donné des espoirs de guérison pour la période où la température avait été ramenée artificiellement à 34° C, période pendant laquelle les

paroxysmes tétaniques avaient énormément diminué de fréquence et d'intensité et la contracture cédé, puisqu'il n'y avait plus ni trismus ni dysphagie.

Mais la mort est survenue au cours d'une crise convulsive que les auteurs n'interprètent pas comme due au tétanos. Ils ont tendance à penser qu'elle est peut-être due à une erreur dans l'emploi simultané des nombreuses drogues utilisées.

La deuxième observation n'est pas aussi exactement précisée au point de vue de sa gravité. La période d'incubation est inconnue. Cependant, du 4e au 6e jour, la température avait dépassé 40° C On décide alors de mettre le malade en hibernation. Les contractures ne cèdent pas immédiatement, mais elles régressent en même temps que la tachycardie disparaît. Cette thérapeutique est continuée pendant 9 jours, à un degré atténué, d'ailleurs, puisque la température n'est pas ramenée au-dessous de 38° C Le malade guérit.

Ces deux essais thérapeutiques représentent une tentative très intéressante, qui mérite évidemment d'être poursuivie et précisée.

P. Moulonguet.

H. S. Allen (Chicago). — **Traitement des brûlures, basé sur une expérience de 1 000 malades d'hôpital** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 4, Oct. 1951, p. 566-573).

Ce travail est basé sur l'observation de 1 000 brûlés d'un hôpital d'enfants, de 1947 à 1951. Ces enfants avaient de 1 à 14 ans. L'idéal est de transformer aussitôt que possible (dans les 3 semaines après l'hospitalisation) la plaie ouverte constituée par la brûlure en une plaie fermée.

Sur ces 1 000 brûlures, 605 étaient des brûlures récentes, 395 des brûlures de plus de 3 jours. 24 p. 100 de l'ensemble ont reçu des greffes cutanées.

Dès l'admission on doit faire le traitement du shock, s'il existe ou est en voie d'apparition. La plaie est nettoyée, sans anesthésie, les phlyctènes enlevées, et un pansement compressif appliqué sur une seule épaisseur de gaze vaselinée; pour les membres on les immobilise sur une attelle. Le premier pansement est fait 6 à 8 jours plus tard, et permet de juger à ce moment de la profondeur de la brûlure. Si elle est peu profonde, le pansement est refait. Si elle est de toute l'épaisseur, l'excision chirurgicale de l'escarre sera faite, en moyenne vers le 10e jour, sous anesthésie générale. Un pansement sec est mis, et la plaie est recouverte de greffes cutanées environ 14 jours après l'admission.

M. Guimbellot.

T. G. Blooker, V. Blooker, S. R. Lewis et **C. C. Snyder** (Galveston). — **Une étude du problème des brûlures aseptiques par l'usage du traitement à l'air libre** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 4, Oct. 1951, p. 574-580).

Le traitement des brûlures, sans pansement, mais avec tannages par diverses substances chimiques a eu beaucoup de vogue après la première guerre, puis a été abandonné, tout au moins pour les brûlures de toute l'épaisseur de la peau, parce qu'il favorise l'infection sous la croûte de tannage.

B., B., L. et S. ont repris une méthode plus ancienne encore, qui consiste à laisser les brûlures à l'air libre, mais sans aucun tannage, et déclarent en avoir eu des résultats meilleurs que ceux qu'ils ont obtenus par la méthode des pansements occlusifs. La durée de la période fébrile a été très raccourcie, le nombre d'injections sous-cutanées de substances sédatives et le nombre de transfusions nettement diminués, la période d'hospitalisation très raccourcie.

A l'admission les régions brûlées sont soigneusement nettoyées, puis laissées à l'air libre, sans cerceau chauffant. La thérapeutique générale est instituée (transfusions, ingestion de liquides, etc.), suivant le résultat des examens de laboratoire. Les croûtes qui se forment à la surface des brûlures sont inspectées tous les jours, et on enlève au fur et à mesure, celles qui se détachent. Entre le 8e et le 16e jour dans les brûlures du second degré les croûtes se détachent; dans celles du troisième degré, elles doivent être enlevées chirurgicalement; elles sont remplacées par des greffes de peau.

M. Guimbellot.

Ira T. Nathanson et **Rita M. Kelley** (Boston). — **Traitement hormonal des cancers** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **246**, n° 5, 31 Janvier 1952, p. 180-190).

L'A. C. T. H. n'a pas donné de résultats intéressants et ne saurait être utilisé que comme traitement complémentaire dans certains cancers des organes lymphoïdes et hématopoïétiques.

Les auteurs étudient surtout les effets et le mode d'action des œstrogènes dans le cancer de la prostate; les doses quotidiennes variant, suivant les auteurs, de 1/4 de mg à 15 mg; des doses de 60 à 300 mg ont même été atteintes. La durée moyenne de survie a été très considérablement prolongée; la castration peut accroître les effets de l'hormonothérapie.

De longs détails sur le moment thérapeutique et le mode d'action sont exposés.

Les effets variables du traitement humoral sont envisagés dans le traitement des cancers utérins, ovariens et vésicaux, et du chorio-épithéliome. Dans l'ensemble peu d'effets indiscutables ont été notés.

Suit une très importante bibliographie américaine.

HENRI REDON.

H. Schoen (Karlsruhe). — **Medizinische Roentgentechnik. II. Physikalisch-technischer Teil (Technique des applications médicales des rayons de Rœntgen. Seconde partie : Étude physique et technique)** (Un vol. de 328 p., 217 fig., G. Thieme, édit., Stuttgart, 1952, prix : 27 D. M.).

Ce second tome complète l'ouvrage du professeur Schoen car il constitue un manuel destiné à faire connaître la physique des rayonnements ainsi que les détails des manipulations.

E. Bunde rédige en physicien les chapitres traitant de la physique des rayonnements : rayons X, rayonnements des corps radio-actifs, et de la formation de l'image radiographique; puis il décrit les méthodes et les appareillages. Il termine par un manuel de technique de roentgen- et de curiethérapie.

V. Loeck contribue en écrivant un manuel de technique de photographie radiographique qu'il achève en décrivant les divers procédés Agfa de photographie en couleurs.

En conclusion, cette seconde partie s'adresse moins aux médecins en général qu'aux spécialistes soucieux d'acquérir une formation technique assurée.

P. PIZON.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Arnold Sonnenschein (Vienne). — **Biologie, Pathologie et Traitement des articulations; le genou pris pour exemple (Biologie, Pathologie und Therapie der Gelenke dargestellt am Kniegelenk)** (Un vol. de 495 p. avec 219 fig., Benno Schwabe et Cie, édit., Bâle, 1952).

A notre époque où se manifestent avec une si rapide continuité les progrès de la chirurgie, on est heureux de voir paraître des ouvrages consacrés à l'étude d'un segment réservé du corps humain. Aussi convient-il de féliciter M. Sonnenschein, assistant du service orthopédique de la 1re clinique chirurgicale de Vienne d'avoir consacré tout un livre à l'étude biologique, pathologique et thérapeutique d'une articulation aussi importante que celle du genou.

Après les premiers chapitres consacrés à l'anatomie comparée, à l'embryologie, M. Sonnenschein décrit l'anatomie normale, l'histologie, la physiologie du genou; il consacre plus de 50 pages de description minutieuse à l'examen clinique, radiologique, endoscopique du genou, puis il passe successivement en revue les malformations congénitales du genou (ligaments, synoviale, ménisques, extrémités osseuses), les

difformités acquises (genu valgum, varum, recurvatum, etc.), les lésions traumatiques et pathologiques, les tumeurs bénignes et malignes du genou.

Dans chacun de ces chapitres, l'indication thérapeutique et le mode de traitement sont judicieusement précisés.

Un important index bibliographique termine cet ouvrage si complet.

Il est certain qu'avec son texte clair et précis, fortement documenté et richement illustré, le livre de M. Sonnenschein est appelé à rendre les plus grands services à tous ceux, étudiants, médecins praticiens ou chirurgiens de carrière qui le liront.

ALBERT MOUCHET.

W. Hage (Schleswig). — **Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du sarcome des synoviales articulaires** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 9, 1952, p. 376-379).

Le *synovialome* est rare, et de diagnostic difficile au début de son évolution. En voici un cas nouveau.

Un homme de 50 ans présente en 1934 une arthrite déformante du genou, que l'on traite par radiothérapie. Jusqu'en 1947 son état se maintient satisfaisant. C'est alors qu'il fait une nouvelle poussée articulaire avec épanchement; la culture, l'inoculation du liquide recueilli restent négatives; quelques mois plus tard, l'examen histologique d'un ganglion hypertrophié prélevé à la racine du membre le montre atteint d'une inflammation non spécifique. Mais une contracture en flexion apparaît, qui impose l'immobilisation plâtrée en extension. On ne note sur les clichés radiographiques qu'une décalcification, les contours osseux restent intacts. Et l'on porte le diagnostic d'arthrite rhumatismale. En 1948, l'état local s'aggrave; les douleurs sont plus vives, persistent jour et nuit; le genou est très tendu, mais il n'y a pas de fluctuation,le contenu synovial donnant plutôt une sensation de dureté élastique. La décalcification a augmenté, mais les corticales restent indemnes; le contenu articulaire témoigne d'une certaine opacité aux rayons. On intervient.

A l'ouverture de l'articulation, celle-ci apparaît remplie d'un tissu gris-blanchâtre, de consistance ferme avec quelques noyaux plus mous; ce tissu remplit la synoviale, mais les surfaces articulaires, les ligaments, les ménisques sont intacts. Le tissu pathologique fait hernie à travers la capsule dans les muscles postérieurs; dans son ensemble, il se laisse aisément séparer de la capsule. On pratique une résection, suivie d'une ostéosynthèse au moyen d'un clou de 60 cm. L'examen histologique conclut à un sarcome d'origine synoviale.

2 mois plus tard, on est amené à extirper un paquet de ganglions inguinaux hypertrophiés; on ne note alors aucune métastase à distance; les poumons restent sains. La consolidation osseuse se fait bien; mais malgré une radiothérapie intensive sur le foyer, on voit bientôt apparaître une récidive au niveau des parties molles. En 1949, des métastases pulmonaires se font jour, bientôt suivies de généralisation. La mort survient, sans cachexie.

A propos de cette observation, l'auteur fait quelques remarques sur ce type de tumeur, dont 26 cas seulement ont été publiés.

La plupart des tumeurs nées aux dépens de la synoviale sont de nature maligne, et ont une tendance marquée à la récidive locale, à l'extension ganglionnaire, puis à la généralisation; on connaît cependant quelques cas de tumeurs papillaires bénignes.

L'évolution en est parfois très lente (6-17 ans), mais non moins fatale.

Il existe souvent dans l'articulation un épanchement filamenteux d'origine synovial.

Cliniquement la lésion ressemble à une inflammation (fait déjà signalé par von Enderlen, et qui peut conduire à de graves erreurs de diagnostic); l'apparence radiologique de l'article reste longtemps normale.

Les douleurs sont fréquentes et leur importance contraste avec le peu de limitation des mouvements.

La distension veineuse superficielle, si fréquente au cours des sarcomes des membres, manque ici. L'atrophie musculaire est par contre souvent importante.

Dans la plupart des cas, la tumeur reste bien limitée par une capsule dont elle se laisse aisément séparer.

Au point de vue thérapeutique, il faut retenir l'intérêt de l'ablation précoce de toutes les petites tumeurs développées aux dépens des parties molles articulaires, et la surveillance attentive de toute récidive locale. Mais la chirurgie conservatrice, l'amputation elle-même ne mettent pas à l'abri des métastases et de la généralisation.

La radiothérapie est sans effet.

R. Gueullette.

Stanley R. Maxeiner et **B. H. McLaughlin** (Minneapolis). — **Sarcomes synoviaux** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 1, Janv. 1952, p. 65-77, avec 6 fig.).

On peut douter de la propriété du terme de sarcome synovial. En effet, bien que les auteurs définissent ces tumeurs comme se développant aux dépens des séreuses articulaires ou para-articulaires, les observations ici rapportées, au nombre de 5, concernent 2 fois seulement des tumeurs à point de départ synovial. Il semble s'agir dans 1 autre cas d'un conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux. Les 2 dernières observations se rapportent à un sarcome développé l'un aux dépens des éléments tendineux du pied, l'autre aux dépens du quadriceps.

Les deux tumeurs à point de départ proprement articulaire siégeaient l'une et l'autre au niveau du coude. Elles se terminèrent l'une par la mort rapide du malade par métastases hépatique et pulmonaire après un traitement rœntgénien, le malade ayant refusé l'amputation; l'autre malade subit une désarticulation de l'épaule pour une tumeur ayant récidivé trois fois après des interventions purement locales et allait bien aux dernières nouvelles, l'intervention datant de 1948.

Marcel Roux.

F. Kroh (Köln). — **La synovectomie subtotale ou totale au cours des arthrites chroniques non spécifiques** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol **77**, n° 6, 1952, p. 232-240, avec 3 fig.).

La synovectomie partielle ou totale semble à l'auteur la méthode de choix, non seulement dans les formes purement synoviales de la tuberculose articulaire, mais encore en présence de synovites chroniques non tuberculeuses et de la chondromatose articulaire. Ce sont ces dernières indications qu'il envisage ici, à la lumière de ses observations personnelles, de constatations autopsiques et de l'étude de la littérature.

Souvent mono-articulaire au début, la synovite chronique non spécifique peut envahir d'autres articulations, avec une prédilection pour les genoux d'abord, le coude, les articulations des doigts, l'épaule; elle est souvent associée à une arthrite déformante. Elle simule si bien la tuberculose que le diagnostic n'est fréquemment porté qu'à l'examen histologique de la pièce opératoire. Sur les clichés radiologiques, on ne voit aucune lésion osseuse.

Le début des douleurs est souvent insidieux, sans crise aiguë initiale; gêne, pesanteur, puis distension et troubles de la motilité; elle ne conduit jamais à une raideur articulaire totale, mais finit par imposer le lit ou la voiture à roulettes.

L'âge de prédilection se situe entre 30 et 50 ans. Au point de vue étiologique, on n'a jamais pu mettre en évidence la localisation infectieuse initiale; la mise en état des dents, de la cavité buccale n'a notamment aucune influence sur son évolution. On a vu dans un cas le traitement d'un genou amener la rétrocession d'accidents débutant sur d'autres articulations.

L'opérateur qui ouvre une telle articulation ne peut s'empêcher d'évoquer la tuberculose; K. pense que parfois, et même en l'absence de réponse affirmative du laboratoire (histologie, bactériologie du liquide de ponction, images pulmonaires), il peut y avoir une relation avec celle-ci.

Anatomiquement les lésions se caractérisent par une importante hyperhémie des parties molles articulaires, qui d'ailleurs peut manquer; lorsque le bistouri a ouvert

la capsule, la synoviale fait hernie comme un ballon bleuâtre; celle-ci incisée, il s'échappe un liquide jaune brunâtre pouvant contenir quelques flocons fibrineux; on voit alors dans la cavité séreuse des villosités à long pédicule, dont la synoviale est parfois bourrée mais dont le cul-de-sac supérieur reste souvent indemne. Ces villosités sont faites de masses fibrineuses; elles peuvent manquer totalement. Parfois l'épaississement de la synoviale est si considérable que la cavité articulaire semble avoir complètement disparu. Les cartilages sont intacts et peuvent le demeurer longtemps chez les jeunes avant 30 ans; à un âge plus avancé, ils s'altèrent tardivement; il en est de même pour les ménisques. Un fait est caractéristique, c'est l'absence de toute adhérence intra-articulaire.

Histologiquement on trouve toujours une infiltration lymphocytaire de la synoviale, avec cellules rondes et plasmazellen; l'hyperhémie est constante, parfois telle qu'elle donne l'impression d'une véritable atteinte phlegmoneuse.

L'épanchement récidivant n'a rien de spécifique.

En présence de ces signes, il convient de pratiquer une synovectomie totale ou subtotale enlevant les parties médiane et latérales ainsi que le cul-de-sac supérieur; l'expérience a montré que la régénération était rapide et parfaite. Après 60 ans, et en présence d'une grosse hyperplasie, de villosités nombreuses, de lésions d'arthrite déformante, il faut recourir à la synovectomie totale, parfois complétée par la résection du bourrelet marginal.

L'auteur expose sa propre technique, qui lui permet, dans les cas nécessaires, de ne laisser subsister aucun segment de la membrane séreuse. Il insiste sur l'importance des soins post-opératoires et notamment de la mobilisation active commencée dès le lendemain de l'intervention, sans user d'anesthésie ou d'instillations de novocaïne intra-articulaire. L'avenir dépend de l'énergie du malade et du courage qu'il mettra dans ses exercices de gymnastique; en 2 à 3 mois d'effort, il récupérera la fonction de son articulation.

K. signale en terminant qu'il a observé en fin de ce traitement mécanothérapique intensif, 2 cas de myosite ossifiante; chez un 3e malade, il a vu survenir une infection staphylococcique de la néo-synoviale, 3 mois après la synovectomie.

R. Gueullette.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

Gunnar Jonsson, Bror Broden et **Johan Karnell** (Stockholm). — **Aortographie thoracique** (*Acta Radiologica*, supp. 89, 1851).

Après un rappel des techniques d'aortographie thoracique (ponction directe de l'aorte, injection rétrograde dans la carotide ou cathétérisme d'une artère, les auteurs précisent les conditions radiologiques de cette exploration et reproduisent une soixantaine de clichés dont la plupart ont trait à la persistance du canal artériel ou à la coarctation aortique.

Il s'agit là d'un très bel atlas, au texte peu abondant mais précis, et qui rendra de très grands services à tous ceux qui s'attachent aux procédés modernes d'exploration des vaisseaux.

Lucien Leger.

E. Converse Peirce (Baltimore). — **Cathétérisme transcutané de l'artère fémorale chez l'homme pour l'aortographie** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 1, Juillet 1951, p. 56-74 avec 17 fig.).

L'aortographie pratiquée au moyen d'une sonde de polyéthylène introduite à travers un trocart placé par ponction de la peau dans l'artère fémorale et poussée jusqu'à l'aorte a donné, dans 58 cas divers, des résultats encourageants. Dans 2 cas, l'introduction de la sonde ne fut pas possible.

C'est une méthode simple, ne nécessitant aucun appareillage compliqué, permettant d'atteindre n'importe quelle portion de l'aorte. 20 à 25 cm³ de diodrast à 70 p. 100 sont introduits, et, comme l'injection est faite à contre-courant, les radiographies peuvent être répétées. Aucune trace de liquide opaque en dehors du vaisseau ne vient gêner la lecture des clichés.

L'inconvénient de la méthode serait sa difficulté technique qui exige une grande adresse. Mais, à l'exception de deux réactions cérébrales au diodrast, et d'hématomes au lieu d'injection dans une proportion de 10 p. 100 des cas, il ne s'est produit aucune complication importante ni locale, ni générale.

Par contre, les radiographies obtenues sont d'un enseignement plus utile qu'avec les techniques habituelles.

ANDRÉ SICARD.

James W. Sampsel, Frank M. Barry et **Howard D. Steele** (Cleveland). — **Anévrysme d'une artère pancréatico-duodénale anormale** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 1, Janv. 1952, p. 74-79, avec 3 fig.).

Il s'agit d'un ictère par rétention provoqué par un anévrysme d'une artère pancréatico-duodénale droite, traité par hépatico-jéjunostomie et mort par rupture intrapéritonéale de l'anévrysme.

L'auteur fait la revue des anévrysmes de l'artère hépatique publiés, et pense que la meilleure technique semble être la résection suivie de greffe d'une artère voisine, sous couvert peut-être de perfusion de sang oxygéné dans le foie, et suivie de doses massives d'antibiotiques pour éviter la nécrose hépatique.

F. D'ALLAINES.

Geza de Takats et **Millard R. Marshall** (Chicago). — **Traitement chirurgical des anévrysmes artério-scléreux de l'aorte abdominale** (*Archives of Surgery*, vol. **64**, n° 3, Mars 1952, p. 307-319, avec 5 fig.).

Voici 10 cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale traités par l'introduction d'un fil métallique dans la lumière, ou par fibrose péri-sacculaire provoquée, ou par ligature en amont, ou par l'association de ces méthodes.

4 malades sont encore en vie, très améliorés, depuis une période variant de 1 an à 4 ans. Par contre, sur 7 malades non opérés et suivis, on enregistre 7 décès.

Les résultats sont loin d'être satisfaisants, mais encourageant tout de même à continuer, peut-être en intervenant plus directement sur le sac.

F. D'ALLAINES.

Charles Dubost, Michel Allary et **Nicolas Œconomos** (Paris). — **Résection d'un anévrysme de l'aorte abdominale** (*Archives of Surgery*, vol. **64**, n° 3, Mars 1952, p. 405-408, avec 4 fig.),

Les auteurs rapportent l'observation d'un anévrysme de l'aorte abdominale, étendu des artères rénales aux artères iliaques primitives. La voie d'abord choisie pour son exérèse fut une voie mixte abdomino-thoracique gauche; elle seule pouvait donner un jour suffisant sur la bifurcation aortique et l'origine des artères rénales.

Le rétablissement de la continuité de l'aorte fut assuré par une greffe d'aorte humaine conservée depuis 3 semaines. Une aortographie réalisée 2 mois après montre la parfaite perméabilité de la greffe aussi bien que des artères iliaques, dont la gauche avait été obstruée.

5 mois après l'intervention, le pouls et les oscillations sont normaux et égaux aux deux jambes.

F. D'ALLAINES.

R. Glenn Smith, Miles Gullickson et **Darrel A. Campbell** (Ann Arbor). — **Les limites de la sympathectomie lombaire dans l'artérite sénile. Résultats précoces dans 100 cas successifs** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 1, Janv. 1952, p. 103-107).

Les auteurs ont opéré dans leurs 100 cas le tout-venant de l'artérite sénile, quels que soient l'âge du malade, le niveau ou le degré de thrombose. Sympathectomie

banale par voie rétro-péritonéale, portant sur les 2e et 3e ganglions lombaires. Il y a 3 catégories de malades à qui la sympathectomie ne rend aucun service : ceux qui ont une gangrène avec thrombose haute, fémorale ou poplitée; ceux qui présentent des douleurs de décubitus et un œdème marqué; et ceux chez qui l'infiltration lombaire amène une chute de la température cutanée. Tous ces cas ont dû être amputés ultérieurement. La cicatrisation était peut-être plus rapide et meilleure, mais ceci justifie-t-il la sympathectomie?

Certains malades ont été améliorés d'une façon variable : ce n'est que dans un tiers des cas que les auteurs ont obtenu une influence bénéfique sur les douleurs, la claudication intermittente ou la cicatrisation des ulcérations cutanées.

Par contre, les malades atteints de gangrène, mais dont au moins une grosse artère était perméable au-dessous du genou ont pu garder leur pied dans une proportion de 75 p. 100. Aussi dans les cas bilatéraux est-il recommandé de commencer par le côté le moins atteint.

F. D'ALLAINES.

M. de Santis (Pérouse). — **Les fistules artério-veineuses dans le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle expérimentale** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **29**, fasc. 5, Mai 1952, y. 275-281).

Les expériences ont porté sur 20 chiens. On obtient l'hypertension artérielle, en enveloppant chaque rein, successivement, dans une lame de cellophane. 2 chiens sont morts d'hématurie et un troisième a été éliminé par suite de suppuration de la lombotomie.

L'hypertension ainsi obtenue est stable. Chez 2 chiens dont les fistules artério-veineuses se sont thrombosées, la pression artérielle se maintenait élevée plus de 10 mois après la dernière opération sur le rein.

Les fistules doivent être exécutées sur des vaisseaux de moyen calibre (carotide primitive et veine jugulaire, vaisseaux fémoraux); pratiquées sur les gros vaisseaux (aorte et veine cave, vaisseaux iliaques, etc...) elles entraînent une dilatation aiguë du cœur droit (2 cas mortels).

Dans les autres cas (sauf un dans lequel on fit 2 fistules), la fistule s'est avérée efficace et fonctionnait parfaitement 10 mois après sa création.

La chute de la pression artérielle a été de 25 à 55 mm de mercure pour la pression systolique et de 20 à 30 mm pour la pression diastolique.

La chute de la pression artérielle est en raison directe de l'ampleur de la fistule (ou du nombre des fistules) et d'autant plus marquée que celle-ci se rapproche du cœur. Elle est permanente (plus de 10 mois chez les chiens en expérience) et n'entraîne aucun trouble cardiaque comme le prouvent les électrocardiogrammes pratiqués en série.

J. ASSALI.

A. Lee McGregor. — **Hypertension essentielle** (*South African Medical Journal*, vol. **26**, n° 10, 8 Mars 1952, p. 177-181).

Il s'agit d'une enquête concernant 53 opérés depuis 5 ans : tous les malades ont été opérés selon la technique de Smithwick.

La plupart des malades, suivis depuis au moins 3 ans se déclarent très améliorés; mais la formule de Smithwick doit être appliquée dans le choix des opérés, et l'opération doit évidemment être faite avant l'apparition de lésions irréversibles.

La mortalité opératoire, sur un total de 500 interventions est inférieure à 3 p. 100.

L'auteur insiste sur l'importance du premier ganglion lombaire, et sur le retentissement de la gangliectomie sur l'érection et l'éjaculation.

HENRI REDON.

Benedetto et **Poletti** (Turin). — **Étude expérimentale sur la ligature de la veine cave inférieure** (*Cuore e Circolazione*, vol. **35**, n° 6, Décembre 1951, p. 344-357).

12 expériences ont été faites sur le chien : ligature entre la veine rénale et la spermatique droite. Différentes recherches ont été faites sur le chien ligaturé : détermi-

nation de la pression intra-ventriculaire droite, temps de la traversée saphène-poumon, phlébogrammes avec substances de contraste, pression veineuse à la saphène.

Les résultats ont été les suivants :

Diminution de la pression intra-ventriculaire droite immédiate et de durée n'excédant pas 3 mois.

Augmentation parallèle de la pression veineuse aux membres inférieurs.

Augmentation du temps du circuit saphène-poumon.

La circulation de remplacement s'effectue par la voie des azygos, des veines lombaires et sacrées, des plexus veineux vertébraux et de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

La veine spermatique ou ovarienne droite joue un rôle essentiel dans le processus vicariant et sa ligature entraîne une aggravation des troubles hémo-dynamiques.

OLIVIERI.

William G. Anlyan, Frank H. Campbell, William W. Shingleton et **Clarence E. Gardner** (Durham). — **Embolie pulmonaire après ligature veineuse** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 2, Fév. 1952, p. 200-207).

Au cours de l'année précédente, sur 7 malades ayant subi une ligature veineuse pour maladie thrombo-embolique, les auteurs ont vu 5 malades être victimes d'embolie pulmonaire 2 à 15 jours après la ligature, avec 1 décès. Pendant le même laps de temps, le traitement anticoagulant a été appliqué à 43 malades sans aucune embolie ni pendant ni après le traitement. Cette statistique impressionnante a amené les auteurs à reviser leurs indications des ligatures. Ils considèrent la ligature des veines fémorales superficielles ou communes comme inutile, car ne donnant aucune sécurité, et dangereuse, car aboutissant souvent à de grosses séquelles. Ils ne gardent actuellement comme seule indication de ligature de la veine cave inférieure que la résection par voie endoscopique d'un adénome prostatique.

Le traitement anticoagulant semble dans tous les autres cas être le traitement de choix; les auteurs donnent leur préférence à l'injection unique intra-musculaire d'héparine.

F. D'ALLAINES.

NERFS

Estanislao Lluesma-Uranga. — **Deux cas d'angine de poitrine opérés d'urgence. Résultats post-opératoires au bout de 23 et 10 mois** (*Angiologia*, vol. **4**, n° 2, Mars-Avril 1952, p. 55).

Deux cas d'angine de poitrine ont été opérés presque d'urgence. Dans l'un furent pratiquées l'ablation du ganglion stellaire, de l'intermédiaire, de la moitié supérieure du premier ganglion dorsal, du côté gauche et 3 jours plus tard, une sympathectomie du 2e ganglion cervical et de 5 cm de la chaîne sympathique du côté droit.

Chez l'autre malade, stellectomie gauche, puis droite quelques jours plus tard. Les deux opérés suivis respectivement 23 et 10 mois sont en bon état et ne souffrent plus de leurs crises.

LUCIEN LEGER.

CRANE ET ENCÉPHALE

Albert Jentzer. — **Les écoulements du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes crâniens** (*Revue Neurologique*, t. **84**, n° 5, 1951, p. 399-440 avec 21 fig.).

Dans cet important mémoire accompagné d'une riche bibliographie, J. pose, sans le résoudre, le problème des indications opératoires dans les écoulements de liquide céphalo-rachidien à la suite des traumatismes crâniens.

La fréquence des fistules, de 1 à 3 p. 100, est faible par rapport au nombre des traumatismes du crâne. La rhinorrhée est plus fréquente que l'otorrhée ou que la fistule résultant d'une fracture ouverte de la voûte.

En faveur de l'opération, il faut tenir compte qu'une fistule, susceptible de provoquer tardivement une méningite ou un abcès cérébral, est une menace constante et que son traitement chirurgical comporte une faible mortalité.

Contre l'opération, plaident la crainte d'aggraver, en opérant d'urgence, le choc et le risque, en cas d'infection, de généraliser la méningite. Dans un certain nombre de cas, il n'est pas possible d'obturer entièrement par une greffe de fascia lata la fracture.

D'une façon générale, on a de plus en plus tendance à opérer les fractures des sinus frontaux et ethmoïdaux lorsqu'on soupçonne une déchirure de la dure-mère.

Il faut donc être éclectique dans la conduite thérapeutique et tenir compte de chaque cas particulier. J. estime cependant que l'opération présente des indications absolues et relatives :

Indications absolues :

1° Fistules de la voûte avec fracture ouverte.
2° Fistules chez des sujets en état de supporter l'opération d'urgence.
3° Fistules intermittentes (les plus dangereuses, car, lors d'infection, il y a rétention puis méningite).
4° Méningite à répétition.
5° Abcès cérébral.

Indications relatives :

1° Fractures avec otorragie ou rhinorragie.
2° Fractures avec lésions de la dure-mère.
3° Fractures simples sans fistule liquidienne, sans otorragie, sans rhinorragie, sans lésion durale.

Les antibiotiques permettent actuellement d'être plus conservateurs.

ANDRÉ SICARD.

D. Petit-Dutaillis. — Indications thérapeutiques dans les gliomes sus-tentoriels (*Revue Neurologique*, t. **84**, n° 5, 1951, p. 353-398 avec 14 fig.).

Dans son rapport à la Réunion de Neurochirurgie de langue française tenue à Bruxelles en Juin 1951, établi d'après 4 680 cas opérés par Clovis Vincent et ses élèves de 1937 à 1947, P.-D. estime qu'en dépit des résultats trop souvent imprévisibles, parfois paradoxaux et déconcertants, on doit continuer à opérer tous les gliomes sus-tentoriels, quelle que soit leur variété histologique.

L'opération s'impose, même dans les cas où elle s'annonce par avance illusoire, car seule une intervention, fût-elle seulement exploratrice, est capable de fournir des renseignements essentiels quant au siège, au volume, à la nature histologique de la tumeur pour guider le traitement radiothérapique et orienter en bonne place les rayons. Dans ce but, le repérage de la loge tumorale au moyen de corps radio-opaques (clips, poudre de tantale) est fort utile.

L'abstention ne se justifie que pour certaines localisations profondes (tumeurs du centre ovale, du 3e ventricule ou des noyaux sous-corticaux) et pour certaines localisations au niveau de zones fonctionnelles importantes (zones du langage).

Si les survies sont souvent de courte durée (quelques mois dans les glioblastomes), la possibilité d'obtenir des survies de 2 ans et plus est une chance que l'on ne doit pas refuser au malade.

L'exérèse doit être très large. Il faut passer en tissu sain et enlever la lésion en bloc. La lobectomie totale ou partielle s'impose dans les gliomes polaires ou temporaux, surtout du côté droit.

L'exérèse partielle est cependant raisonnable, car elle permet des résultats éloignés de plusieurs années.

La difficulté d'une ablation complète tient à la difficulté de juger opératoirement l'étendue réelle des lésions. La tentative de visualiser la tumeur et ses limites par la fluorescéine ou de la repérer au compteur de Geiger après préparation du malade par les injections de P 32 sont intéressantes, mais il faudrait être sûr que ces méthodes nous permettent de saisir les limites histologiques de l'infiltration néoplasique pour apporter un progrès réel.

Les gliomes kystiques, à poche unique, peuvent être traités dans un premier temps par la ponction évacuatrice, suivie ou non d'injection temporaire de liquide fixateur dans la poche, car leur exérèse d'emblée donne des résultats très inférieurs à ceux des gliomes kystiques du cervelet. Cette technique trouve son indication de choix dans certains gliomes kystiques de l'hémisphère. L'hémisphérectomie droite, totale ou même partielle, reste encore fort discutable.

Quelle que soit la variété histologique, la radiothérapie doit toujours être associée à la chirurgie, mais ses résultats sont aussi difficiles à juger que ceux de l'opération. Le traitement mixte permet une augmentation appréciable de la survie.

On est en droit d'attendre du repérage précoce de certaines de ces tumeurs par l'électro-encéphalographie et l'artériographie une amélioration des résultats thérapeutiques.

ANDRÉ SICARD.

F. Cramer et **Warren Kimsey** (New-York). — **L'hémangioblastome cérébelleux** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **67**, n° 2, Fév. 1952, p. 237-251).

53 cas concernant des sujets de 4 à 60 ans font l'objet de ce travail. 48 cas furent opérés, 5 furent découverts à l'autopsie.

9 malades présentaient un kyste xanthochromique isolé (17 p. 100), 3 d'entre eux récidivèrent après 1, 6 et 8 ans. Tous les autres présentaient une tumeur solide.

La céphalée fut le premier symptôme dans 100 p. 100 des tumeurs solides et seulement dans 66,6 p. 100 des kystes. Les signes cérébelleux, les signes de localisation et l'atteinte des nerfs crâniens furent constatés dans 50 p. 100 des tumeurs solides et 75 p. 100 des kystes. Les vomissements ne survinrent que dans 66,6 p. 100 de l'ensemble des tumeurs.

A ces signes s'associèrent, dans 36 p. 100 des cas, le syndrome de Von Hippel (angiomatose de la rétine) et, dans 10 p. 100 des cas, celui de Lindau (hémangiomes multiples cérébelleux et extra-cérébelleux).

36 malades furent opérés en un temps avec une mortalité de 8,3 p. 100. Tous subirent l'exérèse totale ou partielle de la tumeur, sauf un qui mourut après une simple décompression sous-temporale.

12 furent opérés en plusieurs temps avec un total de 31 interventions et une mortalité de 18,1 p. 100; 2 d'entre eux subirent 5 temps opératoires.

Les résultats ont été évidemment meilleurs quand l'exérèse totale de la tumeur ou de la paroi du kyste a pu être faite. Dans plusieurs cas, où le kyste avait été simplement ponctionné, la réapparition des symptômes était due non à une récidive locale, mais à la présence de nouvelles lésions.

Quand les symptômes réapparaissent brusquement, ils sont généralement liés à une hémorragie aiguë dans le cervelet.

La polycythémie fréquemment constatée paraît résulter directement des fonctions hématopoiétiques des hémangioblastomes (18 p. 100 de la série entière et 63 p. 100 du groupe des interventions multiples).

Dans un cas d'hémangioblastome récidivé, les cultures de tissu montrèrent quelques érythrocytes nucléés et quelques érythroblastes, ce qui suggère la possibilité de l'érythropoièse de ces tumeurs.

ANDRÉ SICARD.

RACHIS ET MOELLE

B. Follmer (Düsseldorf). — **Fractures vertébrales au cours du tétanos** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. 77, n° 10, 1952, p. 411-416, avec 3 fig.

Les travaux sont peu nombreux sur cette question. La radiographie a cependant permis de découvrir ces fractures vertébrales par compression, s'accompagnant d'une exagération de la cyphose dorsale ou même d'une véritable gibbosité; l'étude de pièces d'autopsie a montré la nature exacte des lésions et permis d'écarter l'hypothèse d'une atteinte inflammatoire des corps vertébraux lésés.

Les fractures siègent le plus souvent au niveau du rachis dorsal, plus rarement au niveau de la colonne lombaire. Une localisation des germes ou de leur toxine n'a jamais été mise en évidence; le corps vertébral est écrasé au cours de la crise de contraction paroxystique. La localisation habituelle est expliquée par la mise en action de groupes musculaires puissants, à la fois muscles dorsaux (muscles des gouttières vertébrales), et muscles ventraux (muscles de la paroi abdominale, muscle psoas iliaque). F. expose le mécanisme de leur action synergique et montre comment il aboutit à une fracture par compression.

L'effet maximum est porté sur les vertèbres dorsales, de D3 à D6; il y a rarement moins de 2 à 4 corps vertébraux fracturés.

L'auteur relate l'histoire d'un enfant de 8 ans atteint de tétanos d'abord méconnu et traité comme tétanie, chez lequel on vit brusquement apparaître une gibbosité dorsale. La radiographie montra alors un affaissement des vertèbres dorsales; l'enfant fut tout d'abord traité par administration de calcium et de parathormone, sans résultat. La véritable nature du mal fut alors reconnue; la déformation alla en s'exagérant, s'accompagnant d'une légère scoliose et d'une projection en avant du sternum, en carène. De nouveaux clichés montrèrent un affaissement des vertèbres dorsales 2 à 12, avec un maximum au niveau de la 4e qui avait perdu à peu près la moitié de sa hauteur. En dehors de la thérapeutique usuelle, on institua le traitement suivant : pendant 10 jours décubitus dorsal, avec air chaud, massages et mobilisation prudente; puis mise en place d'un appareil plâtré en extension, avec fenêtre postérieure permettant la mise en place de tampons feutrés d'épaisseur progressivement croissante; à l'ablation de l'appareil, après 2 mois 1/2, la cyphose avait notablement diminué, et l'amélioration apparaissait nette à l'examen radiographique; on mit alors un corset plâtré avec lequel l'enfant a marché pendant 2 mois. Le résultat fut très satisfaisant; la cyphose avait disparu; il persistait seulement une légère exagération de la lordose lombaire. Sur les clichés cependant, les vertèbres écrasées n'avaient pas repris leur hauteur normale.

Ce traitement semble à l'auteur préférable au simple décubitus dorsal jusqu'ici conseillé.

R. Gueullette.

Daniel Mahoudeau. — **Les traumatismes de la moelle épinière** (Masson et Cie, édit.).

A la phase contemplative des traumatismes médullaires dont le pronostic paraissait toujours irrémédiable, a succédé depuis quelques années, une période plus active qui a permis d'améliorer très sensiblement l'avenir des blessés.

C'est à grouper les acquisitions nouvelles, d'origine anglo-saxonne pour la plupart, dues aux travaux de neurologues, des neuro-chirurgiens, des orthopédistes, des urologues et aussi des physiologistes, que vise l'ouvrage que présente aujourd'hui Mahoudeau qui a eu l'occasion, pendant la campagne 39-40, comme neurologue de la IVe armée, d'observer un grand nombre de blessés de la moelle. Comme l'écrit l'auteur lui-même, « la longue survie des blessés voués jadis à une mort rapide, a permis de compléter, et sur certains points, de réviser bien des notions neurologiques insuffisantes ou erronées ».

L'auteur s'est attaché tout particulièrement à clarifier l'étude neurologique pour en rendre la lecture facile, voire attrayante, aux chirurgiens les moins spécialisés. Il

s'est attaché aussi à mettre au point certains détails pratiques, tels que le siphonage vésical, dont il démontre le fonctionnement en une série de schémas lumineux, et la prévention des escarres par un certain nombre de lits ou de cadres dont l'utilisation paraît parfaitement efficace.

La conclusion est qu'à l'heure actuelle, un traumatisé de la moelle doit être confié à toute une série de spécialistes qui doivent travailler en parfaite harmonie et avec un enthousiasme qu'ils doivent faire partager au blessé pour le convaincre de l'utilité des efforts à accomplir. Et il paraît souhaitable (c'est là le vœu de Mahoudeau) que soit organisé en France un grand centre où les blessés pourraient être traités, puis rééduqués afin de devenir socialement récupérables. Il semble d'ailleurs, qu'à ce centre, pourraient être aussi traitées un certain nombre d'affections neurologiques médicales telles que certaines paraplégies qui tireraient un bénéfice certain des méthodes modernes de traitement.

LUCIEN LEGER.

Joseph A. Epstein et **Leo M. Davidoff** (New-York). — **Spondylose cervicale chronique hypertrophique avec compression de la moelle et des racines** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol **93**, n° 1, Juillet 1951, p. 27-38 avec 4 fig.).

Après avoir rappelé le rôle du disque intervertébral dans la production des ostéophytes, E. et D. rapportent 6 cas de troubles neurologiques au cours d'arthrose cervicale.

Les malades étaient âgés de 45 à 69 ans (4 hommes, 2 femmes), ce qui prouve que la dégénérescence discale, favorisée par les efforts et les chocs, peut se produire chez le sujet âgé comme chez l'adulte.

Les ostéophytes postérieurs peuvent comprimer la moelle et les ostéophytes latéraux sont susceptibles d'irriter les racines en venant à leur contact ou en créant de la fibrose dans le trou de conjugaison.

Les signes ont consisté en une diminution de la force musculaire des membres supérieurs avec atrophie des muscles de la main et, dans quelques cas, en une paraplégie spasmodique progressive associée. L'exploration au pantopaque a montré, dans tous les cas, une irrégularité du transit. Elle paraît nécessaire pour faire le diagnostic différentiel avec une tumeur intra-rachidienne.

La radiographie, avec ses multiples incidences, permet de localiser les ostéophytes.

Dans les 6 cas, E. et D. ont pratiqué une laminectomie avec section des ligaments dentelés. 2 malades sont morts, l'un à la fin de l'intervention d'arrêt respiratoire, l'autre 3 jours plus tard d'hématomyélie. 1 malade n'a eu aucune modification de ses troubles nerveux. 2 ont été complètement guéris. 1 a été amélioré.

Il y a intérêt à intervenir tôt, avant les modifications vasculaires et l'irréversibilité des lésions scléreuses. Les 2 malades guéris avaient vu les premiers signes apparaître 6 mois et 1 an auparavant. Les autres présentaient des troubles depuis 3 à 5 ans.

ANDRÉ SICARD.

COU

Lester R. Chauncey (Portland, Oregon). — **Tumeurs du corpuscule carotidien. Occlusion partielle de la carotide primitive au moyen de polythène** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **59**, n° 9, Septembre 1951, p. 434-439, avec 4 fig.).

Brève revue générale dans laquelle, au milieu de très nombreuses citations, on est surpris de ne trouver aucun nom français.

L'observation qui fait suite est, par contre, originale et fort intéressante. En effet, intervenant pour une tumeur assez volumineuse et dont l'examen histologique extemporané semblait prouver la malignité, l'auteur, ne pouvant enlever toute la lésion sans sacrifier la fourche carotidienne, a l'idée de remettre cette résection à plus tard. Pour éviter les accidents cérébraux si bien connus, il cherche à obtenir une occlusion

progressive et lente de la carotide primitive en l'entourant d'une feuille de polythène contenant du dicétyl-phosphate; une deuxième lame de polythène entoure le bulbe et ce qui reste de la tumeur. 6 mois plus tard, la temporale ne bat plus; la carotide primitive peut être clampée pendant 1/2 h sans incident et la résection est alors pratiquée, enlevant la fourche carotidienne.

Un examen anatomique de la pièce opératoire, très détaillé, a été fait, qui montre qu'au niveau de la bandelette de polythène le calibre de la carotide primitive n'est plus que de 6 mm. Histologiquement, l'adventice et la media sont le siège d'une infiltration importante, processus scléreux qui se développe vers la périphérie alors que l'intima est normale.

Les suites opératoires furent simples, et, revue 1 an plus tard, la malade se porte bien.

J. Loygue.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

E. Beck (Berlin). — **L'avenir des paralysies récurrentielles après strumectomie** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 9, 1952, p. 353-358).

Les statistiques en matière de fréquence des paralysies récurrentielles sont très discordantes (de 1,5 à 10 p. 100). L'auteur élimine évidemment de son étude les formes passagères, par hématome ou œdème du larynx, et les compressions secondaires dues à des noyaux récidivants rétro-pharyngiens.

Les paralysies sont de pronostic défavorable.

Sur 300 malades opérés en 14 mois, B. en a observé 12 cas, unilatérales; ces 12 malades ont été revus après 2 ans; 2 avaient recouvré une mobilité des deux cordes, avec absence totale de tout trouble fonctionnel; l'enrouement avait disparu dans 1 cas après 7 semaines, dans l'autre après 2 mois. Mais la disparition de l'enrouement n'affirme pas la guérison de la paralysie; elle peut être due en effet à une suppléance de la corde opposée. Dans 7 cas, il n'y eut pas d'amélioration (corde en position paramédiane ou intermédiaire); mais la fonction était cependant relativement favorable et les malades satisfaits.

La disparition de l'enrouement se fait généralement de 1 à 6 mois après l'opération; au delà de ce temps, on ne peut plus rien espérer au point de vue fonctionnel; la paralysie ne disparaîtra plus (naturellement on ne parle pas ici des paralysies secondaires par cicatrice ou névrite).

Le résultat dans les 2 derniers cas n'était pas satisfaisant; il persistait de l'enrouement, avec voix haute impossible.

En résumé, 12 paralysies sur 300 cas (4 p. 100), avec retour à la fonction normale dans 2 cas, 7 bonnes compensations, 2 résultats non satisfaisants, 1 malade non revu.

7 malades présentaient dès avant l'opération des troubles paralytiques; parmi eux, 3 malades, habitués à leur enrouement, ne se représentèrent pas à l'examen; 4 purent être examinés au laryngoscope, dont 3 présentaient une compensation satisfaisante (quoique ne pouvant ni chanter, ni crier).

En somme, la réparation du nerf est exceptionnelle, mais la compensation est généralement suffisante s'il y a paralysie d'une seule corde.

On disait jadis : atteinte partielle du nerf, cordes en position d'adduction, paralysie partielle; destruction du nerf, cordes en position d'abduction (ou intermédiaire ou cadavérique), paralysie dite totale.

En fait, les recherches ont montré que :

La section du récurrent amène la fixation de la corde en position médiane;

La section du récurrent et des fibres motrices du laryngé supérieur amène la fixation de la corde en position intermédiaire.

La section du X au dessus du larynx amène la fixation de la corde en position intermédiaire;

La section des seules fibres motrices du laryngé supérieur n'entraîne aucun trouble évident, pas plus que la section de toutes les fibres motrices et sensitives de ce même nerf.

De ce schéma on peut déduire l'importance de l'atteinte du tronc nerveux. Il montre que la paralysie récurentielle bilatérale en abduction est exceptionnelle puisqu'elle nécessite l'atteinte des 4 nerfs. La paralysie bilatérale la plus fréquente (atteinte des 2 récurrents) place les cordes en position d'adduction (de phonation); elle est la seule qui entraîne une gêne importante de la respiration, et qui doive faire envisager la trachéotomie, ou, au point de vue fonctionnel, la section du X.

La section haute du X peut seule en effet apporter un remède à la dyspnée par paralysie récurentielle (sauf dans les cas où l'on a fait auparavant une fixation des deux arythénoïdes); le stridor disparaît; mais cette section doit être pratiquée sous anesthésie avec intubation. L'infiltration du nerf à la novocaïne n'est pas sûre et son action n'est que passagère.

B. relate brièvement en terminant 2 observations de vagotomie suivie de succès.

R. Gueullette.

Jules Lavoie (Saint-Georges de Beauce, Québec). — **Adénome parathyroïdien** (*Canada Medical Association Journal*, vol. **66**, Avril 1952, p. 374).

L. répond au vœu de Morris, demandant la publication de tous les cas d'adémone parathyroïdien, à l'occasion d'un travail faisant état de 322 observations.

L'auteur a opéré, chez un homme de 32 ans, une tumeur cervicale volumineuse associée à des lésions squelettiques, avec hypercalcémie modérée. Deux adénomes coexistaient : l'un thyroïdien, l'autre parathyroïdien, pesant 65 g : deux seulement parmi les cas publiés étaient plus volumineux. Guérison sans incident : retour à la normale du taux du calcium.

Henri Redon.

ŒSOPHAGE

F. Rock, V. Sarnelli, A. Ventrella et **L. Négro** (Naples). — **Le traitement des sténoses cicatricielles œsophagiennes par caustiques** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **8**, n° 3, Mars 1952, p. 173 à 175).

La technique suivie n'est ni originale, ni nouvelle, disent les auteurs.

Il s'agit du procédé de Von Hacker, de la dilatation sans fin, par voie rétrograde : suivent 4 observations de leur statistique.

La gastrostomie doit permettre d'attirer facilement le fil qui entraînera la sonde — et assurer un passage aisé à celle-ci. On la fera aussi haut que possible et près de la petite courbure, par une coeliotomie transrectale gauche.

Un coin de muqueuse gastrique est fixé à la peau, à l'angle supérieur de la laparotomie et ne sera ouvert que 5 à 6 jours plus tard.

Le fil est dégluti et passera, si le malade peut avaler sa salive. Il suffit de patienter. L'état psychique du malade joue un rôle certain. On retire facilement le fil par la gastrostomie, grâce à un crochet.

Les sondes utilisées ont été les sondes de Nelaton. S'il y a la moindre difficulté, passer à un numéro inférieur ou attendre quelques jours. L'œsophagite toujours présente ne peut qu'être aggravée par un traumatisme.

L'œsophagoscopie est rarement pratiquée, car toujours traumatisante et génératrice de spasmes, ne donnant qu'une vue de l'entonnoir supérieur et aucun renseignement sur la hauteur de la sténose, ou la multiplicité des zones rétrécies.

La dilatation rétrograde a l'inconvénient d'exiger la gastrostomie, mais elle met à l'abri des fausses routes et des perforations, elle est d'application facile et chaque séance est plus brève que dans tout autre procédé.

J. Assali.

Carlo Mauro (Boston). — **La rupture spontanée de l'œsophage (Contribution clinique et anatomo-pathologique)** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **8**, n° 3, Mars 1952, p. 151-162).

La littérature médicale fournit 103 cas de perforation spontanée de l'œsophage, dont 42 publiés pendant les 5 dernières années.

Carlo Mauro reproduit *in extenso* l'observation d'un malade, opéré dans le Service de Churchill au Massachusetts General Hospital de Boston.

Il s'agit d'un homme de 63 ans sans antécédents. Un matin, au réveil, sensation de malaise. L'absorption du petit déjeuner est suivie de deux selles diarrhéiques, puis de vomissements. A 13 h au cours d'un effort de vomissements, douleur soudaine violente de siège épigastrique.

Les vomissements cessent instantanément, mais la douleur augmente en acuité.

A l'arrivée du malade le tableau est le suivant : Cyanose. Pouls : 140, filiforme. Tension artérielle 110-63. Dyspnée. La douleur s'irradie dans le dos et l'épaule gauche et contraint le malade à une immobilité presque absolue.

Abdomen plat, dur, douloureux.

Thorax : matité à la base gauche, avec abolition du murmure vésiculaire.

A l'aspiration gastrique : issue d'une petite quantité de liquide avec débris alimentaires.

Examen radiographique : aspect d'emphysème médiastinal avec niveau liquide et hydro-pneumothorax gauche.

Le lipiodol introduit dans l'œsophage remplit immédiatement la poche médiastinale.

Le diagnostic de rupture de l'œsophage est porté et l'opération a lieu 4 h après la rupture.

Résection de la 8e côte gauche. L'air contenu dans la plèvre dégage une forte odeur d'éther (anesthésique). On aspire 600 cm³ de liquide clair sans odeur.

Le médiastin est tendu. L'incision de la plèvre médiastine intacte donne issue à 500 cm³ de liquide gastrique mélangé de sang et à des gaz.

L'œsophage présente à sa partie inférieure, sur la paroi postéro-latérale gauche une rupture longitudinale de 3 cm à bords nets. Suture à points séparés et en 3 plans.

Lavage au sérum salé. La plèvre médiastine est laissée ouverte et on ferme le thorax en y laissant 400 000 U. O. de pénicilline et 1 g de streptomycine dissous dans 30 cm³ de sérum. Drainage pleural par tube de Foley. Transfusion per-opératoire 1 000 cm³.

Un tube de Levin fixé à 1 cm au-dessus de la suture de l'œsophage assure une aspiration continue. Il est laissé en place 48 h.

Oxygénothérapie, antibiotiques, etc.

Le drain pleural est enlevé au bout de 72 h ayant ramené 1 300 cm³ de liquide trouble.

Le malade, dès le 4e jour, boit 50 cm³ d'eau toutes les heures, absorbe des aliments liquides le 5e jour, des aliments semi-solides le 8e.

3 semaines après l'intervention, la bouillie barytée traverse l'œsophage sans le moindre arrêt. Le poumon a repris une expansion normale.

La rupture de l'œsophage est de nature traumatique. On connaît des cas de rupture après contusion de l'abdomen; un effort de défécation, au cours de convulsions, ou bien au cours d'un effort pour soulever un fardeau pesant.

Mais la cause la plus fréquente de beaucoup (92 p. 100) est le vomissement, quelle qu'en soit la cause (mal de mer, anesthésie à l'éther, hémorragie cérébrale, repas baryté) et en particulier après un repas copieux et accompagné de boissons alcoolisées.

La rupture, parfois incomplète (vomissements de la grossesse, au cours de la cirrhose) siège habituellement au tiers inférieur de l'œsophage, point faible de l'organe — rarement plus haut — (tiers moyen (Fitz), au niveau de la bifurcation trachéale (Allen), et plus souvent à gauche qu'à droite.

Elle est unique, longitudinale, souvent petite (de 1/2 à 8 cm). Dans de rares observations, la rupture était antérieure ou bien double, ou bien transversale.

L'air et le contenu gastrique envahissent le médiastin et parfois la plèvre. On peut trouver dans celle-ci du liquide acide, sans perforation visible.

Il s'agit presque toujours d'hommes (85 p. 100) âgés de 30 à 60 ans et dans 72 p. 100 des cas, d'éthyliques.

Symptômes : Un sujet apparemment sain, aux environs de la cinquantaine, après un repas abondant, commence à vomir, sans arrêt. Soudain, il est terrassé par une douleur déchirante épigastrique ou rétro-sternale, et dans de nombreux cas, dit « sentir que quelque chose s'est rompu à l'intérieur ».

La douleur augmente en intensité, elle est continue, s'irradie dans le dos et l'épaule gauche.

Habituellement les vomissements cessent après la rupture.

La soif est intense, la déglutition aisée est suivie aussitôt d'une douleur thoracique basse.

Les signes généraux alarmants d'emblée s'aggravent rapidement.

La contracture abdominale est la règle et a pu indiquer dans 16 cas la laparotomie.

Les signes thoraciques, matité de la base, ponction ramenant un liquide acide, syndrome de pneumothorax suffocant, ont pu permettre le diagnostic.

L'emphysème sous-cutané, sus-sternal, évident dans 62 p. 100 des cas, dès la 6e heure, est un signe un peu tardif.

L'examen radiologique donne le diagnostic :

— Hydro-pneumothorax net dans 91 p. 100 des cax (à gauche, 56 p. 100, à droite 7 p. 100, bilatéral 28 p. 100). Dans le pneumothorax spontané, l'épanchement liquide est tardif (Culver).

— Emphysème médiastinal (66 p. 100) d'abord localisé puis diffus, avec image hydro-aérique.

— Pas de pneumopéritoine (on connaît cependant 2 cas d'emphysème rétro-péritonéal constaté à l'autopsie).

— On peut suivre sous écran le passage d'une substance opaque de l'œsophage dans le médiastin. Dans 9 cas, on a pu ainsi localiser le siège de la brèche œsophagienne.

Il suffit de penser à la possibilité de cette lésion, pour que chaque signe puisse devenir pathognomonique (Samson). Cependant le diagnostic n'a été porté que 41 fois sur 102 cas. On a dit dans les autres cas infarctus du myocarde, anévrysme disséquant, ulcère perforé, thrombose mésentérique, pancréatite aiguë, hernie diaphragmatique étranglée, pneumothorax spontané, etc.

Le pronostic est des plus graves : 100 p. 100 de mortalité jusqu'en 1944. Depuis 8 ans, sur 50 cas environ dont 34 opérés, mortalité 78,5 p. 100.

Le diagnostic a été porté 14 fois sur 60 cas jusqu'en 1947 : 3 survies; et 29 fois sur 43 de 1947 à aujourd'hui avec 19 survies.

L'auteur rapporte dans un tableau tous les cas opérés et classés dans l'ordre chronologique et selon le type d'opération.

34 cas opérés : 22 guérisons.

(18 sutures : 5 décès, 13 guérisons. Dans 7 cas la suture a tenu, l'opération avait été pratiquée dans les 13 premières heures, dans les autres cas fistule et empyème exigeant des interventions ultérieures.

16 drainages (3 par voie médiastinale, 13 par voie thoracique) 7 décès, 9 guérisons après médiastinite, empyème, etc.

Le traitement ne peut être que chirurgical et doit être aussi précoce que possible.

Simple thoracototomie de drainage, thoracotomie large, suivie de drainage du médiastin, thoracotomie et suture de l'œsophage, telles sont les méthodes qui ont toutes des partisans.

La suture de l'œsophage est de beaucoup la plus logique. Les résultats le prouvent. L'ouverture du médiastin, dégageant les gros vaisseaux comprimés par la collection hydro-aérique, est suivie immédiatement d'une amélioration de l'état général.

La suture de l'œsophage tiendra si elle est faite sur des tissus non infiltrés, en milieu peu infecté, c'est-à-dire si l'opération a été faite dans les premières heures qui ont suivi la rupture.

Il en fut ainsi dans le cas de l'auteur et il est permis de penser que l'attention étant attirée sur cette affection, elle sera diagnostiquée plus souvent et précocement.

J. Assali.

GLANDE MAMMAIRE

Stuart W. Harrington (Rochester). — **Résultats du traitement chirurgical du cancer unilatéral du sein chez la femme** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **148**, n° 12, 22 Mars 1952, p. 1007-1011, avec 6 tabl.).

D'une étude portant sur un total de 8 074 cancers du sein opérés entre 1910 et 1946 à la Mayo Clinic, il ressort que :

La présence de métastases axillaires aggrave considérablement le pronostic lointain; 46 p. 100 de survies de 3 ans, 32 p. 100 de 5 ans, 18 p. 100 de 10 ans pour les cancers présentant une métastase axillaire contre respectivement 86 p. 100, 78 p. 100, 61 p. 100 pour les cancers sans métastase.

La radiothérapie post-opératoire est inutile dans tous les cas de cancer ne présentant pas de métastase axillaire. Lorsque les ganglions de l'aisselle sont envahis la radiothérapie améliore utilement le pronostic ultérieur; 34 p. 100 de survies de 5 ans pour les cancers irradiés contre 26 p. 100 pour les cancers non irradiés.

MARCEL ROUX.

William T. Foley (New-York). — **Le traitement de l'œdème du bras** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 5, Novembre 1951, p. 568-574 avec 9 fig.).

Pour traiter les gros bras douloureux consécutifs au curage ganglionnaire de l'aisselle ou à la thrombose de la veine axillaire, une méthode très simple consiste à associer la suspension verticale du bras, la compression par une bande élastique, le massage, la déshydratation par une diététique appropriée sans sel et par l'administration de diurétiques mercuriels.

Cette méthode a, dans 8 cas, donné des résultats favorables et durables.

ANDRÉ SICARD.

POUMON ET PLÈVRE

Israel Steinberg et **Charles T. Dotter** (New-York). — **100 cas de cancers du poumon étudiés à l'angiocardiographie** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 1, Janv. 1952, p. 10-19, avec 6 fig.).

Sur ces 100 cas vérifiés histologiquement, les auteurs ont trouvé 87 p. 100 de modifications vasculaires, soit dans le territoire cave supérieur, soit au niveau des artères pulmonaires ou de leurs branches.

La valeur diagnostique de l'angiocardiographie est très faible, car jamais ces modifications ne précèdent les signes cliniques ou radiographiques. Elle peut par contre donner des renseignements précieux sur l'extension donc sur l'opérabilité d'un cancer : occlusion d'une branche de l'artère pulmonaire jusqu'à la bifurcation du tronc, atteinte d'une veine du système cave, déformation de la veine cave supérieure par des ombres hilaires, épaississement tumoral du péricarde sont autant de contre-indications.

De tels signes ont été découverts dans 43 p. 100 des cas, et permettent d'éviter une thoracotomie inutile.

F. D'ALLAINES.

Elmer Hoffman (Baltimore), **Joseph L. Ivins** (Chester) et **Howard M. Kern** (Baltimore). — **Le chylothorax traumatique** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 2, Fév. 1952, p. 253-268, avec 5 tabl.).

De cette longue et complète revue de la littérature universelle, rien de très nouveau ne se dégage, sauf les 2 cas survenus au cours d'une opération de Blalock; le succès de quelques ligatures récentes permet peut-être de revenir sur l'anathème jeté sur la chirurgie depuis Cushing à la fin du siècle dernier.

F. D'ALLAINES.

Harris B. Shumacker et **Thomas C. Moore** (Indianapolis). — **Traitement chirurgical du chylothorax traumatique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 1, Juillet 1951, p. 46-50 avec 3 fig.).

2 cas de chylothorax survenu après traitement chirurgical de la tétralogie de Fallot chez des enfants de 2 et de 12 mois, ont été traités avec succès par une thoracotomie itérative et la ligature du canal thoracique.

Le traitement chirurgical est supérieur aux méthodes non opératoires.

André Sicard.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

H. Zettel et **M. G. Giebel** (Göppingen). — **Traitement opératoire tardif des projectiles intra-cardiaques, avec quelques considérations sur la question de leur déplacement embolique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 12, 1952, p. 481-489).

La mortalité opératoire après interventions pour plaies du cœur reste élevée (30 à 70 p. 100 suivant les statistiques); notamment lors des plaies ouvertes des cavités cardiaques; l'état général du blessé, les accidents hémorragiques constituent les causes principales des insuccès.

On a parlé d'un réflexe mortel né de l'endocarde; cela ne semble pas être vrai; et l'endocarde se montre au contraire particulièrement tolérant pour les projectiles inclus et libres dans les cavités cardiaques.

La question est de savoir si et quand il faut opérer les cas vus tardivement, alors que le facteur état général n'intervient plus.

Les projectiles retenus dans les parois sont encapsulés et d'exérèse souvent facile; l'indication opératoire reste cependant délicate à poser; la plupart des chirurgiens demeurent en cette matière assez circonspects, d'autant qu'il ne persiste souvent aucun symptôme, hormis une diminution de la capacité de travail, qui peut d'ailleurs aller jusqu'à 100 p. 100.

De nombreuses observations d'interventions secondaires pour projectiles intracardiaques ont été publiées après la première guerre mondiale, avec une diminution très nette de la mortalité.

Les auteurs relatent 3 premières observations d'extractions de projectiles inclus dans les parois ventriculaires, chez des blessés qui présentaient des troubles organiques et fonctionnels importants, avec modifications de la courbe électro-cardiographique. L'intervention a été facile, la cavité ventriculaire n'a été ouverte qu'une fois; les projectiles se trouvaient nichés dans de véritables blocs cicatriciels, l'un d'eux habitait une petite loge kystique à contenu stérile; il y avait dans un cas un véritable anévrysme de la paroi ventriculaire. Les suites immédiates (malgré quelques incidents pleuraux) et lointaines ont été favorables.

3 autres observations concernent des projectiles situés au voisinage immédiat du cœur (entre veine cave et ventricule droit, dans le péricarde, entre tronc brachio-céphalique et aorte); ces 3 opérés ont guéri simplement, aidés peut-être par les antibiotiques et la gymnastique post-opératoire.

La 7e observation est plus curieuse. Il s'agit d'un blessé par balle à la racine de la cuisse en 1945, qui ne fut pas opéré; il présenta 4 ans plus tard un anévrysme artério-veineux qu'on dut traiter chirurgicalement; et c'est à cette occasion que l'on s'aperçut que le projectile avait migré jusque dans le cœur droit où il apparaissait mobile avec les changements de position. Des accidents passagers d'embolie cérébrale grave apparus en 1950 (sans doute à la faveur d'un foramen ovale resté perméable) décidèrent à l'intervention. L'extraction de la balle du ventricule put être réalisée avec plein succès.

Ces cas de migration embolique de projectiles sont exceptionnels; le déplacement se fait soit vers le cœur, soit du cœur vers la périphérie, ces derniers ayant été le plus souvent observés et traités. Ces cheminements se font parfois sans la moindre mani-

festation clinique. Chez le blessé dont il est question ici, la seule crainte d'une récidive d'embolie cérébrale a imposé l'intervention.

Il faut conclure de ces faits que, grâce aux méthodes actuelles d'anesthésies, à la lutte contre le choc, à l'antibio-sulfamidothérapie, la chirurgie tardive des projectiles cardiaques est devenue relativement peu dangereuse.

R. Gueullette.

E. Harken, L. Dexter, L. B. Ellis, R. E. Ferrand et **J. F. Dickson** (Boston). — **La chirurgie de la sténose mitrale** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 4, Oct. 1951, p. 722-742, avec 19 fig.).

Les auteurs décrivent 2 types anatomiques de sténose mitrale : le type I, où l'orifice rétréci est entouré d'un bord rigide, cette zone rigide se prolongeant en avant et en arrière sur les valves soudées; le type II, où les valves fusionnées constituent un entonnoir souple, percé d'un orifice plus ou moins étroit.

Ils décrivent en détail leur procédé de « valvuloplastie-fracture par le doigt », qui convient mieux au type I, d'ailleurs plus fréquent. Il consiste à réséquer l'extrémité de l'auricule gauche, introduire l'index dans l'auricule, puis l'oreillette, bien reconnaître au doigt l'orifice mitral, et par une pression douce du bout de l'index, fracturer la zone rigide en arrière et en avant de l'orifice sténosé. Si, au cours de l'exploration par l'index, on constate qu'on est en présence du type II, on peut essayer la même technique, mais, si elle échoue, on doit retirer l'index, et le réintroduire chargé d'un valvulotome, qui fera une incision agrandissant l'orifice.

Les auteurs ont opéré 86 cas de rétrécissement mitral, dont 71 par la valvuloplastie-fracture au doigt. Sur ses 71, il y a eu 18 décès opératoires.

Au point de vue des indications opératoires ils classent les malades en 4 groupes, suivant la gravité de leur état. Les 2 premiers groupes ne sont pas justiciables de l'opération. Dans le groupe III, il y a 37 opérés avec 1 seul décès; dans le groupe IV, 34 opérés avec 17 décès.

M. Guimbellot.

F. H. Mills, J. K. Maddox, R. B. Blacket et **A. J. Palmer** (Sydney). — **Traitement chirurgical de la sténose mitrale** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **1**, an., **39**, n° 12, 22 Mars 1952, p. 385-391).

6 malades ont été opérés selon la technique de Bailey-Brock. Après avoir envisagé les indications et les contre-indications opératoires, les auteurs abordent les points de technique. La valvule est incisée sur l'index introduit dans l'oreillette par l'auricule et aucun détail inédit n'est apporté par les auteurs qui n'ont eu aucun décès opératoire.

Henri Redon.

Frank Cole (Lincoln). — **Le massage cardiaque dans le traitement de l'arrêt du cœur, d'après une étude de 350 cas, dont 2 cas inédits** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 2, Fév. 1952, p. 175-184).

6 opérés sur 7 dont le cœur s'arrête ont des chances de guérir si une thérapeutique efficace, c'est-à-dire le maintien artificiel de la circulation et de la respiration, est entreprise dans les 5 mn.

La stimulation médicamenteuse des centres cardiaque et respiratoire est illusoire. Le massage sera entrepris par voie abdominale le plus souvent; on ne lui préférera la voie thoracique que si le malade est intubé. La survie, sur les 350 cas de massage étudiés, est de 85 p. 100 dans les 5 premières minutes. Elle s'abaisse à 33 p. 100 pour les 10 mn suivantes. Le problème de la fibrillation ventriculaire n'est pas envisagé.

F. d'Allaines.

L. Corsan Reid, Hugh E. Stephenson et **J. William Hinton** (New-York). — **Arrêt cardiaque** (*Archives of Surgery*, vol. **64**, n° 4, Avril 1952, p. 409-420, avec 7 fig.).

L'influence vagale ne dépasse pas les oreillettes. Par contre le tissu autonome qui

peut être stimuligène se distribue largement dans les oreillettes et les ventricules. Sur un cœur sain, aucune incitation quelle qu'elle soit, même née dans les sinus carotidiens, ne peut donner de collapsus, car le tissu spécifique des ventricules, qui échappe à l'influence du parasympathique, fonctionne immédiatement d'une façon autonome et parfaitement satisfaisante tant que la circulation est suffisante.

Ces incitations nuisibles peuvent naître au niveau des muqueuses digestives ou respiratoires, et leur effet retentit sur le tissu autonome. Il en est de même pour les réflexes à point de départ pleural. Ceux qui naissent dans les vaisseaux pulmonaires agissent sur les vaisseaux coronaires.

L'anesthésie diminue le pouvoir stimuligène du tissu autonome, qui répond aux incitations vagales comme s'il présentait des lésions étendues avec des plages inertes. En d'autres termes, un cœur sous anesthésie est aussi vulnérable qu'un cœur non anesthésié présentant des désordres organiques étendus du tissu spécifique.

L'anoxie en elle-même ne provoque pas ces réflexes, mais sa présence renforce considérablement l'action de l'anesthésique, en aggravant encore la dépression du pouvoir stimuligène du tissu cardionecteur.

Le complexe vitaminique B est spécialement important dans le fonctionnement normal du cœur, et dans tout état de dénutrition, son emploi est de grande utilité avant l'intervention.

Au cours de crises endocriniennes, telles que règles ou ménopause, une opothérapie pré-opératoire s'impose, surtout s'il existe une cardiopathie associée.

De tout ceci découle que tout procédé tel que l'introduction d'engins variés dans les voies respiratoires ou digestives, la pince ou le nœud sur des éléments contenant des terminaisons para-sympathiques, n'est pas sans danger et son emploi doit être couvert par l'administration préalable d'atropine. On peut affirmer que dans tous les cas où le chirurgien a fait repartir un cœur arrêté, sauf exception possible en cas de fibrillation ventriculaire, l'arrêt était dû à une dépression brutale de l'automatisme du tissu autonome liée à un réflexe nociceptif, et qu'il était presque à coup sûr évitable.

F. D'ALLAINES.

James L. Southworth et **E. Converse Peirce II** (Baltimore). — **Circulation croisée pour la chirurgie intra-cardiaque** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 1, Janv. 1952, p. 58-63, avec 2 fig.).

Voici les résultats de circulation extra-corporéale où le cœur-poumon artificiel est remplacé par un chien donneur.

Ventricule et oreillette gauches sur le chien récepteur ont pu être ouverts largement. Pour pouvoir intervenir sur un cœur inerte, les auteurs le mettent délibérément en fibrillation.

F. D'ALLAINES.

W. H. Muller (Los Angeles). — **Le traitement chirurgical de la transposition des veines pulmonaires** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 4, Oct. 1951, p. 683-693, avec 9 fig.).

La transposition des veines pulmonaires consiste dans l'abouchement total ou partiel de ces veines, dans le côté droit du cœur, directement (oreillette) ou par l'intermédiaire d'une des veines caves, ou d'un autre tronc veineux. 153 cas en ont été publiés. Dans la transposition complète les veines pulmonaires de chaque côté s'unissent en un tronc, qui va rejoindre celui du côté opposé en passant en arrière de l'aorte ascendante et de l'artère pulmonaire; ce tronc s'ouvre à son tour dans le cœur droit.

Le diagnostic se fait par le cathétérisme cardiaque, qui montre que la sonde introduite par la veine cave supérieure pénètre jusque dans le champ pulmonaire. D'autre part, dans les cas de transposition complète la richesse du sang en oxygène est la même, qu'il s'agisse du sang de l'oreillette droite, du ventricule droit ou d'une artère périphérique.

Jusqu'ici les tentatives opératoires avaient échoué. M. rapporte 2 observations détaillées.

1° Une petite fille de 4 ans, avec transposition complète, fut opérée par anastomose d'une veine pulmonaire gauche avec l'oreillette gauche. Les suites opératoires furent simples. 11 mois plus tard la petite malade restait guérie de la plupart de ses troubles fonctionnels.

2° Une femme de 25 ans avait, à l'opération, une grosse veine pulmonaire supérieure droite se jetant dans la veine cave supérieure et une pulmonaire inférieure droite paraissant se prolonger dans les pulmonaires gauches, sans qu'on ait pu préciser le point d'ouverture de ce tronc dans les cavités droites. On fit une anastomose de la veine pulmonaire supérieure gauche avec l'auricule gauche. La malade parut d'abord aller bien pendant les 10 h qui suivirent l'opération, mais mourut subitement au bout de ce temps. L'autopsie ne put être faite.

M. Guimbellot.

Harris B. Shumacker (Indianapolis). — **Emploi de l'artère sous-clavière dans le traitement chirurgical de la coarctation de l'aorte** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 4, Octobre 1951, p. 491-495 avec 4 fig.).

L'anastomose termino-terminale après résection du rétrécissement est, quand elle est possible, la meilleure technique opératoire dans la coarctation de l'aorte.

Mais, quand elle n'est pas réalisable, on peut utiliser la sous-clavière gauche, soit

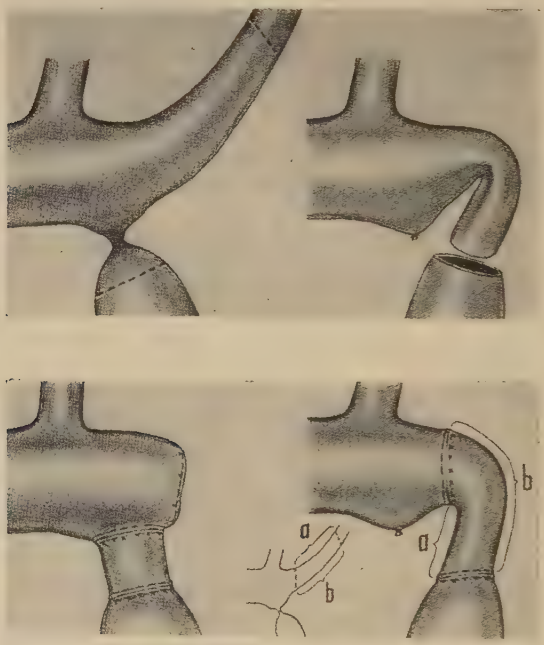


Fig. 1. — *a*) Schéma de la coarctation. Résection du rétrécissement. Section de la sous-clavière gauche (Shumacker).
b) L'abaissement de la sous-clavière provoque une coudure trop accentuée pour permettre le passage du sang.
c et *d*) Deux types de greffe artérielle pratiquée avec un transplant prélevé sur la sous-clavière (Shumacker).

en suturant directement, après l'avoir sectionnée, son bout central au bout périphérique de l'aorte, soit, quand l'artère fait une coudure trop marquée par son abaissement, en en utilisant un segment comme greffe libre (fig.).

C'est ce procédé que S. a utilisé avec succès dans 4 cas. Il a bien pensé à se servir plutôt que de sectionner l'artère sous-clavière, d'un transplant veineux autogène, mais on ne peut trouver un segment veineux de calibre suffisant pour réaliser cette anastomose. Le transplant taillé aux dépens de la sous-clavière a l'avantage d'être prélevé sur place. La suppression de la circulation dans l'artère sous-clavière n'a eu aucune conséquence.

ANDRÉ SICARD.

R. E. Gross (Boston). — **Traitement de certains rétrécissements de l'aorte par greffes homologues** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 4, Oct. 1951, p. 753-768, avec 11 fig.).

Dans le rétrécissement de l'aorte, le traitement de choix consiste à réséquer la partie rétrécie et anastomoser directement les deux bouts. Mais il est parfois impossible de faire cette suture bout à bout, et G. rapporte 19 opérations, où la perte de substance dut être comblée par une greffe d'aorte. Il a utilisé des greffons pris sur des cadavres humains 3 ou 4 h après la mort; ils ont été conservés de quelques jours à 5 semaines; 3 fois dans un réfrigérateur à neige carbonique à — 50°; et 16 fois dans une solution de tyrode (sérum humain glucosé), à + 2 à 4°.

Sur les 19 opérés il y eut 2 décès. Les 17 autres furent suivis de quelques mois à 3 ans. Il n'y eut aucun cas de rupture ou d'anévrysme, ou d'embolie partie de la greffe.

Les résultats cliniques ont été : non satisfaisants dans 1 cas, bons dans 1, satisfaisants dans 1, excellents dans 14 cas.

La pression sanguine des membres inférieurs augmente à la suite de l'opération, mais n'atteint cependant pas tout à fait la pression des bras, ce qui peut faire penser à un léger rétrécissement du greffon.

Ces opérations avec greffes humaines de l'aorte suivies jusqu'à 3 ans sont extrêmement encourageantes. Mais pour une conclusion définitive, il faut attendre que les opérés puissent avoir été suivis pendant plusieurs décades.

M. GUIMBELLOT.

C. R. Lam et **H. H. Aram** (Detroit). — **Résection de l'aorte thoracique descendante pour anévrysme** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 4, Oct. 1951, p. 743-752, avec 12 fig.).

L. et H. ont opéré un malade de 56 ans, qui présentait un volumineux anévrysme fusiforme de l'aorte thoracique descendante, par section de l'aorte en amont et en aval de cet anévrysme, et remplacement du canal aortique, par une homogreffe. Ce greffon aortique avait été pris, 10 h après la mort, sur le cadavre d'un homme de 55 ans, mort 3 semaines après de graves brûlures. Le greffon prélevé aseptiquement fut conservé jusqu'au lendemain dans une solution de tyrode stérilisée, additionnée de pénicilline et maintenue à 5° C. La section de l'aorte du malade fut faite après mise en place de clamps; le greffon fut emmanché sur un tube de lucite de 18 cm de long, qui fut fixé d'abord par ligature aux deux bouts aortiques. Les clamps furent enlevés, et la circulation se fit par le tube de lucite, pendant qu'on faisait la suture bout à bout de l'aorte du malade et du greffon; avant de terminer la suture du bout inférieur, on remit les clamps et on enleva le tube de lucite.

Le sac anévrysmal adhérant au poumon gauche fut laissé en place dans le thorax. Le malade guérit de cette intervention ayant eu seulement pendant quelques jours un peu de faiblesse des membres inférieurs. Cependant, 3 mois plus tard, il mourut, et l'autopsie montra que la cause du décès était un abcès développé dans l'ancien sac et qui aurait peut-être été évité si ce sac avait été enlevé.

D'autre part, en expérimentant sur 10 chiens, L. et A. constatèrent que la ligature de toutes les artères intercostales à leur émergence de l'aorte thoracique n'amenait que rarement une ischémie de la moelle et de la paraplégie.

M. GUIMBELLOT.

Daniel F. Downing, Carl C. Fischer, Charles P. Bailey, Robert P. Glover et **T. J. E. O'Neill** (Philadelphia). — **Attaque chirurgicale directe de la sténose pulmonaire dans la tétralogie de Fallot** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **39**, n° 6, Déc. 1951, p. 645-649).

Si la valvulotomie est maintenant admise comme le traitement logique de la sténose pulmonaire pure ou associée à une communication inter-auriculaire, il n'en est pas de même, encore, pour la tétralogie de Fallot.

Apportant une série de 30 interventions, les auteurs, à la suite de Brock, veulent montrer que l'abord direct du rétrécissement et son traitement doivent être préférés, dans ces cas, aux opérations de dérivation extra-cardiaque. Si la mortalité est encore élevée (6 morts précoces et 1 mort secondaire), elle doit pourtant diminuer avec l'expérience et certaines améliorations techniques. Cette intervention directe est applicable, non seulement aux sténoses valvulaires (15 cas), mais aussi aux rétrécissements infundibulaires (12 cas) et artériels proprement dits (3 cas). Ne créant pas, comme le shunt, une nouvelle anomalie dans un système circulatoire déjà très perturbé, ses résultats sont plus complets et doivent être durables.

Il est intéressant de signaler que chez ces 30 malades dont l'âge varie entre 3 mois et 36 ans, l'angiocardiographie fut refusée 4 fois en raison de la gravité des troubles.

Parmi les 6 échecs immédiats, 2 fois des malformations congénitales complexes et graves, et une fois une hydrocéphalie étaient associées aux lésions cardiaques. Le 7e survint au bout de 3 mois; la valvulotomie ayant déterminé une insuffisance pulmonaire incontrôlable, une plicature de l'artère fut tentée pour y remédier, mais sans succès.

Les résultats sont excellents chez 12 malades, bons chez 7, mais susceptibles, pour certains au moins, de s'améliorer encore; 4 sont trop récents pour que l'on puisse en tenir compte.

La technique de l'intervention est très rapidement esquissée.

J. Loygue.

Harry A. Davis, William B. Gordon, Edward W. Hayes Jr et **Malcom T. Wasley** (Los Angeles). — **Effet sur le poumon de l'occlusion temporaire de l'artère pulmonaire** (*Archives of Surgery*, vol. **64**, n° 4, Avril 1952, p. 464-474, avec 9 fig.).

Les auteurs ont clampé l'artère pulmonaire gauche de singes pendant un temps variable, allant jusqu'à 7 jours. Le rétablissement de la circulation produit des altérations pulmonaires alliant l'œdème des parois alvéolaires avec passage de plasma, globules rouges et cellules macrophagiques dans les alvéoles à un degré variable d'atélectasie congestive. Ces modifications sont plus sévères au niveau de la lingula. Le clampage de l'artère pulmonaire est bien supporté pendant 48 h. Les modifications observées sont réversibles, mais au delà de ce laps de temps, elles ont tendance à devenir irréversibles. Les auteurs en déduisent que le tissu pulmonaire a une résistance considérable à l'ischémie par occlusion artérielle. Ceci peut présenter un intérêt dans certains cas : contrôle d'une hémorragie au cours d'une résection pulmonaire partielle ou d'une plaie pulmonaire, ou ligature du canal artériel.

F. d'Allaines.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

G. Schilder (Altenburg i. Thür). — **Une cause rare de hernie obturatrice étranglée** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76**, n° 24 *a*, 1951, p. 1782-1784).

La hernie obturatrice est une des plus rares. S. en reprend la description anatomique, précisant son passage entre faisceau supérieur du muscle obturateur externe et branche horizontale du pubis, ce qui l'amène sous le pectiné qu'elle peut soulever (d'où sa confusion possible avec une hernie crurale). Le canal est étroit, ne permettant pas le passage d'une anse, mais seulement son pincement latéral.

On la rencontre surtout chez les femmes âgées, multipares, à mauvais tissus de soutien.

Parmi ses symptômes particuliers, il faut retenir une sensibilité au niveau du triangle de Scarpa, des douleurs névralgiques irradiées le long de la face interne de la cuisse, exagérées par la flexion, l'adduction et la rotation externe du membre, parfois la perception d'une tuméfaction aux touchers rectal et vaginal. Exceptionnellement, la tumeur peut être perçue sous le pectiné qui la cache.

Mais pratiquement elle se présente le plus souvent sous la forme d'un iléus dont la cause reste insoupçonnée jusqu'à l'intervention; le diagnostic pré-opératoire ne peut guère être fait que dans 25 p. 100 des cas. La mortalité serait importante, de l'ordre de 37 à 71 p. 100 des cas suivant les auteurs.

Chirurgicalement, 3 voies sont possibles : abdominale, crurale ou combinée.

S. en relate un cas typique, survenu chez une femme de 65 ans, qu'il opéra par laparotomie; la réduction put être réalisée par tractions douces; c'est alors que l'on perçut dans l'anse incarcérée un corps étranger long de 3,5 cm, effilé, dur et pointu, qui perforait la paroi intestinale; il fut aisément extrait; c'était un fragment d'os de lapin; la petite plaie intestinale fut suturée en 2 plans, le sac réséqué, l'orifice herniaire oblitéré. La guérison suivit sans incidents.

L'auteur fait remarquer que la présence de corps étrangers n'est pas exceptionnelle dans les anses herniées et étranglées.

R. Gueullette.

Harry C. Saltzstein, Laurence Linkner et **Schayel Scheinberg** (Detroit). — **Hernie rétro-sternale transdiaphragmatique; 1 cas de hernie contenant l'estomac, le côlon transverse de l'épiploon** (*Archives of Surgery*, vol. **63,** n° 6, Déc. 1951, p. 750-765, avec 4 fig.).

Voici, à propos d'une observation inédite, une revue de la littérature beaucoup moins complète que celle que Denisart publiait ici au même moment.

Signalons seulement que la hernie du côlon ne donne que peu de signes, et ne s'étrangle jamais; que l'estomac ne suit le côlon qu'à plusieurs années de distance, et que sa herniation est souvent dramatique et mortelle.

Le problème principal de ces hernies est surtout d'ordre diagnostique, car le traitement chirurgical est simple, et toujours indiqué.

F. d'Allaines.

S. Milone (Turin). — **La hernie diaphragmatique du foie** (*Minerva Chirurgica*, an. **7,** n° 7, 15 Avril 1952, p. 231-236).

Les cas de hernie diaphragmatique droite représentent 15 p. 100 de l'ensemble des hernies diaphragmatiques.

On en connaît une centaine de cas, le contenu de la hernie étant constitué par le foie seul, par le foie et d'autres viscères, par d'autres viscères sans le foie.

Le nombre des hernies diaphragmatiques du foie atteint à l'heure actuelle la trentaine.

Observation. — Un homme de 37 ans, au décours d'une grippe, se plaint d'une impression de corps étranger et dans l'hypochondre droit d'élancements douloureux.

L'examen radiographique montre à la base de l'hémithorax droit une masse arrondie du volume d'une grosse mandarine, d'opacité homogène surmontant le diaphragme.

A l'intervention (sans diagnostic précis), le poumon doit être libéré du diaphragme auquel il adhère par la totalité de sa base.

On découvre une masse *en champignon* dont le pédicule se perd à travers le diaphragme. Celui-ci est incisé en partant du collet, et l'on constate : 1° Que le diaphragme aminci constitue un sac qui contient la tumeur; 2° Que celle-ci n'est autre qu'une partie du foie.

On la résèque. Le pédicule mesure 7 cm de diamètre.

Suture du diaphragme, de la paroi : guérison.

La masse mesure 15 cm de largeur sur 7 cm de hauteur et est constituée de parenchyme hépatique normal.

Cette hernie relève d'une malformation ou d'une lésion traumatique, rare.

Le diagnostic ne peut en être que radiologique, mais la radiologie ne peut en préciser la nature.

Le traitement chirurgical ne peut se faire que par voie thoracique.

J. Assali.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

E. Kruger (State Mines). — **1 cas de guérison de thrombose mésentérique** (*South African Medical Journal*, vol. **26**, n° 4, 26 Janvier 1952, p. 73-76).

L'auteur, après avoir énuméré les diverses étiologies possibles ou invoquées, rappelle les notions essentielles anatomo-pathologiques et thérapeutiques et présente une observation personnelle.

Un adulte est admis à l'hôpital pour un syndrome douloureux iliaque droit : le diagnostic d'appendicite est naturellement évoqué, mais la température et le pouls étaient normaux, et la paroi est restée souple.

Le malade n'est opéré qu'au 6e jour; le diagnostic de thrombose mésentérique est posé, et une résection de 80 cm d'intestin est menée à bien, avec anastomose aseptique termino-terminale. La guérison survient sans incident.

HENRI REDON.

H. Knoblauch (Tübingen). — **Sur l'emploi du Marbadal intra-péritonéal dans les péritonites par perforation** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 4, 1952, p. 141-144).

K. emploie le Marbadal depuis 4 ans, à la dose de 10 g en solution salée, combiné aux sulfamides et aux antibiotiques pendant 4 à 5 jours. Il a ainsi traité 98 cas de péritonites circonscrites ou diffuses, le plus souvent d'origine appendiculaire ou gastrique.

Si au cours de la perforation ulcéreuse, les germes sont peu nombreux et le plus souvent du type Cocci Gram +, on retrouve au cours des péritonites appendiculaires tous les germes coliques, avec prédominance d'entérocoques; l'association aérobies-anaérobies n'est pas rare; dans un cas de péritonite par perforation vésiculaire, on a trouvé du staphycoloque doré.

L'action du Marbadal sur les flores aérobie et anaérobie justifie son emploi dans ces cas; il est en outre bien supporté localement. Les sulfamides agissent bien sur le bacterium coli; l'entérocoque est moins sensible à leur action, ainsi d'ailleurs qu'aux antibiotiques.

Naturellement l'emploi de ces drogues n'exclut en rien l'indication d'une action chirurgicale. Il semble néanmoins améliorer les résultats, puisque sur 67 péritonites graves, l'auteur ne relève que 5 morts, dont 3 du fait de la péritonite; la statistique de 5 morts sur 31 cas de perforations ulcéreuses paraît cependant moins probante.

R. GUEULLETTE.

Hsiang Len Tseng (New-York City). — **Péritonite biliaire après biopsie hépatique** (*New York State Journal of Medicine*, 15 Mars 1952, p. 746-747).

La biopsie ponction hépatique n'est pas sans danger : la mortalité ressort à 0,35 p. 100 sur une statistique groupant 4 911 cas.

Les morts surviennent habituellement par hémorragie incontrôlable.

Les péritonites biliaires sont exceptionnelles; l'auteur n'en connaît que 2 cas publiés, tous 2 mortels.

La péritonite observée par H. L. T. guérit après laparotomie et drainage, et l'auteur estime que l'ictère constitue une contre-indication à la ponction hépatique d'ailleurs le plus souvent incapable de révéler la cause de l'obstruction.

HENRI REDON.

J. A. Borras (Valence). — **Péritonite biliaire sans perforation apparente de la vésicule** (*Medicina Española*, t. **26**, n° 153, Déc. 1951, p. 444-446).

Très courte observation de péritonite biliaire sans perforation apparente d'une vésicule petite et non distendue. Cholécystostomie. Décès (Homme, 60 ans).

Aucun détail sur l'arbre biliaire ni sur le duodéno-pancréas. Un état fébrile avec céphalées pendant les 4 ou 5 jours précédant l'intervention fait soulever par l'auteur l'hypothèse d'une fièvre typhoïde de type ambulatoire ? (pas de séro-diagnostic, pas d'hémoculture, pas d'autopsie). Cette observation ne peut éclairer en rien la pathogénie — discutée — de cette affection rare, mais non rarissime.

A. Ameline.

ESTOMAC

Frank Glenn et **Charles Harrison** (New-York). — **Traitement chirurgical des hémorragies massives des ulcères gastro-duodénaux** (*Archives of Surgery*, vol. **63**, n° 6, Déc. 1951, p. 766-773, avec 2 fig.).

Entre 1946 et 1949, 58 malades ayant présenté une hémorragie massive par ulcère gastro-duodénal ont été traités par gastrectomie.

13 malades ont été opérés d'urgence soit parce qu'à leur admission l'hémorragie était de toute évidence rapidement importante, soit parce qu'elle continuait ou qu'elle récidivait.

Les 45 autres avaient cessé de saigner à leur admission et l'intervention fut entreprise après une étude et une préparation correctes. Aucune mort per-opératoire ne fut à déplorer; 2 malades moururent après l'intervention; 2 autres firent des complications ayant nécessité un traitement ultérieur; et les 54 derniers vont bien ou présentent des troubles minimes. Le recul est court cependant puisqu'il ne dépasse pas 5 ans.

Pour les auteurs, voici les éléments principaux de l'indication opératoire : la quantité de sang, l'existence ou non d'hémorragies antérieures, leur fréquence et leur importance, l'âge du malade, son aspect général, et l'action du traitement conservateur. Une fois l'intervention décidée, la gastrectomie qui emporte l'ulcère, si elle est possible comporte un risque moindre que le traitement conservateur.

F. d'Allaines.

A. Acquati (Monza). — **Le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal perforé (Résultats immédiats)** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. 8, n° 5, Mai 1952, p. 322-338).

146 ulcères perforés ont été opérés dans les 12 dernières années, dans le Service du professeur Ciminata.

Il s'agissait d'ulcère duodénal dans 103 cas, d'ulcère pylorique dans 31 cas, d'ulcère gastrique dans 11 cas. On compte 140 hommes et 6 femmes.

57 malades eurent suture et gastro-entérostomie.

89 n'eurent qu'une simple suture, systématiquement pratiquée depuis 1944.

La mortalité globale a été de 21 sur 146 malades, soit 14,3 p. 100.

Elle s'élève à 19,2 p. 100 pour les cas comportant une gastro-entérostomie et à 11,2 p. 100 pour ceux qui furent traités par suture simple.

A noter que dans les 4 dernières années, sur 47 opérés (suture simple), on ne relève qu'une seule mort (malade opéré 3 jours après la perforation).

Suture et gastro-entérostomie : 11 décès : péritonite 3, péritonite et pneumonie 2, pneumonie 4, anurie 1, phlegmon gangréneux de la paroi 1. 7 de ces malades avaient été opérés dans les 12 première heures.

Suture : 10 décès survenus tous chez des opérés après la 12e h (5 dans les 24 h et 5 après 24 h), dont 9 par péritonite, 1 par pneumonie.

Il ressort de ceci que la suture n'a donné aucun insuccès dans les cas opérés avant la 12e h.

Étudiant l'amélioration en particulier dans les 4 dernières années, l'auteur l'attribue d'abord au fait qu'on n'a utilisé que la suture : opération bénigne — rapide — peu shockante; ensuite à ce que les malades sont vus plus tôt; à l'usage systématique des antibiotiques, à l'aspiration continue post-opératoire, au recours plus fréquent à la

transfusion sanguine et aux perfusions. Enfin l'anesthésie avec intubation, qui donne un relâchement musculaire parfait, permet une toilette soigneuse de la cavité péritonéale.

J. Assali.

Anderson Bonar et **David J. Livingstone** (Glasgow). — **509 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés** (*Glasgow Medical Journal*, vol. **33**, n° 1, Janvier 1952, p. 1-9).

Ces cas ont été observés en 15 ans : le nombre de perforations annuellement observées a varié de 23 à 55; la mortalité, à l'exception de 2 années, a régulièrement baissé de 23 à 3 p. 100. Aucun décès n'a été observé sur les 32 cas opérés en 1950.

Il a été observé 418 ulcères duodénaux, 76 gastriques, 15 peptiques.

La mortalité passe de 5 p. 100 autour de 24 ans à 46 p. 100 après 60 ans, par rapport au temps écoulé elle passe de 11 p. 100 (1 à 7 h) à 45 p. 100 après 24 h.

Les principales causes de mort sont pulmonaires, péritonéales et pariétales. Il est à noter que tous les malades ont été traités par suture simple. L'amélioration du pronostic est attribuée à la fois à l'anesthésie et aux antibiotiques.

Henri Redon.

I. F. Stein et **Karl A. Meyer** (Chicago). — **La vagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol., **93** n° 5, Novembre 1951, p. 625-635 avec 9 fig.).

L'intérêt de cet article, qui est le cinquième écrit par les auteurs, est l'étude des résultats cliniques et physiologiques tardifs de la vagotomie.

Sur 50 malades (33 ulcères duodénaux, 17 ulcères peptiques d'une bouche anastomotique), il y eut 3 morts par bronchopneumonie, coronarite et alcoolisme.

40 malades furent suivis, dont 25 pendant 3 et 4 ans.

Les résultats cliniques ont été bons dans 26 cas, moyens dans 10 cas et mauvais dans 4 cas. 1 malade a présenté une récidive certaine de son ulcère et 6 une récidive probable. La plupart d'entre eux étaient des alcooliques.

Du point de vue physiologique, en se basant sur la motilité et sur la capacité sécrétoire de l'estomac, on peut distinguer les cas de fonction vagale normale, de fonction vagale partielle et d'absence totale de fonction, correspondant à une section plus ou moins complète des pneumogastriques et expliquant l'insuffisance de certains résultats.

André Sicard.

M. Bjorneboe, H. Faber, O. Mikkelsen et **E. Tobiassen** (Copenhague). — **Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal. Étude de 219 cas opérés depuis au moins 3 ans** (*Acta Medica Scandinavica*, vol. **141**, fasc. 1, 1951, p. 16-26).

Dans ce problème si controversé du traitement des ulcères, les auteurs apportent les résultats d'une étude très intéressante des suites de 219 interventions (189 gastrectomies et 30 gastro-entérostomies) et qui, disons-le tout de suite, vient s'inscrire à l'actif du traitement chirurgical.

Sans donner les détails de cette statistique, il faut cependant signaler que 184 malades ont pu être suivis (12 morts opératoires, 18 morts secondaires de cause ne relevant ni de l'ulcère initial, ni de l'opération, 5 malades perdus de vue), et que tous, sauf 2 qui ont donné de leurs nouvelles par lettre, ont subi un examen clinique, radiologique et hématologique dans un délai de 4 à 7 ans après l'intervention. 158 sont en bonne santé (85 p. 100), 5 sont inaptes à tout travail, dont 4 du fait d'une maladie distincte, 14 présentent une incapacité partielle et 7 ont dû être réopérés.

De tous les facteurs qui peuvent intervenir dans la genèse des échecs, seul le procédé utilisé pour la gastrectomie paraît avoir une certaine importance; il semble, en effet, que la majorité des mauvais résultats soit secondaire à des interventions du type Billroth I.

La comparaison que les auteurs établissent entre leurs résultats et ceux obtenus par Krarup par le seul traitement médical, est d'un intérêt tout particulier. Cette

dernière statistique, déjà ancienne, portait sur 665 malades; elle comprenait 3 p. 100 de mortalité (hémorragie et perforation), 29 p. 100 de guérison, 36 p. 100 d'amélioration et 32 p. 100 d'échec. On peut, certes, longuement épiloguer sur la valeur de ces chiffres. Il n'en reste pas moins vrai que pour condamner définitivement le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal, il conviendrait d'apporter d'autres statistiques homogènes d'ulcères traités médicalement : ce qui, à notre connaissance, n'a pas été fait souvent.

J. Loygue.

M. Krabbel (Bad Godesberg). — **Fistule gastro-colique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76,** n° 24 *a*, 1951, p. 1725-1728, avec 2 fig.).

Elle est devenue rare, depuis l'application de la résection systématique lors d'ulcère gastro-duodénal. Le diagnostic n'en est pas toujours rapidement fait par les seuls moyens cliniques, mais plus souvent imposé par un examen radiologique.

Au point de vue prophylactique, l'auteur conseille de ne pas faire l'anastomose trop près du côlon, mais d'inciser le mésocôlon assez haut.

Le traitement idéal en est la résection de l'anastomose et du segment colique intéressé, avec réparation des 3 organes ouverts. Il est cependant parfois possible de pratiquer la fermeture de la fistule sans nouvelle résection. Mais la simple dégastro-entérostomisation expose à la récidive de l'ulcère.

K. a relevé 75 cas dans la littérature, publiés au cours de ces 15 dernières années; on fit 64 résections avec 16 morts (24 p. 100); 9 fois le traitement conservateur, avec 2 morts.

Il a personnellement traité 8 malades; soit 2 grandes résections avec 1 mort, 6 opérations palliatives conservatrices, sans décès (mais 5 de ces malades ont récidivé et 2 résections secondaires furent nécessaires).

Une mortalité élevée d'un côté, un risque important de récidive de l'autre, laissent l'auteur bien hésitant.

R. Gueullette.

H. D. Schumann (Rostock). — **Hémorragie gastrique massive au cours d'une tuberculose gastrique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76,** n° 24 *a*, 1951, p. 1715-1719).

Un homme de 63 ans souffre depuis 3 mois de l'estomac, et maigrit de façon importante. On porte le diagnostic de néoplasme antral. 2 jours avant l'intervention décidée, il fait une grosse hématémèse.

On trouve à l'opération une infiltration diffuse de surface au voisinage du pylore, ulcération plate, non véritablement tumorale. Il y a de nombreuses adhérences périgastriques et des ganglions. La libération gastrique est assez délicate; on fait une résection avec anastomose pré-colique. La mort survient le lendemain par insuffisance cardiaque. L'examen microscopique de la pièce révèle de nombreux foyers tuberculeux, qui dépassent en profondeur la sous-muqueuse et gagnent la musculeuse. On n'a pas trouvé à l'autopsie d'autres localisations tuberculeuses.

A propos de cette observation, S. rappelle la rareté de la tuberculose gastrique (373 cas relevés par Morris dans la littérature mondiale jusqu'en 1942), ses différentes variétés anatomiques, ulcéreuse, tumorale hyperplasique, miliaire de moindre intérêt chirurgical. La localisation la plus fréquente serait la région juxta-pylorique en raison sans doute de sa richesse en lymphatiques.

La symptomatologie en est toujours obscure, et le diagnostic de cancer est le plus souvent porté, même lorsque le ventre est ouvert. La perforation, l'hémorragie y sont exceptionnelles.

Le pronostic, après la résection qui s'impose, reste mauvais et en liaison avec l'état général du malade. Il y a lieu, dès l'opération, d'instituer un traitement médical et climatique.

R. Gueullette.

H. A. Kotrnetz (New-York). — **Sur un cas de léiomyosarcome du pylore** (*Der Krebsarzt*, vol. **7**, n° 3-4, 1er Avril 1952, p. 118-120).

C'est un cas rare de léiomyosarcome de l'estomac, heureusement dépisté de bonne heure en raison de sa localisation particulière, et dont l'exérèse fut possible.

Un homme de 58 ans souffrait depuis 1 mois de douleurs gastriques et présentait un léger ictère avec hypercoloration des urines; il n'y avait pas de vomissements et l'alimentation restait normale, les crises survenant surtout le soir et la nuit. On notait à l'exploration une sensibilité de la partie droite et supérieure de l'abdomen; aucune tumeur n'était perceptible. Un lavement baryté, une étude radiologique de la vésicule n'apportèrent aucun renseignement; la formule rouge était normale.

On opéra avec le diagnostic de cholécystopathie; la vésicule se montra petite, de parois un peu épaissies, sans calculs; sur la face antérieure du pylore existait une petite tumeur arrondie, dure, de 0,6 cm de diamètre environ, semblant faire partie du plan musculaire et recouverte d'une séreuse saine. Dans l'impossibilité de juger de visu de la malignité éventuelle de la lésion, on fit une résection partielle, suivie d'anastomose pré-colique. L'examen histologique révéla un léiomyosarcome.

Malgré le lever précoce, l'opéré fit une phlébite bilatérale des membres inférieurs compliquée d'embolie au 5e jour; on institua un traitement à l'héparine; les deux fémorales furent liées, après que l'on eût retiré de leur lumière des caillots, déjà organisés à droite, encore très jeunes à gauche (où les signes cliniques étaient d'ailleurs très discrets). La guérison suivit.

K. fait remarquer que les tumeurs gastriques de ce type ne sont généralement reconnues que lorsqu'elles ont atteint un gros volume. Celle-ci se manifesta de bonne heure, grâce à sa localisation pylorique.

R. Gueullette.

Jacob Rabinovitch, Bernard Pines et **David Grayzel** (Brooklyn). — **Association d'un lymphosarcome et d'un ulcère dégénéré de l'estomac** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 2, Fév. 1952, p. 185-191, avec 3 fig.).

Cette observation vaut par sa double rareté : association de 2 cancers de type différent en 2 endroits différents, et dégénérescence d'un ulcère de la petite courbure. A ce sujet, l'auteur rapporte et discute les critères de la dégénérescence d'un ulcère : elle doit être localisée à une région étroitement circonscrite du rebord de l'ulcère; la base doit être souple, ou au plus légèrement infiltrée autour de la région dégénérée. La desquamation des bords de l'ulcère peut donner des images très voisines.

F. d'Allaines.

E. Rappert (Wien). — **Association cancer, ulcère et tuberculose gastrique** (*Der Krebsarzt*, vol. **7**, n° 3-4, 1er Avril 1952, p. 117-118).

La tuberculose primitive de l'estomac est déjà rare en elle-même; son association avec l'ulcère, plus rare encore, a été décrite. Faltin a relevé 12 observations d'ulcérations tuberculeuses au voisinage d'un cancer gastrique.

Le malade de R. avait présenté en Juin 1948 une perforation ulcéreuse typique traitée à la 36e h par suture; en Septembre les douleurs gastriques étaient réapparues, accompagnées de vomissements, de mélæna et de contracture pariétale localisée. Devant la persistance des accidents malgré l'usage de transfusions, on fit une nouvelle laparotomie qui permit de retrouver, après libération de multiples adhérences, la cicatrice de la suture au niveau de la petite courbure; mais vis-à-vis d'elle, sur la grande courbure, existait une énorme ulcération à bords épais et durs; on fit une résection qui emporta, avec de nombreux ganglions, un segment de la capsule pancréatique; on termina par un Billroth II. L'opéré fit rapidement des accidents d'atonie intestinale; on pratiqua alors une iléostomie, au cours de laquelle on put constater l'intégrité des sutures, mais aussi la présence de pus dans le petit bassin. La mort survint rapidement.

La pièce opératoire présentait un cancer de la grande courbure (vérifié histologiquement) centré par une profonde ulcération; les ganglions étaient indemnes de cancer, mais portaient des follicules tuberculeux typiques; l'examen microscopique du pus et son inoculation le montrèrent tuberculeux.

Il s'est donc agi ici de la triple association ulcère-cancer et tuberculose.

L'autopsie a montré, en outre, de grosses lésions pulmonaires; et l'auteur pense que l'envahissement des ganglions gastriques s'est fait par extension le long des ganglions de la chaîne aortique; la péritonite tuberculeuse terminale aurait été déclenchée par l'ouverture d'un ganglion au cours des manœuvres de résection gastrique.

R. Gueullette.

H. Finsterer (Wien). — **Sur l'indication du traitement opératoire du cancer gastrique** (*Der Krebsarzt*, vol. **7**, n° 3-4, 1er Avril 1952, p. 74-80).

F. défend ici une cause qui lui est chère : pousser jusque et au delà même des limites qui apparaissent *a priori* raisonnables, les indications opératoires dans le cancer de l'estomac. Et il prouve chemin faisant, par une série d'exemples choisis, la justesse de ses affirmations.

Tant que le diagnostic de cancer gastrique restera, comme il l'est encore aujourd'hui incertain jusqu'à un stade avancé de son évolution, il faut délibérément entreprendre dès la moindre suspicion, la laparotomie exploratrice; et pour cela, se débarrasser de la crainte, très exagérée, du risque supplémentaire qu'elle fait courir. Pratiquée sous anesthésie locale, elle est sans danger; elle doit être conduite avec rigueur, pour permettre, non seulement une exploration complète de l'estomac dans son aspect extérieur, mais encore, par gastrostomie, l'exploration au doigt de sa face muqueuse.

A plus forte raison, tout ulcère calleux apportant à l'examen radiologique le moindre doute quant à sa dégénérescence, doit être traité par large résection emportant le grand épiploon. L'ulcéro-cancer n'est en effet pas rare : sur 532 résections pour ulcère, l'examen histologique systématique a montré 96 cas de dégénérescence insoupçonnée.

Si la clinique est plus probante encore, la résection devient indiscutable, et ce, quels que soient l'âge du malade, l'importance de lésions reconnues du cœur et des poumons; l'étude des statistiques le confirme.

L'ictère, s'il traduit souvent l'extension du néoplasme, peut très bien n'être que la manifestation d'une lithiase ou d'une pancréatite concomitantes. L'ascite, si elle est souvent l'expression d'une généralisation péritonéale, peut aussi relever d'une cirrhose hépatique ou d'une cachexie de carence.

Le volume de la tumeur n'est lui-même pour rien dans le pronostic post-opératoire; la résection d'une énorme tumeur est parfois suivie d'une survie plus longue que celle d'un néoplasme de très petit volume.

Et même si l'exploration révèle des métastases hépatiques ou péritonéales étendues rendant l'opération radicale inutile, une gastro-entérostomie pourra encore prolonger la vie du malade de 1 à 2 ans.

Sans doute la nécessité de réséquer avec l'estomac une partie des organes de voisinage aggrave-t-elle considérablement la mortalité opératoire; malgré cela il faut tenter l'opération élargie, et l'on aura, même dans ces conditions, un certain pourcentage de guérisons durables. L'histoire d'un malade de 71 ans qui dut subir, avec une résection gastrique, la résection de la moitié du lobe gauche du foie, et qui vécut jusqu'à 82 ans, ne le prouve-t-elle pas ?

La mortalité de la gastrectomie totale diminue avec les progrès de la technique, et l'utilisation de la voie thoracique en a, au cours de ces dernières années, amélioré les résultats. Une large thoracotomie ne permettrait-elle, à défaut de mieux, qu'une œsophago-gastrostomie de dérivation, qu'elle représenterait encore pour le malade un immense bénéfice fonctionnel et psychique.

L'extension ganglionnaire ne doit pas arrêter non plus la main du chirurgien; car l'examen histologique a montré dans de nombreux cas qu'il ne s'agissait que d'infiltration inflammatoire, voire tuberculeuse. Et des ganglions sûrement néopla-

siques abandonnés *in situ* ont pu permettre des survies de 5 ans, à la suite de résections que l'on ne pouvait pourtant juger que palliatives.

Le cancer gastrique est une affection sûrement mortelle; les faits précités montrent qu'il convient de repousser le plus loin possible les limites de son traitement radical.

R. Gueullette.

Gordon McNeer et **Lemuel Bowden** (New-York City). — **Gastrectomie totale. Série de 33 cas consécutifs** (*New-York State Journal of Medicine*, 15 Janvier 1952, p. 231-235).

Les auteurs ont pratiqué 33 gastrectomies totales consécutives pour cancer aux stades II, III et IV.

L'anesthésie employée a été, sauf dans 1 cas, l'éther avec induction au protoxyde (27 fois) ou penthotal (5 cas).

La voie d'abord a été, abdominale (15), thoracique (3), abdomino-thoracique (15).

La mortalité opératoire est de 6,1 p. 100.

La durée d'hospitalisation post-opératoire a varié de 12 à 54 jours.

La continuité a été rétablie par œsophago-jéjunostomie directe, précolique; une jéjuno-jéjunostomie complémentaire a été réalisée 21 fois.

La rate a été enlevée 14 fois; une partie du transverse 4 fois, une partie du lobe gauche du foie 2 fois; une partie du pancréas 11 fois. Des transfusions (1 l à 2 l 1/2) ont été à peu près systématiques, et les antibiotiques habituels ont été utilisés.

Henri Redon.

E. Hanfstaengl (München). — **Sur la fréquence des modifications de la formule sanguine après gastrectomie** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76,** n° 24 *a*, 1951, p. 1719-1724).

Le rôle physiologique de l'estomac sur la formule sanguine est connu depuis longtemps, et l'auteur rappelle les travaux sur l'anémie agastrique après gastrectomie subtotale. La pratique aujourd'hui courante de la gastrectomie totale a quelque peu éclairci le problème.

Les chiffres avancés d'altérations de la formule sanguine sont des plus disparates : l'anémie hypochrome se rencontrerait dans 50 p. 100 à 1 à 3 p. 100 des cas suivant les auteurs; quelques-uns ont même noté une polyglobulie post-opératoire.

La cause de l'anémie est mal connue; la mauvaise assimilation du fer résultant d'une traversée trop rapide de l'estomac joue peut-être le rôle principal. Mais il peut y avoir une influence toxique résultant de la pullulation des germes dans un estomac achylique et mal défendu; et sans doute d'autres facteurs mécaniques ou chimiques interviennent-ils.

A côté de l'anémie hypochrome peut-être faut-il faire une place à l'anémie par défaut d'assimilation des albuminoïdes.

L'anémie agastrique serait plus fréquente chez la femme à l'âge d'activité génitale (perte de 25 mmg de fer à chaque menstruation) et au cours de la grossesse et de l'allaitement.

H. a étudié 100 gastrectomisés, chez lesquels l'examen pré-opératoire du sang avait été pratiqué, aux points de vue hémoglobine, formule rouge, index colorimétrique, formule blanche, réaction de sédimentation. Il s'agissait dans tous les cas d'opérations type Billroth II, datant en moyenne de 2 ans 1/2 (22 femmes et 78 hommes). On n'a trouvé que chez 3 hommes et 11 femmes une diminution des valeurs moyennes. Chez les hommes, il ne s'agissait que d'anémies légères; chez 49 d'entre eux, la formule sanguine était meilleure après qu'avant l'opération. Chez les femmes, on n'a noté que 2 cas d'anémie sérieuse, encore avaient-elles une formule déjà pauvre dès avant l'intervention. Aucun cas d'anémie pernicieuse n'a été relevé; mais peut-être, concède l'auteur, se produit-elle plus tardivement.

Il semble que le danger de l'anémie après gastrectomie ait été exagéré.

R. Gueullette.

H. Grunert (Berlin). — **Remarque sur l'anémie agastrique après résection** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76**, n° 24 *a*, 1951, p. 1724-1725).

L'anémie hyper ou hypochrome est en fait très rare après la gastrectomie. Il en est différemment, lorsqu'à la gastrectomie subtotale ou totale est associée la splénectomie. Or on est amené à pratiquer cette double résection en cas de cancer gastrique ayant envahi les vaisseaux spléniques, ou en cas de cancer cardiaque ou juxta-cardiaque lorsque l'on ne conserve que l'antre en vue d'une œsophago-antrostomie.

G. a étudié 8 malades gastrectomisés, 6 d'entre eux ont présenté une nette tendance à l'anémie hypochrome, avec un taux de fer à 80 p. 100 au-dessous de la normale; le chiffre d'hémoglobine était tombé chez l'un à 40, chez d'autres à 50 et 60 p. 100. Encore s'agissait-il d'hommes, et l'on sait que chez la femme cette tendance est plus marquée encore en raison de la perte de fer menstruelle.

Il ne faut pratiquer la splénectomie complémentaire que si elle se montre absolument nécessaire, et la faire suivre, chez la femme surtout, d'une médication ferrique intensive.

R. Gueullette.

M. Steingraber (Berlin). — **Forme et fonction de l'anastomose après gastrectomie totale** (*Das deutsche Gesundheitswesen*, vol. **7**, n° 3, p. 81-85).

S. discute tout d'abord des différentes techniques de rétablissement de la continuité après gastrectomie totale, insiste sur l'importance du recouvrement séreux et l'intérêt majeur d'une bonne suspension de l'anse. Ses préférences vont à la technique de Graham, modifiée par Lefèvre; il retient cependant la méthode de Hoffmann (anastomose en pantalon) dans les cas où un court segment gastrique peut être conservé.

L'unité n'est pas faite quant aux indications de la gastrectomie totale; l'état général du malade doit peser lourd dans la discussion, plus peut-être que l'extension aux organes voisins et les métastases isolées devant lesquelles nombre d'opérateurs ne reculent plus.

L'étude des métabolismes a montré que, si l'inanition n'est pas à craindre, on observe dans tous les cas une grosse perte de graisse, l'importance de celle-ci semblant d'ailleurs en relation avec le type de l'anastomose pratiquée (moindre après anastomose œso-duodénale).

Après ces quelques considérations générales l'auteur expose les résultats de ses recherches expérimentales et cliniques sur le fonctionnement de la bouche, et apporte d'intéressantes conclusions sur les deux points suivants : l'anastomose reste-t-elle béante ou non ? se fait-il un néo-estomac aux dépens de l'anse efférente, ou bien une dilatation apparaît-elle sur l'œsophage inférieur ?

S. a pratiqué chez le chien des œsophagoscopies après gastrectomies; il a toujours vu une bouche arrondie ou ovalaire, non rétrécie, une muqueuse intestinale non altérée, non œdémateuse; sur le chien couché, il a noté radiographiquement un passage rythmé par les mouvements respiratoires, et constaté qu'après 5 à 6 mouvements de va-et-vient, le bol alimentaire s'écoulait librement dans l'intestin. En bref, il n'existerait aucun mécanisme de fermeture de l'orifice intestinal.

L'étude radiologique chez l'homme lui a montré des passages faciles, sans distension œsophagienne, sans distension de l'anneau anastomotique; mais il a noté une distension de l'anse grêle anastomosée, avec disparition du péristaltisme et modification de l'ombre intestinale due à la disparition des valvules de Kerkring; cette distension secondaire semble en rapport avec la fixation large de l'anse au diaphragme, fixation qui brise, en quelque sorte, l'onde péristaltique. La technique de Graham-Lefèvre prédisposerait à cette dilatation, d'une part en raison de la fixation de l'anse, d'autre part du fait du long accolement des 2 anses. Mais on ne constate qu'une distension modérée, doublant à peu près le calibre de l'intestin. L'absence du péristaltisme n'empêche pas ce segment intestinal de se vider aisément par un mécanisme que l'auteur juge de pure hydro-statique. Ainsi, fait important, la dilatation n'est pas génératrice de stase.

Au-dessous de l'anastomose de Braun, le calibre, les contours de l'intestin redeviennent normaux, ce qui confirme encore que la distension sus-jacente est purement mécanique et non la conséquence de la section des 2 pneumogastriques.

Si l'on a pratiqué, non plus une anastomose à la Graham-Lefèvre, mais une anastomose simple termino-latérale ou termino-terminale, on observe une distension plus modérée de l'anse efférente au dessus de l'anastomose de Braun, et souvent une petite tache gazeuse, à son sommet. Au cours de 2 œsophagoscopies chez l'homme, S. a pu voir les anastomoses béantes et rigides, de calibre constant; à travers elles, il a pu vérifier l'intégrité de la muqueuse intestinale, non animée de mouvements péristaltiques, des plis muqueux non modifiés.

On peut conclure de ces recherches que l'anastomose n'a pas de tendance au rétrécissement, que sa forme varie avec la technique employée, que l'œsophage terminal ne se dilate pas, qu'il se fait une certaine dilatation mécanique de l'intestin, de dimensions variables avec le procédé opératoire utilisé.

Ces constatations, favorables en elles-mêmes, laissent cependant ouverte la discussion de l'opportunité de la gastrectomie totale, dont la mortalité opératoire est actuellement estimée suivant les auteurs de 10 à 40 p. 100, et qui, de multiples observations l'ont prouvé, ne semble pas abaisser le pourcentage des récidives.

R. Gueullette.

A. Drablos, V. Linden et **P. Skjelbred** (Bergen). — **Résultats éloignés de la gastrectomie pour ulcère gastro-duodénal** (*Acta Medica Scandinavica*, vol. **140**, fasc. 5, 1951, p. 327-339).

Cette statistique, très courageuse, est difficilement interprétable puisque des 492 malades qui ont subi une gastrectomie entre 1937 et 1946, elle en exclut 135, perdus de vue ou qui ont refusé de se laisser réexaminer.

Si la mortalité opératoire y est relativement faible (2,8 p. 100), par contre les complications tardives graves apparaissent nombreuses; chez 30 malades morts de 6 mois à 4 ans après l'intervention, la cause du décès est inconnue dans 8 cas et dans 7 autres, en rapport direct avec la gastrectomie, auxquels il faut ajouter 3 cas de tuberculose pulmonaire mortelle.

Chez les 313 malades revus, on note encore : 9 hémorragies digestives, 1 récidive, 1 fistule gastro-jéjuno-colique, 2 occlusions, 1 paralysie définitive du membre supérieur gauche et 4 tuberculoses pulmonaires.

Inversement, les résultats satisfaisants atteignent, comme dans la plupart des statistiques, 80 p. 100 : 47 p. 100 des malades ne présentant aucun trouble et 33 des troubles fonctionnels ou généraux discrets. L'anémie, les troubles subjectifs, font l'objet d'une étude particulière.

Les auteurs ne tirent pourtant aucune conclusion de leur travail; ils signalent seulement, en terminant, la nécessité d'une surveillance prolongée des malades ayant subi une gastrectomie pour ulcère.

J. Loygue.

Massabonu-Toboda. — **Une technique de substitution de l'estomac après gastrectomie totale** (*Kyushu Memories of medical Sciences*, vol. **2**, n° 3, Déc. 1951, p. 159-166, avec 12 fig.).

Dans 63 p. 100 des cas des cellules cancéreuses peuvent être retrouvées au voisinage de parties sectionnées de l'estomac après gastrectomie partielle pour cancer. La gastrectomie totale semble indiquée à titre de traitement radical dans beaucoup de néoplasmes gastriques : T. estime nécessaire d'étudier et d'améliorer le métabolisme post-opératoire qui, dans la règle, est toujours déplorable.

Une technique permettant d'améliorer sensiblement les résultats post-opératoires a été utilisée sur 30 cas sans un seul décès.

L'intervention consiste en une gastrectomie totale par voie abdominale. La continuité digestive est réalisée par une anastomose œsophago-jéjunale sur anse longue. Sur cette anse on crée deux rétrécissements de l'intestin par suture, l'une sur la partie afférente, l'autre sur la partie efférente. Le premier duodénum est anastomosé avec l'anse

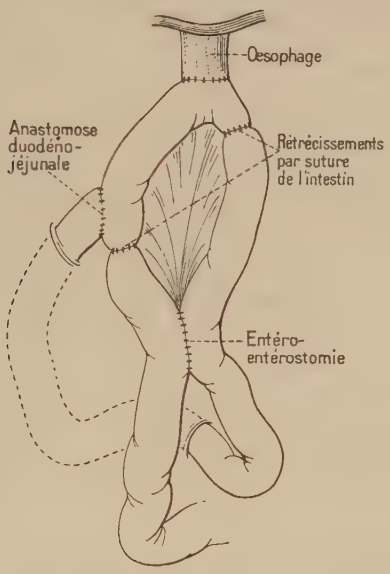


Fig. 1. — (Massabonu-Toboda).

efférente entre l'œsophage et le rétrécissement, une jéjuno-jéjunostomie complète le dispositif. Ainsi les aliments passant par l'anastomose se dirigent dans le duodénum où ils séjournent avant de traverser et finalement se déversent dans le grêle par la jéjuno-jéjunostomie. Les résultats fonctionnels post-opératoires semblent extrêmement favorables.

Paul Banzet.

INTESTIN

E. Hempel (Leipzig). — **Sur la résection pour exclusion lors d'ulcères duodénaux de résection difficile** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76**, n° 24 *a*, 1951, p. 1697-1706).

L'auteur vise spécialement dans cet article les ulcères de la paroi duodénale postérieure, voisins de l'ampoule de Vater et des voies pancréatiques, dont le processus inflammatoire s'étend aux organes voisins pour former de véritables tumeurs calleuses, et qui sont d'extirpation malaisée et particulièrement dangereuse chez les sujets gras.

Et il oppose tout d'abord :

1° La résection pour exclusion au niveau même de l'ulcère, la section passant parfois en plein travers de celui-ci, et qui ne sont pas en fait de vraies résections pour exclusion.

2° La résection pour exclusion par section au niveau de l'antre, avec excision de sa muqueuse et fermeture du tube séro-musculaire restant, suivant la technique de Finsterer ou de Plenk.

Sans doute la résection typique lui apparaît-elle préférable : sur 488 ulcères duodénaux opérés, il a fait 45 fois (9,2 p. 100) la résection pour exclusion, dont 30 fois par section duodénale, 15 fois par section antrale.

Dans la première série de 30 cas, il a eu 2 morts, l'une par hémorragie et perforation, l'autre par insuffisance des sutures; et il admet dans ces échecs le rôle possible d'une irrigation insuffisante du duodénum.

Dans la deuxième série de 15 cas, il n'eut aucun décès à déplorer, et seulement 2 petites fistules passagères.

Ces résultats autorisent l'auteur à considérer la résection pour exclusion comme une opération de sécurité, dont il n'y a pas lieu de craindre l'emploi. Il faut cependant la faire avec soins, et H. utilise l'électro-coagulation pour détruire sûrement les débris de muqueuse antrale qui ont pu échapper à l'excision; il rétablit toujours la continuité par une anastomose pré-colique, complétée par une anastomose de Braun, ceci en vue d'éviter la compression de D2 et la mise en tension de la bile dans l'anse duodénale. Il croit devoir toujours laisser un petit drain pendant 6 jours, drain qu'il introduit par une incision accessoire para-médiane trans-rectale.

On aura ainsi des résultats éloignés parfaits, à la condition essentielle qu'on n'ait laissé persister aucun fragment de muqueuse antrale; et à ce point de vue, H. préfère à la technique de Finsterer, le mode de traitement du moignon antral suivant le procédé de Plenk.

Les suites éloignés dans 42 cas ont été : 37 guérisons (88,1 p. 100), 2 améliorations (4,8 p. 100), 3 échecs (7,1 p. 100).

H. a noté dans 38 p. 100 des cas une intolérance au sucre, avec dégoût pour les plats et mets sucrés, quelquefois même petites douleurs après absorption de sucre.

R. Gueullette.

W. Silber (Cape Town). — **Léiomyome jéjunal** (*South African Medical Journal*, vol. **26**, n° 2, 12 Janvier 1952, p. 25-28).

L'auteur rapporte 2 observations de cette affection rare et rarement diagnostiquée.

Les symptômes principaux sont : le melæna, la tumeur ou l'occlusion, le plus souvent par invagination.

Le diagnostic ne peut être porté que par l'examen radiographique à la condition d'y penser.

La rareté de l'affection est mise en évidence par les statistiques : 1 p. 100 des tumeurs gastro-intestinales est léiomyomateuse et 18 p. 100 seulement siégent au niveau du grêle.

On les classe habituellement, selon leur origine, en sous-muqueux, sous-séreux.

Henri Redon.

Robert M. Levine et **Ch. B. Ripstein** (Brooklyn). — **Diagnostic et traitement de l'iléus biliaire** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **66**, n° 2, Février 1952, p. 113-115).

A l'occasion de 4 observations personnelles, dont 3 diagnostiquées pré-opératoirement, les auteurs font une très rapide analyse des faits connus concernant ce type d'occlusion.

Ils insistent particulièrement sur l'importance des signes radiologiques.

Henri Redon.

Orlando Longo, Cesar Nani et **Antonio Ahualli** (Buenos-Aires). — **Iléus biliaire** (*La Semana Médica*, t. **100**, n° 4, 24 Janv. 1952, p. 112-117, avec 5 fig.).

3 observations d'iléus biliaire :

Observation 1. — Femme, 42 ans, antécédents hépatiques. Diagnostic d'occlusion. A l'intervention, à 240 cm du cæcum, iléostomie sur calcul du volume d'une noix. Suture en 2 plans. Fermeture sans drainage après avoir vérifié le *blocage* de l'espace sous-hépatique. Décès au 5e jour.

Obs. 2. — Femme, 43 ans, antécédents lithiasiques évidents. Le diagnostic d'iléus biliaire est affirmé par : le type intermittent de l'occlusion, la présence spontanée d'air dans les voies biliaires, leur imprégnation par la baryte ingérée et le rejet de calculs dans les vomissements. A l'intervention, 2 calculs (œuf de pigeon), extraits par entérotomie de l'iléon terminal. Fermeture sans drainage. Décès le même jour.

Obs. 3. — Femme, 63 ans, antécédents hépatiques. Le diagnostic est posé par la présence d'air et de baryte dans les voies biliaires et surtout par la mise en évidence du calcul dans l'iléon terminal. Entérotomie, calcul de 5 cm environ dans son grand axe. Fermeture de l'entérotomie *mais drainage transvalvulaire de l'iléon terminal par cœcostomie.* Guérison sans fistule après la chute de la sonde de Nélaton.

Ces 3 observations sont précédées de considérations tout à fait classiques sur l'iléus biliaire. L'importance de la radiologie est mise heureusement en relief. Je trouve moins banales les considérations des auteurs qui trouvent difficile le fonctionnement correct d'une sonde de Miller Abbott dans le cours post-opératoire. Ils préconisent la dérivation transvalvulaire par cæcostomie et sonde (qui permet en plus une thérapeutique directe intra-iléale). Ils pensent qu'elle a guéri leur 3e malade. En France, Salmon, puis Laffite et Suire, adoptent ce drainage iléal.

A. Ameline.

J. Lampert (Köln). — **Iléus par diverticule de Meckel** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76**, n° 24 *a*, 1951, p. 1774-1778, avec 4 fig.).

La présence d'un diverticule de Meckel est la source de multiples accidents. La variabilité de sa forme et de sa morphologie est bien connue, moins peut-être l'existence au niveau de sa muqueuse du type jéjunale, de plages de muqueuse gastrique et d'îlots pancréatiques; ce qui explique la possibilité d'ulcères, voire de perforations ulcéreuses.

On a décrit à son niveau des tumeurs (cancer, myome), des invaginations, et surtout des accidents inflammatoires. Les observations d'iléus, le plus souvent mécaniques par strangulation, sont plus rares. En voici un cas, de caractères exceptionnels.

Chez un jeune homme de 19 ans survient brusquement une occlusion aiguë du grêle, caractéristique dans ses aspects clinique et radiologique. On trouve à l'intervention un diverticule du volume d'une phalange, adhérent par sa pointe au mésentère; on perçoit à son implantation et dans la lumière du grêle, un nodule mobile de la taille d'une prune; à ce niveau existe sur les deux faces de l'intestin une sorte d'ombilication. On résèque 10 cm d'intestin et termine par une anastomose bout à bout. La guérison survient, sans incidents.

De l'examen de la pièce, dont l'auteur décrit minutieusement le détail, on peut déduire qu'il s'est agi d'une invagination partielle de la muqueuse diverticulaire dont la masse tuméfiée obstrue totalement la lumière intestinale, à la manière d'un polype; la pseudo-tumeur est elle-même encapuchonnée par un repli de la muqueuse intestinale qui enveloppe son pôle proximal; les 2 angles de ce repli étaient responsables des ombilications notées sur la paroi de l'intestin.

A l'examen histologique, on ne trouva dans ce nodule noirâtre et mollasse que de la muqueuse œdémateuse et infiltrée, en somme étranglée au niveau du pédicule.

R. Gueullette.

D. Foti (Vimercate). — **Ulcère peptique perforé du diverticule de Meckel** (*Minerva Chirurgica*, an. **7**, n° 3, 15 Fév. 1952, p. 99-105).

Observation d'un homme de 36 ans admis d'urgence pour appendicite aiguë.

Cet homme, depuis 1 an, se plaignait de douleurs péri-ombilicales s'irradiant vers l'hypochondre gauche.

4 h avant son admission, douleur brutale, transfixiante, dans l'hypochondre droit, diffusant rapidement à tout l'abdomen, suivie de vomissements.

Contracture généralisée. Abdomen plus particulièrement douloureux à la fosse iliaque droite.

Laparotomie droite. Liquide puriforme et fétide dans le péritoine, l'appendice est sain. A 12 cm de la valvule iléo-cæcale, on découvre un diverticule de Meckel présen-

tant sur son fond un ulcère aux bords durs et calleux et perforé. Résection du diverticule. Guérison.

L'examen histologique montre *une muqueuse de type gastrique et une muqueuse de type intestinal au milieu desquelles est placé l'ulcère.*

Cette observation présente deux points particuliers : l'âge du malade et l'absence totale d'hémorragie.

Rien dans l'anamnèse ne permettait de penser à un ulcère du diverticule de Meckel.

Et l'auteur (après un résumé de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie, etc...) conclut au conseil souvent donné : la nécessité de l'exploration de l'iléon, si le diagnostic d'appendicite n'est pas confirmé à l'intervention.

J. Assali.

John Byrne, Charles C. Swift et **George E. Farrell Jr** (Boston). — **Volvulus du cæcum** (*Archives of Surgery*, vol. **64,** n° 3, Mars 1952, p. 378-383, avec 2 fig.).

Après avoir brièvement rappelé le sujet du volvulus du cæcum, l'auteur en rapporte 3 observations.

Le diagnostic pré-opératoire est possible sur une simple radio de l'abdomen de face, sans préparation. Voici les signes caractéristiques : le cæcum et le côlon ascendant sont très dilatés et prennent habituellement une position transversale au milieu de l'abdomen, ou dans son quadrant supérieur; par contre la fosse iliaque droite est vide de toute silhouette cæcale ou colique. En l'absence de sphacèle, les auteurs prônent la détorsion suivie de cæcostomie sur tube.

F. d'Allaines.

James Lauridsen et **Frederick P. Ross** (Boston). — **Diverticulite aiguë du cæcum** (*Archives of Surgery*, vol. **64,** n° 3, Mars 1952, p. 320-330).

A propos de 4 cas récents, les auteurs font la revue des 150 cas publiés jusqu'alors.

Le diagnostic pré-opératoire avec l'appendicite aiguë n'est pas faisable.

Le diagnostic per-opératoire est souvent difficile du fait de la similitude d'aspect macroscopique avec un épithélioma.

Habituellement le diverticule est unique, siège au voisinage de la valvule de Bauhin. C'est une affection congénitale le plus souvent, comme en témoigne la présence de fibres musculaires dans la paroi.

La lumière contient dans la moitié des cas un fécalome.

L'intervention de choix semble être l'excision locale, ce qui implique un diagnostic exact. Car la mortalité de cette affection est due le plus souvent aux hémicolectomies droites pour lésion considérée à tort comme cancéreuse.

F. d'Allaines.

J. M. Elliott, Everett, D. Kieffer et **L. M. Hurxthal** (Boston). — **Traitement des colites ulcéreuses chroniques par l'A. C. T. H. Étude de 28 cas** (*The New England J. of Medicine*, vol. **245**, n° 8, 23 Août 1951, p. 288-292).

Des arguments pour et contre l'efficacité de ce traitement peuvent être avancés. Les auteurs l'ont expérimenté chez 28 malades hospitalisés et traités par les méthodes justifiées par leur état (transfusions, antibiotiques, etc.). Le traitement par l'A.C.T.H. était connu d'eux, mais la guérison ne leur avait pas été annoncée. Le traitement comporta des doses progressives de 20-40 mg à 100-120 mg; le propionate de testostérone et le nitrate de potassium furent associés dans un certain nombre de cas.

21 malades ont éprouvé une amélioration initiale du traitement; mais parmi eux 7 présentèrent une aggravation secondaire précoce, et 14 seulement bénéficièrent du traitement.

C'est exactement ce qu'obtiennent les autres traitements non spécifiques de la maladie (suralimentation, vitamines, antibiotiques, transfusions, repos).

Henri Redon.

Richard Warren (Brooklyn) et **Leland S. McKittrick** (Boston). — **L'iléostomie dans la colite ulcéreuse** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 5, Novembre 1951, p. 555-567, avec 10 fig.).

L'iléostomie que conseille W. et M. est une dérivation totale par section de l'intestin et abouchement à la peau du bout proximal. L'incision est pratiquée transversalement dans la région latérale droite, près de l'ombilic. 3 cm d'iléon sont extériorisés. Aucune suture n'est nécessaire, un point perforant risquant de favoriser une fistule latérale. Un tube est laissé pendant 5 jours dans l'intestin. L'anus peut ensuite être appareillé avec une poche à bague très hermétique.

Sur 210 malades, 37 moururent des suites opératoires (17,6 p. 100). 23 d'entre eux étaient restés rebelles au traitement médical.

Sur ces 37 malades, la mortalité fut déterminée 17 fois (45,9 p. 100) par une péritonite par perforation du côlon ou de l'iléon, par un syndrome toxique ou par une hémorragie colique, toutes causes pouvant être attribuées à la continuation de l'évolution de l'affection. 14 fois (37, 8 p. 100), elle fut en rapport à une embolie pulmonaire, une pneumonie ou un mauvais fonctionnement de l'iléostomie, complications dues à l'intervention.

André Sicard.

J. P. West (New-York). — **Traitement chirurgical des diverticules du côlon pelvien** (*New-York State Journal of Medicine*, 1er Février 1952, p. 329-332).

Les complications de la diverticulose colique sont connues depuis l'observation princeps de Jones (1859); depuis, l'auteur rappelle les travaux de Beer, Brewer et Mayo, Lewis, Cave et Alsop, Eggers, Pemberton, Brown et Marcley.

La mortalité jadis prohibitive est actuellement tombée à moins de 3 p. 100.

C'est une affection fréquente, et Brown et Marcley estiment que 5 p. 100 des individus de plus de 40 ans présentent des diverticules latents.

L'étude de West est basée sur 118 cas observés en 11 ans : 78 non opérés et 39 traités chirurgicalement.

Les complications sont de deux ordres : aiguës (12 perforations, 4 abcès et 9 occlusions) et chroniques (3 fistules colovésicales, 6 infections chroniques).

L'opération a été 12 fois la résection avec anastomose termino-terminale immédiate après fistulisation, 2 fois après extériorisation, 3 fois sans fistulisation, 1 fois avec anastomose du type « sleeve ».

17 malades survécurent à la résection sans présenter de nouveaux troubles; 2 malades sont morts opératoirement.

Les interventions pour complications aiguës ont comporté 15 colostomies, 5 incisions exploratrices avec ou sans drainage, une iléostomie, et 4 ouvertures d'abcès; 6 malades de cette série moururent.

Henri Redon.

J. William Thompson (Saint-Louis). — **Diverticulites sigmoïdiennes aiguës** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 1, Janv. 1952, p. 52-64, avec 4 fig.).

Revue générale sur les accidents aigus de la diverticulose sigmoïdienne comportant en particulier la relation de deux observations de perforation en péritoine libre où l'efficacité de la thérapeutique antibiotique moderne : pénicilline et streptomycine, semble démontrée par les suites simples de ces 2 cas traités l'un et l'autre par la résection obstructive d'emblée.

Marcel Roux.

Robert T. Crowley et **Donald A. Davis** (New-York). — **Procédé de biopsie totale dans les tumeurs polypoïdes de nature douteuse du segment inférieur du côlon** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 1, Juillet 1951, p. 23-26, avec 2 fig.).

Devant la difficulté que l'on rencontre pour préciser la nature de certaines formations polypeuses de la région ano-rectale et des erreurs qu'une biopsie partielle peut commettre en « manquant » la partie dégénérée de la tumeur, il est préférable de retirer en bloc la totalité de la lésion avec une collerette de muqueuse saine pour en pratiquer un examen histologique complet.

Cette biopsie dite totale devient ainsi une exérèse de la tumeur soit par voie endoscopique si elle est petite, soit par voie chirurgicale si elle est plus volumineuse. Pour cela, une rectotomie postérieure est pratiquée après résection du coccyx au-dessus du sphincter. La tumeur est enlevée sous contrôle de la vue, l'hémostase assurée, puis le rectum refermé en trois plans.

Cette technique s'adresse aux polypes situés jusqu'à 10 à 12 cm de l'anus.

ANDRÉ SICARD.

Thomas V. Morton, Robert I. Siegel et **Herbert A. Schulte** (Newark, New-Jersey). — **Diminution du volume sanguin dans le cancer du côlon. Étude de 25 cas** (*The American Journal of Surgery*, vol. **83**, n° 2, Fév. 1952, p. 170-172).

Le sang circulant d'une série de 25 malades atteints de cancer du côlon a été étudié comparativement à des chiffres standards obtenus chez des sujets d'âge et de taille identiques, ne présentant pas d'affection colique. La carence la plus considérable porte sur le volume cellulaire et l'hémoglobine, mais il n'y a pas de relation avec le siège de la lésion, l'ancienneté de l'histoire clinique, l'existence de métastases.

LUCIEN LEGER.

Curtice Rosser (Dallas). — **Tumeur carcinoïde du rectum** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 4, Oct. 1951, p. 486-490 avec 3 fig.).

Analogues à celles que l'on peut rencontrer au niveau de l'appendice, 2 cas de tumeurs carcinoïdes ont été observés au niveau du rectum, dont l'une avec large envahissement ganglionnaire et dont la résection fut suivie très rapidement de récidive et de métastase hépatique.

Comme dans les mélanomes, ces tumeurs proviennent de la migration de cellules normales. Si les unes sont relativement bénignes, les autres ont une extension très rapide et donnent précocement des métastases. Il est difficile de distinguer histologiquement ces 2 types cliniquement si différents.

La dénomination de tumeur neurocrine adoptée par Pierre Masson paraît préférable.

ANDRÉ SICARD.

Allen O. Whipple (New-York). — **Progrès dans la chirurgie recto-colique** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **66**, n° 2, Février 1952, p. 116-120).

L'auteur montre les progrès considérables accomplis au cours des dernières années. Ces progrès tiennent essentiellement à la préparation à l'opération par l'usage des antibiotiques, à la qualité des anesthésies et des gestes opératoires, et des précisions sont données sur le mode des anastomoses et le détail des sutures.

Le cas particulier des colites ulcéreuses est envisagé et celui des colectomies totales avec anastomose iléo-rectale.

L'auteur reconnaît le discrédit de la conservation sphinctérienne aux États-Unis, et la tendance à des exérèses très étendues, tant au niveau des ganglions juxta-aortiques qu'en ce qui concerne les ganglions et même les autres organes du petit bassin. Ceci l'amène à dire un mot de l'éviscération pelvienne de Meigs et Brunshwig.

Il insiste beaucoup sur les soins post-opératoires et l'éducation matérielle et psychologique des malades condamnés à l'anus iliaque définitif.

HENRI REDON.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

W. Petri (Leipzig). — **Contribution à l'étude du traitement des tumeurs du foie** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76,** n. 24 *a*, 1951, p. 1758-1760).

Après avoir rappelé les observations d'hépatectomie partielle pour angiome caverneux et adénome, publiées par Sénèque et Aurousseau, P. en apporte un cas personnel.

Un homme de 49 ans souffre du ventre depuis 1930, douleurs apparaissant 2 h après le repas, l'ayant obligé à réduire son alimentation progressivement jusqu'à l'emploi exclusif des liquides. Ce n'est qu'en 1950, à la suite d'un long traitement médical sans effet, que le radiologue consulté fait le diagnostic d'ulcère du duodénum.

A cette époque, le foie est gros, débordant le rebord costal de 2 à 3 cm. On opère et l'on découvre au niveau du lobe gauche une tumeur du volume d'une tête d'enfant; l'estomac, adhérent, est repoussé par la tumeur vers la gauche. On extériorise la tumeur qui apparaît bosselée, irrégulière, de consistance élastique, unie au lobe hépatique par un pont de tissu étroit et lamelleux; cette pédiculisation en rend l'exérèse facile; l'hémorragie du parenchyme est minime et facilement jugulée. La plaie hépatique qui en résulte est refermée.

A l'examen de la pièce, on trouve des cavités remplies de sang, dont le volume total atteint 250 à 350 cm³. Les coupes précisent la nature de la tumeur : hémangiome caverneux.

Le taux d'hémoglobine, tombé à 46 p. 100 après l'intervention, est aisément ramené à la normale au moyen de quelques transfusions.

Une exploration radiologique pratiquée 1 an plus tard montre une gastro-duodénite mais pas d'ulcère.

R. Gueullette.

R. Bariatti et **A. Dagradi** (Padoue). — **La ligature de l'artère hépatique. Possibilités d'en modifier les suites** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **75**, fasc. 1, 1952, p. 16-28).

Des expériences ont été faites par divers auteurs, les résultats ne concordent pas. Les auteurs ont repris ces expériences en utilisant 65 chiens.

1° Section de l'artère hépatique à 1 cm de son origine : 3 morts dans les 72 h, 2 survies.

2° Section de l'artère hépatique et de ses collatérales : 10 chiens : 9 morts dans les 72 h, une survie de 4 jours.

Au tableau de nécrose constaté précédemment se surajoutent, dans cette 2e série, des aspects d'infarctus hémorragique.

3° Section de l'artère et de ses collatérales suivie de traitement à la pénicilline : 300 000 U par jour pendant 5 jours. 8 chiens ainsi traités ont tous survécu et sont en parfait état 4, 6, 8 mois après l'intervention, sauf 2 qui ont été sacrifiés un mois après pour vérification histologique qui *met en évidence un aspect essentiellement superposable à celui qu'offre le foie normal.*

4° Section des collatérales et anastomose du bout central de l'artère avec la veine porte. Sur 21 chiens : 12 survécurent et 9 moururent dans un délai de 10 h à 5 jours par nécrose aiguë diffuse du foie avec zones étendues d'infarctus hémorragique.

3 animaux sont sacrifiés 30 et 50 jours après l'intervention, et l'examen histologique montre quelques aires d'infiltration œdémateuse, et d'autres de moindre affinité pour les colorants acides, vers la zone centrale du lobule.

5° Même intervention que ci-dessus, mais adjonction de traitement à la pénicilline. 4 survies, 1 mort par thrombose de la veine porte en aval de l'anastomose.

6° Ligature de l'artère hépatique et de ses branches et administration de chloramphénicol. Une mort sur 5 cas, la nécropsie montra des zones de nécrose avec infarctus.

7° Au lieu de chloromycétine on donne un produit sulfamidé (trisulfan) en injec-

tions intra-musculaires. Une mort sur 5 cas avec mêmes constatations nécropsiques que ci-dessus.

8° On ne donne plus d'antibiotiques, mais des facteurs lipotropes (métilan). Les 6 chiens ainsi traités, succombent à une nécrose hémorragique.

L'association d'un traitement à la pénicilline, à la ligature des vaisseaux nourriciers, a permis la survie dans tous les cas.

La suppression de tout apport de sang artériel, pour importante qu'elle soit, n'est pas la seule cause de mort dans la ligature de l'artère hépatique et de ses branches.

Il faut faire une place à la nécrose toxique, relevant d'une action enzymatique d'origine bactérienne. Les germes anaérobies trouvent dans le sang porte, peu oxygéné, un milieu favorable à leur développement. Cl. perfringens jouerait un rôle prépondérant.

Et ceci amène à la conclusion pratique : utiliser largement les antibiotiques dans les jours qui suivent la ligature de l'artère hépatique quelles qu'en aient été les indications.

J. Assali.

William F. Rienhoff Jr. (Baltimore). — **Ligature des artères hépatique et splénique dans le traitement de l'hypertension portale. A propos de 6 cas** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, vol. **88**, n° 4, Avril 1951, p. 368-375).

Ce n'est là qu'une note préliminaire sur la ligature de l'artère hépatique commune seule ou associée à celle de l'artère splénique, comme traitement de l'hypertension portale par obstacle intra-hépatique.

6 malades, atteints de cirrhose de Laënnec, ont été opérés avec succès. 2 observations sont données dans leur détail qui concernent : l'une une cirrhose ascitique, l'autre une cirrhose compliquée de graves hémorragies digestives; le premier malade, opéré en 1947, a repris son travail de barman peu après et se trouve en excellent état depuis 3 ans 1 2; l'autre, après avoir présenté une nouvelle hématémèse, mais de peu d'importance et qui est restée isolée, a également retrouvé une activité normale; 4 mois plus tard, les examens sanguins et humoraux sont satisfaisants; il a été revu en parfait état 1 an après la ligature.

L'auteur, qui a seulement voulu montrer que la ligature des artères hépatique et splénique pouvait être supportée par des malades atteints de cirrhose alcoolique et faisait disparaître, au moins pendant un temps, les manifestations cliniques de l'hypertension portale, se propose, dans un travail ultérieur, d'étudier plus longuement les indications de cette intervention et ses résultats éloignés.

J. Loygue.

F. L. Duschl (Schwenningen a. N.). — **Une observation clinique de vésicule double** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76,** n° 24 *a*, 1951, p. 1728-1734, avec 1 fig.).

Les cas de vésicule double, fréquents dans certaines espèces animales (mouton, chat) sont rares chez l'homme. D. résume les quelques observations qu'il a trouvées dans la littérature, la première datant de 1677 et signée Blasius. En tout 17.

La première étude radiologique est de v. Weiss (1935), qui conclut : *a*) il n'y a vésicule double que s'il existe deux canaux cystiques séparés; *b*) elle ne doit pas être confondue avec la vésicule bilobée, par séparation du bourgeon embryonnaire, qui représente une vésicule à deux cavités diverticulaires avec un seul cystique (disposition plus rare chez l'homme, fréquente chez le chat); *c*) il existe en outre des vésicules à type diverticulaire, par cloisonnement de la lumière, des vésicules à colonnes.

Pratiquement, et radiologiquement, on rencontre la vésicule à deux lobes séparés par une cloison, la vésicule double vraie.

Après une courte étude du développement génétique, D. apporte une observation personnelle.

Il s'agit d'une femme de 42 ans atteinte de coliques typiques, si typiques qu'on ne fait pas d'examen radiographique, et c'est grand dommage. On trouve à l'intervention une première vésicule sans calculs, une seconde adhérente à l'épiploon et

unie à sa voisine par des tractus serrés; on lie une grosse artère cystique, on dissèque les deux vésicules et leur canal cystique commun après exploration du cholédoque. Fermeture sur drain.

L'examen de la pièce montre : l'absence de calculs dans la vésicule principale; l'existence de multiples calculs pigmentaires à facettes dans la seconde; la muqueuse n'est pas altérée; le cystique commun naît de la vésicule principale.

Suivent quelques remarques. Faut-il enlever en pareilles circonstances les deux vésicules ? le problème paraît facile à résoudre. La seconde vésicule accessoire n'est pas toujours reconnaissable; on la découvre parfois seulement sur la pièce. Se méfier de la vascularisation; il peut y avoir une ou deux artères; ne pas laisser une vésicule sans artère. Y a-t-il là une prédisposition à la lithiase ? D. le croit.

On peut comparer cette anomalie avec le rein double. Dans l'un et l'autre cas, s'il y a indication à l'exérèse, il faut enlever les deux organes.

R. Gueullette.

Charles F. Kane, Charles H. Brown et **Stanley O. Hoerr.** — **Papillome de la vésicule biliaire. Rapport de 8 cas** (*The American Journal of Surgery*, vol. **83**, n° 2, Fév. 1952, p. 161-164).

Le papillome vésiculaire est une affection rare puisque rencontrée seulement 8 fois sur une série de 425 000 malades et de 2 000 cholécystectomies. Trois fois le diagnostic en fut porté avant l'intervention, sur l'aspect radiologique, une fois un petit papillome fut perçu au palper au cours d'une gastrectomie; quatre fois enfin, le papillome constituait une découverte d'examen anatomo-pathologique. Trois fois sur huit, il existait une lithiase associée, une vésicule fraise une fois, des lésions de cholécystite chronique deux fois. Aucune symptomatologie particulière n'était imputable à ces papillomes.

Une cholécystectomie est à conseiller dans tous les cas, car il est possible que ces papillomes constituent un état pré-cancéreux.

Lucien Leger.

V. Zaffagnini (Bologne). — **Le sarcome primitif de la vésicule biliaire** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **75**, fasc. 2, 1952, p. 111-153).

La malade qui fait l'objet de cette observation est une femme de 54 ans, sans antécédents dignes d'être retenus. Elle présente une tumeur abdominale droite faisant corps avec le foie, du volume d'une tête de nouveau-né. Cette tumeur fut découverte par hasard 2 mois auparavant, alors qu'elle avait les dimensions d'un œuf. Ses limites sont nettes, sa surface unie, sa consistance élastique. Elle n'est pas douloureuse.

Aucun trouble fonctionnel.

La masse est visible sur une radio sans préparation, mais la vésicule ne s'opacifie pas à la cholécystographie.

Les autres examens (tube digestif, reins, etc...) permettent d'éliminer toute atteinte de ces organes et c'est avec le diagnostic de *suspicion de néoplasie maligne de la vésicule* que le professeur Forni opère (Cholécystectomie sous-séreuse). Grosse vésicule du volume de la tête d'un enfant de 1 an, pleine d'une substance gélatineuse. Le lit de la vésicule saigne abondamment. Pas de ganglions au niveau du hile.

La paroi de la vésicule est de consistance inégale, molle ou franchement dure. Son épaisseur atteint 1 cm en certains points. Les deux tiers de sa face interne sont occupés par une masse charnue.

L'examen histologique conclut à *sarcome polymorphe cellulaire.*

La malade peut reprendre ses occupations pendant 2 ans. Puis apparaissent fièvre, hépatomégalie, amaigrissement. La survie a été au total de 2 ans et 8 mois. L'autopsie n'a pu être faite.

L'auteur s'est livré à un gros travail critique revoyant toutes les observations publiées pour en retenir comme certaines 65, y compris la sienne.

Dans 75 p. 100 des cas, il s'agit de femmes d'âge mûr (maximum entre 50 et 60 ans).

La lithiase biliaire est fréquemment signalée (80 p. 100 des cas) ainsi que l'inflammation de la vésicule.

Le cadre anatomique est caractérisé par un accroissement du volume de la vésicule qui peut atteindre les dimensions d'une tête d'adulte, à parois épaisses et fortement vascularisées On peut distinguer le sarcome circonscrit, le plus souvent localisé au fond de la vésicule : 66,6 p. 100, et le sarcome diffus.

L'accroissement est rapide; les métastases nombreuses atteignent, dans l'ordre de fréquence, le foie, les ganglions régionaux, le péritoine, le grand épiploon, puis les poumons, les reins, le cœur, etc...

Du point de vue histologique on peut distinguer 2 groupes : sarcomes à cellules non différenciées, les plus fréquents (70,7 p. 100) et sarcomes différenciés.

Dans le premier groupe prédomine la variété fuso-cellulaire suivie dans l'ordre par le sarcome à cellules polymorphes, le sarcome à cellules rondes et le sarcome à cellules géantes.

Dans le second groupe, la forme la plus fréquente, est celle à tissu musculaire, suivie par les endothéliomes, les fibro-sarcomes, les lymphosarcomes.

L'histoire clinique permet de relever, dans 41 p. 100 des cas, des troubles rattachables à une maladie de la vésicule.

Les signes attribuables en propre au sarcome — et révélés en général depuis 2 à 6 mois — constituent une triade : tumeur abdominale droite, douleur sourde, continue, amaigrissement; à laquelle peuvent s'ajouter la fièvre, l'ictère, l'hépatomégalie, l'anémie.

La cholécystographie est négative; mais la vésicule par son volume entraîne des changements de forme et de position des organes de voisinage.

Le diagnostic de tumeur maligne est très difficile et celui de sarcome en particulier, pratiquement impossible.

Cependant, tenant compte que le sarcome se présente comme une volumineuse tumeur, parfois irrégulière, de dureté ligneuse, souvent douloureuse, on pourra y penser. Le carcinome ne donne pas de tumeurs aussi volumineuses.

Le traitement chirurgical — cholécystectomie avec ou sans résection du foie — n'a été possible que dans 21 cas sur 37 opérés, avec une mortalité de 42 p. 100. Dans 8 observations faisant connaître la durée de la survie : 5 opérés sont morts dans les 2 à 6 mois; une a survécu 2 ans et 8 mois (observation personnelle), une 10 ans et une encore en vie 10 ans après l'opération.

Des tableaux, une abondante bibliographie accompagnent ce travail : véritable mise au point.

J. Assali.

K. Schulte (Braunschweig). — **Etude critique des maladies de la vésicule et de leur traitement pré- et post-opératoire d'après ma propre expérience des 2 dernières années** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 12, 1952, p. 489-494).

L'après-guerre a amené une recrudescence des affections vésiculaires en Allemagne: le régime alimentaire n'y est peut-être pas étranger. On extirperait, surtout en mai (période des crises), autant de vésicules que d'appendices...

En 2 ans, l'auteur est intervenu 131 fois pour maladie vésiculaire. De l'étude de sa mortalité opératoire, il semble que le risque soit maximum de 40 à 50 ans. La lithiase était en cause dans 76 cas, associée 13 fois à un empyème, 13 fois à une hydropysie vésiculaire.

Calculeuse ou non, la cholécystite doit être opérée de bonne heure afin d'éviter complications locales et générales; et cela reste vrai chez les vieillards que l'on tarde parfois à adresser au chirurgien.

Il y a cependant des cas d'espèce. Au cours de l'empyème ou de la forme phlegmoneuse, il y a lieu d'instituer avant l'intervention un traitement chimiothérapique; de telles vésicules, à parois très épaissies, ne se perforent pas aussi vite qu'un appendice: les opérer trop tôt, c'est s'exposer aux dangers de la péritonite. L'auteur a ainsi perdu 4 malades; depuis qu'il les prépare durant 3 à 4 semaines, il a vu ce pourcentage de décès diminuer. Son traitement pré-opératoire comporte : des enveloppements humides, une alimentation rectale pendant 48 h. puis du thé, des injections duodé-

nales de sérum salé en goutte à goutte (pas de sérum sucré, facteur de gastrite), 60 à 80 000 unités de pénicilline, avec 6 h de suspension nocturne, des injections afin de permettre un sommeil bienfaisant.

Dans les cas légers où l'infection colique prédomine, il donne du Bilival ou de la Felamine, mais pas de sulfamides générateurs d'accidents dyspeptiques.

Dans tous les cas, l'emploi d'atropine par voie orale ou parentale, vise à diminuer les coliques avant l'intervention; mais les opiacés sont à rejeter.

Les malades en état d'ictère sont particulièrement fragiles (3 morts sur 8 opérés ictériques). Aussi demandent-ils des soins pré-opératoires particulièrement attentifs; les enveloppements humides chauds doivent être évités dans les 8 jours qui précèdent l'intervention, afin de ne pas s'exposer à des hémorragies du tissu cellulaire sous-cutané.

En fait de soins post-opératoires, les propositions de l'auteur n'apportent rien de nouveau. 2 cas d'embolie lui ont appris à utiliser préventivement les anticoagulants dans les cas apparemment suspects; si ses malades sont assis et se mobilisent de bonne heure, ils ne sont autorisés à marcher qu'au 9e ou 10e jour.

Malgré tous ces soins, S. a perdu 15 opérés sur 131, dont, précise-t-il, 8 en mai. Mois de malchance ou influence saisonnière fâcheuse ?

R. Gueullette.

L. Lorenzini et **G. Elzenbaum** (Florence). — **De l'action de quelques médicaments sur le dynamisme des voies biliaires extra-hépatiques et du problème de l'anesthésie dans leur exploration manométrique** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **8**, n° 4, Avril 1952, p. 225-236).

Les auteurs ont étudié les drogues les plus couramment utilisées en pratique chirurgicale.

L'association morphine-atropine provoque une augmentation de la pression intra-cystique de 10 à 20 cm d'eau, au-dessus des valeurs initiales.

L'adjonction d'un antihistaminique entraîne une nouvelle ascension de 3 à 4 cm.

L'association scopolamine-antihistaminique n'entraîne pas de modifications notables.

Avec les barbituriques : augmentation des pressions, de 15 à 20 cm d'eau, non influencée par l'administration d'atropine.

L'éther entraîne une légère élévation de la pression, 5 à 6 cm d'eau, et le protoxyde d'azote à 80 p. 100, une élévation négligeable.

Avec la d. tubocurarine, ascension rapide de 6 à 10 cm d'eau, avec retour à la normale en 30 mn.

Les auteurs estiment que « la manométrie per-opératoire perd une grande partie de sa valeur, en tant qu'épreuve fonctionnelle, dans les dystonies des voies biliaires, ne gardant son utilité que dans la révélation des lésions organiques ».

Elle peut rester conforme « à la réalité fonctionnelle quand elle est exécutée sur un organisme libéré des stimuli sus-indiqués (anesthésie, traumatisme opératoire), c'est-à-dire après cholécystostomie et à distance de l'acte opératoire ».

J. Assali.

Louis J. Lester et **Ralph Colp** (New-York). — **La sphinctérotomie dans le traitement des dyskinésies biliaires** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 2, Fév. 1952, p. 168-174).

Dans les dyskinésies du sphincter d'Oddi après cholécystectomie, les auteurs, en l'absence de lésion organique nette, ont réalisé une sphinctérotomie par voie cholédocienne. Mais sur 21 cas, ils ont observé 5 récidives, dues probablement à une section incomplète, et 3 erreurs de diagnostic. Aussi ont-ils abandonné ce procédé au profit de la sphinctérotomie par voie transduodénale, qui leur a donné toute satisfaction depuis 3 ans.

F. d'Allaines.

M. Bufalini (La Spezia). — **Le problème de la réintervention dans la lithiase récidivante du cholédoque** (*Minerva Chirurgica*, an. **7**, n° 3, 15 Fév. 1952, p. 87-92).

46 interventions pour lithiase du cholédoque, 6 réinterventions, telle est la statistique de l'auteur, point de départ de ce travail.

Les insuccès de la cholédocotomie ont été trop généreusement attribués à des sténoses inflammatoires, pancréatites, oddites, dyskinésies, etc... La grande cause réside dans l'oubli de calculs passés inaperçus lors de la première intervention faite d'urgence.

En effet, devant un malade fébrile, ictérique on doit faire le nécessaire, sans plus : drainage du cholédoque, toute manœuvre de recherche étant dangereuse. On étudiera ultérieurement la perméabilité des voies biliaires.

On les trouvera souvent dilatées, allongées et l'on dira : obstacle mécanique. Il n'est pas dit que l'ectasie n'est pas primitive, et ne favorise pas la lithiase en entretenant la stase.

Palpation, exploration instrumentale sont souvent trompeuses. Seule la cholangiographie par la sonde laissée en place donne la certitude. On la pratiquera *à froid*.

Presque toujours le calcul siège à la partie terminale du cholédoque.

La clinique confirme la radiologie : le malade souffre, fait de la fièvre, parfois de l'ictère.

Réintervenir quand tout phénomène inflammatoire a disparu.

Dans les cas de l'auteur, si la découverte du cholédoque a été parfois difficile, le calcul a toujours pu être enlevé par cholédocotomie sus- ou trans-duodénale (5 observations résumées).

J. Assali.

Joel W. Baker et **Joseph J. Koutsky** (Seattle, Washington). — **Le problème de l'exploration de la voie biliaire principale au cours de la cholécystectomie** (*Western Journal of Surgery Obstetrics and Gynecology*, vol. **59**, n° 10, Octobre 1951, p. 495-503, avec 1 fig.).

Ce travail, qui s'appuie sur 376 cholécystectomies pour lithiase vésiculaire, a pour but d'essayer de définir les cas dans lesquels le cholédoque doit être exploré instrumentalement à la recherche d'un obstacle. Un ictère passé ou actuel, une voie biliaire principale dilatée et dont le calibre atteint ou dépasse 1 cm, une pancréatite diffuse sont, pour les auteurs, des indications impérieuses; d'autres sont relatives : symptômes d'angiocholite, calculs de petite taille et cystique dilaté.

Sur ces différentes données, le cholédoque fut incisé et cathétérisé 159 fois; cette exploration fut positive dans 76 cas.

Les auteurs concluent après Ogilvie : « Laisser un calcul dans la voie biliaire principale par défaut d'exploration est un crime, mais explorer systématiquement par routine, pour apaiser son esprit, est le témoignage d'une immaturité chirurgicale. »

La cholangiographie per-opératoire semble complètement ignorée et pourtant ne résout-elle pas ce problème, dans la majorité des cas ?

J. Loygue.

L. Hendus (Leipzig). — **Sur la sténose cholédocienne post-opératoire, ses causes et son traitement** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76**, n. 24 *a*, 1951, p. 1747-1755).

A côté des blessures accidentelles au cours d'anomalies de la voie biliaire accessoire, ou d'interventions difficiles sur le duodénum, le traumatisme causé par la présence d'un drain en T longtemps laissé en place, les troubles de l'irrigation par ligature ou thrombose de l'artère cholédocienne jouent un rôle important dans le développement de la sténose secondaire.

Ces malades ne viennent souvent que tardivement réclamer le secours chirurgical, alors qu'ils sont déjà amaigris, sous-alimentés et atteints d'insuffisance hépatique. Aussi la préparation à l'intervention doit-elle être très poussée (vitamines C, D et K, transfusions), et faut-il s'efforcer de les opérer à l'anesthésie locale. Si l'anastomose bout à bout se montre impossible, il faudra avoir recours à l'un des 3 types d'inter-

ventions suivants : la reconstruction prothétique sur drain, l'implantation biliodigestive, la plastie au moyen d'une anse grêle exclue.

H. relate l'histoire d'un malade chez lequel, à la suite de 3 interventions successives pour sténose consécutive à une cholécystectomie, la guérison put enfin être obtenue par la mise en place d'un drain en T dont les deux branches courtes purent être introduites dans les deux canaux hépatiques, la branche longue dans l'estomac; la guérison se maintient depuis 3 ans.

Discutant de l'intervention à choisir, l'auteur signale sa préférence pour l'anastomose cholédoco-duodénale sur drain suivant la technique de Voelker, toutes les fois qu'elle est possible; elle lui a donné 2 guérisons de 4 ans et 3 ans 1/2; l'anastomose avec l'estomac lui apparaît moins physiologique, et elle a contre elle le danger du reflux alimentaire.

Si les voies biliaires extra-hépatiques sont pratiquement inutilisables, l'opération de Goetz est à recommander, si le duodénum « monte » bien; contre le rétrécissement qui peut se produire, Goetz a proposé un système de « bougirage sans fin » transduodénal et trans-hépatique qui peut rendre des services. Si le duodénum n'est pas mobilisable, c'est à la plastie avec une anse exclue ou non (et dans ce cas complétée d'une anastomose au pied), qu'il convient d'avoir recours en dernier ressort. H. l'a réalisée dans un cas avec un bon résultat datant de 2 ans.

R. Gueullette.

J. Knorre (Giessen). — **Sur la prophylaxie et le traitement des fistules biliaires externes post-opératoires** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76,** n° 24 *a*, 1951, p. 1738-1747).

K. envisage ici la fistule cholédocienne. On sait à quels graves désordres elle conduit : troubles du métabolisme des graisses et amaigrissement considérable, troubles du métabolisme du calcium et du phosphore, diminution de la réserve alcaline et acidose qui mènent à la déminéralisation, à l'ostéoporose et aux fractures spontanées, abaissement du taux de vitamine K et prédispositions hémorragiques, diminution du glycogène par atteinte de la cellule hépatique.

L'auteur étudie 37 cas de fistules cholédociennes, observées en 45 ans au cours de 7 500 opérations biliaires, et les classe suivant leur nature étiologique.

1° Un premier groupe de 18 cas reconnaît pour cause un calcul restant dans la voie principale, accident qui est susceptible de se produire même après une bonne exploration; la cholangiographie l'évitera parfois, mais pas toujours; l'exploration radiologique post-opératoire décèlera l'obstacle; la méthode de Pribram y apportera parfois un facile remède; l'élimination spontanée a été observée, mais il n'y faut pas compter. La réabsorption de la bile *per os* éloignera les désordres graves du côté de l'état général; il n'en faudra pas moins réintervenir de bonne heure après une sérieuse exploration sous l'écran. La tactique variera suivant les conditions; 11 fois le calcul a pu être enlevé par cholédocotomie simple; mais si quelque doute demeure quant à la perméabilité de la voie biliaire, l'anastomose bilio-digestive trouve alors son indication; 5 cholédoco-duodénostomies ont entraîné 2 morts immédiates, et les résultats tardifs ne sont eux-mêmes pas parfaits.

2° Plus graves sont les cas de fistules relevant de blessures ou d'oblitérations accidentelles de la voie principale au cours d'une intervention portant sur l'arbre biliaire ou le duodénum. Immédiatement reconnues, elles doivent être réparées de suite, mais la récidive et la sténose secondaire cicatricielle restent à craindre. Leur traitement est des plus délicats; les essais de prothèse caoutchoutée, les autoplasties ne donnent que de médiocres résultats; la fistulo-entérostomie, la prothèse extra-abdominale (mise en communication de la fistule biliaire avec une fistule du grêle préalablement établie) sont de valeur encore moindre. Le mieux est d'agir sur un segment de la voie biliaire non altéré, et de faire soit une anastomose cholédoco-intestinale, si la lésion est basse, soit une hépatico-entérostomie au moyen d'une anse grêle exclue et remontée au travers du mésocôlon transverse. Le danger de l'infection ascendante semble avoir été exagéré dans ces cas; elle est surtout à craindre si l'anastomose est

étroite et impose une certaine gêne à l'écoulement de la bile. K. a opéré 9 malades, soit 4 hépatico-duodénostomies avec 1 mort, 3 cholédoco-duodénostomies avec 1 mort, 1 fistulo-duodénostomie restée guérie depuis 22 ans, 1 drainage simple du cholédoque. 3 malades seulement eurent une guérison durable; 2 moururent après quelques mois.

Il faut conclure que, malgré toutes les précautions (transfusions, emploi des vitamines C et K), les fistules par blessures accidentelles demeurent d'un pronostic beaucoup plus sévère que celles qui sont le résultat d'un calcul méconnu de la voie principale.

R. GUEULLETTE.

Robert J. Booher et **George T. Pack** (New-York). — **Les récidives des cancers du cholédoque et de l'ampoule de Vater** (*Archives of Surgery*, t. **64**, n° 2. Fév. 1952, p. 224-237, avec 4 fig.).

Il faut reviser l'opinion générale sur l'excision locale pour cancer de l'ampoule de Vater car le nombre de résections secondaires pour récidive *in situ* qu'elle entraîne est plus important que les quelques cas de succès rapportés. Ceci indique que cette intervention est désuète et n'est plus défendable. Les auteurs présentent 1 cas de cancer du bas-cholédoque réséqué par duodéno-pancréatectomie 4 ans 1/2 après excision locale.

A ce sujet, ils font la revue de la bibliographie américaine sur les cancers du bas-cholédoque et sur l'attitude chirurgicale à prendre devant un cancer de la région ampullaire récidivé après excision locale.

F. D'ALLAINES.

PANCRÉAS

H. L. Popper et **H. Necheles** (Chicago). — **Traumatismes du pancréas** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 5. Novembre 1951, p. 621-624).

P. et N. rapportent les résultats expérimentaux obtenus, chez le chien par l'écrasement ou la section du pancréas ou de ses canaux.

La présence d'une petite quantité de sang ou de bile stérile dans le péritoine ne compromet pas la cicatrisation spontanée qui se produit généralement par adhérences épiploïques chez un animal à jeûn avant et après l'opération.

Après un traumatisme de la glande, on constate en effet une inhibition de la sécrétion glandulaire qui dure pendant plusieurs jours et qui favorise le processus de guérison.

La présence de fragments dévitalisés de la glande n'a pas toujours une action défavorable. Il n'y eut de nécrose graisseuse que dans 2 cas sur 6.

2 chiens, chez lesquels la vésicule fut ouverte dans le péritoine, moururent 8 h après l'opération. On constata une péritonite biliaire diffuse, mais pas de nécrose graisseuse.

Ces expériences expliquent la possibilité de guérison spontanée de certains traumatismes du pancréas. Les contusions graves qui inhibent la sécrétion peuvent avoir moins de conséquences que les contusions légères ou les biopsies de la glande. Aussi faut-il, dans ces derniers cas, proscrire l'administration de morphine et les injections intra-veineuses de glucose et d'acides aminés qui stimulent la sécrétion pancréatique, tandis qu'elles ne doivent avoir aucun inconvénient dans les traumatismes graves.

ANDRÉ SICARD.

James R. Thistlewaite (Washington). — **Les effets de la banthine, de la vagotomie et de la gastrectomie subtotale sur la sécrétion du pancréas** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 5. Novembre 1951, p. 616-620 avec 3 fig.).

La gastrectomie subtotale diminue la sécrétion pancréatique par la réduction de l'acidité gastrique et de la formation de sécrétine. La banthine et la vagotomie suppriment l'innervation sécrétoire du pancréas.

T. a vérifié expérimentalement ces données théoriques. Le suc pancréatique a été recueilli chez 12 chiens par une canule introduite dans le canal principal et chez 19 chiens par la méthode de Dragstedt qui consiste à isoler une poche duodénale contenant la terminaison des deux canaux. 8 chiens du 1er groupe et 9 du 2e purent être utilisés.

La banthine administrée par voie intra-veineuse à la dose de 0,3 à 0,5 mg par kg diminue de 20 p. 100 la sécrétion pancréatique et le taux de l'amylase.

La vagotomie est immédiatement suivie d'une diminution de 30 à 50 p. 100 du volume de la sécrétion et de l'amylase. Il persiste une diminution permanente de 20 p. 100. Ce résultat ne paraît pas secondaire à la réduction de l'acidité gastrique.

Aucune indication nette n'a pu être tirée des effets de la gastrectomie subtotale.

Les expériences furent complétées par l'étude du sphincter d'Oddi en plaçant la canule dans le cholédoque.

La banthine et la vagotomie ne modifient pas la résistance du sphincter. Par contre le blocage anesthésique bilatéral de la chaîne sympathique thoracique le paralyse complètement.

La diminution de la sécrétion pancréatique pourrait être avantageusement utilisée dans le traitement des pancréatites. La vagotomie et l'administration de larges doses de banthine méritent d'être essayées.

ANDRÉ SICARD.

William R. Schaffarzick, Harry H. Ferran et **Robert S. McCleery** (Nahsville). — **Étude de l'effet de la vagotomie sur la pancréatite expérimentale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 1, Juil. 1951, p. 9-15, avec 5 fig.).

Mettant en doute la théorie du reflux biliaire dans les pancréatites aiguës, les auteurs ont étudié l'effet de la vagotomie sur la sécrétion du pancréas.

La pancréatite a été obtenue, chez l'animal, par la ligature des deux canaux pancréatiques et une suralimentation très riche en lait. Au lieu de pratiquer la vagotomie et la ligature des canaux en même temps, la section des deux pneumogastriques sous le diaphragme a été faite dans un temps préliminaire variant de 5 à 21 jours pour favoriser la dégénérescence des nerfs.

19 chiens ont été ainsi étudiés. Tous ont eu une biopsie 48 h après la ligature des canaux. Ils ont survécu de 10 à 30 jours, 14 chiens ont servi de contrôle comparatif.

Le taux de l'amylase a augmenté rapidement pendant les 4 jours suivant la ligature des canaux, puis a diminué progressivement. Les lésions pancréatiques ont été toujours beaucoup moins marquées chez les chiens vagotomisés.

Il résulte de ces expériences que les pneumogastriques ont bien un effet stimulant sur l'activité du pancréas et que la vagotomie peut être envisagée comme un traitement éventuel de la pancréatite aiguë.

ANDRÉ SICARD.

Irving Innerfield et **Frank Ciancimino** (New-York). — **Pancréatite aiguë traumatique associée à des fractures multiples** (*New-York State Journal of Medicine*, 15 Mars 1952, p. 744-745).

Une femme de 71 ans fait une chute importante qui détermine des fractures multiples au niveau d'un membre supérieur. Dans les heures qui suivent l'apparition d'un syndrome abdominal sus-ombilical fait faire un dosage de l'antithrombine et de l'amylase sanguine : une élévation de celle-ci à 380 unités et une élévation du taux d'antithrombine font porter le diagnostic de pancréatite aiguë.

La malade guérit par simple traitement médical.

HENRI REDON.

W. Kuhne (Merseburg). — **Sur un double kyste du pancréas et son traitement par anastomose interne** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76**, n° 24 *a*, 1951, p. 1770-1774).

L'anastomose primaire interne a supplanté la vieille méthode de la marsupialisation; le choix de l'anastomose doit rester guidé par la topographie. Les sucs pancréa-

tiques n'ont pas d'effet fâcheux sur les sutures, et la radiologie prouve que le reflux du contenu gastrique dans la cavité kystique n'est pas à craindre, bien que le fait ait été observé par Schranke après une anastomose kysto-jéjunale.

Un garçon de 15 ans a présenté une crise gastrique douloureuse avec vomissements alimentaires, non sanglants. Les douleurs, qui vont croissant durant 15 jours, sont si peu améliorées par le régime et les calmants que l'on en vient à penser à une perforation; l'état général reste cependant satisfaisant.

La palpation révèle une tumeur de l'étage supérieur de l'abdomen, lisse, rénitente, du volume d'une tête d'enfant, sans aucun signe de péritonite. La radiographie montre un estomac normal, déjeté à droite et en avant, le duodénum est sain.

On opère avec le diagnostic de kyste du pancréas probable. On découvre une première tumeur saillante sous le ligament gastro-colique, développée aux dépens de la queue du pancréas, lisse, remontant jusqu'à la coupole gauche; il existe une deuxième tumeur plus petite au niveau de la tête, elle aussi adhérente à l'estomac et au mésocôlon; celle-ci éclate à l'exploration; il s'en écoule 500 cm³ de liquide sanguinolent; sa surface interne apparaît lisse, sa cavité sans communication avec le kyste gauche. On l'anastomose avec la face postérieure de l'antre.

On ouvre l'autre kyste dont on extrait 2 l de liquide laiteux; on trouve, libre dans sa cavité, un nodule représentant un fragment de tissu pancréatique nécrosé, que l'on extrait; on pratique enfin une deuxième anastomose avec la face postérieure de l'estomac.

Dans le fragment prélevé, l'histologiste ne trouve aucun élément suspect de malignité.

Les suites opératoires sont d'abord parfaites; l'examen radiographique ne montre aucun passage dans la cavité des kystes. Un mois plus tard, survient un épisode douloureux, avec subictère, vomissements; on note radiologiquement une distension colique avec déformation de la grande courbure, mais transit normal; tout cède d'ailleurs au traitement. Et la guérison survient, contrôlée 6 mois plus tard. S'est-il agi d'une poussée de pancréatite ? la chose apparaît probable.

R. Gueullette.

J. Erdely (Ceglèd). — **Remarques sur la chirurgie des kystes du pancréas** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76**, n° 24 *a*, 1951, p. 1763-1770).

E. relate 3 observations; la première concerne un cas opéré par kysto-gastrostomie postérieure au thermocautère par voie trans-gastrique et resté parfaitement guéri depuis 10 ans; chez le second malade, âgé de 70 ans, on se trouva en présence d'un énorme kysto-sarcome rétro-péritonéal dont l'exérèse se montra impossible; enfin le 3e cas a trait à une fistule pancréatique d'origine traumatique (coup de feu), avec établissement d'un faux kyste, dont la fistulisation interne se fit spontanément dans l'intestin et amena la guérison.

La technique de Jurasz (que l'anastomose soit faite au bistouri ou au thermocautère) apparaît comme la méthode de choix; 32 interventions relevées avec 25 guérisons sans le moindre incident. L'extirpation semble théoriquement meilleure; mais outre qu'elle est grevée d'une lourde mortalité, elle est inapplicable dans les cas de faux kystes. La marsupialisation apparaît aujourd'hui comme une technique désuète; la fistule n'était jadis pas rare, qu'il fallait traiter secondairement par fistulo-anastomose. On a proposé la destruction de la paroi interne du kyste par les moyens diathermiques, suivie de fermeture sur mèche (1 cas guéri), la cure de la fistule pancréatique par le radium.

Il faut connaître toutes ces méthodes et savoir choisir.

L'opération de Jurasz semble devoir être préférée dans la grande majorité des cas, malgré les reproches qu'on a pu lui faire (infection, suppuration, réactivation des ferments, reflux intra-cavitaire). La marsupialisation garde sa place dans les formes de kystes infectés.

R. Gueullette.

Claude C. Blackwell (Birmingham). — **Tumeur insulaire du pancréas avec hyperinsulinisme** (*The American Journal of Surgery*, vol. **83**, n° 2, Fév. 1952, p. 165-169).

Homme de 44 ans hypernerveux, présentant des troubles respiratoires, de la pâleur, et, lors des crises, une difficulté d'idéation et d'expression, tous symptômes qui s'exagèrent dans les périodes où le malade a faim, soit dans le milieu de la matinée, le milieu de l'après-midi et tard dans la soirée.

En Août 1948, il présente une perte de connaissance, survenant au cours de la marche, suivie de gesticulations, d'incohérence de la parole, de perte d'urine, troubles qui cédèrent au bout de 8 h avec amnésie totale. Nouvelle attaque identique en Juillet 1949, d'une durée de 1 h 1/2, soulagée par l'ingestion d'une boisson sucrée.

L'étude de la sécrétion pancréatique externe s'est révélée tout à fait normale. Un test de sensibilité à l'insuline est exécuté par injection sous-cutanée de 5 unités de ce produit. La glycémie tombe de 90 cg p. 1 000 à 47, au bout de 1 h; 41 au bout de 2 h; 43 au bout de 3 h. En même temps une perte de connaissance s'établit qui nécessite l'ingestion de 50 cm³ d'une solution glucosée à 50 p. 100.

Intervention le 27 Septembre 1949. Abord du pancréas qui paraît normal, décollement duodéno-pancréatique afin d'explorer la face postérieure de la tête du pancréas sur laquelle on trouve une tumeur arrondie, ferme, rouge, de 1 cm de diamètre que l'on résèque. Histologiquement, cette tumeur est constituée presque entièrement de cellules insulaires.

Avant l'opération, la glycémie est à 55 cgr, 1 h après elle montait à 172 cg et 2 h après à 210 cg, puis retour à la normale. Il n'y eut pas besoin de pratiquer d'insulinothérapie post-opératoire. Guérison définitive.

LUCIEN LEGER.

A. Senff (Gifhorn). — **Tumeurs pancréatico-duodénales considérées comme « entité chirurgicale », et à propos d'un cas de résection de cancer de la tête du pancréas resté guéri depuis 5 ans** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **76**, n. 24*a*, 1951, 1760-1763).

Leur traitement chirurgical fait apparaître que les lésions néoplasiques de la papille, de la portion terminale des voies biliaires, de la tête du pancréas peuvent être considérées comme une véritable « entité chirurgicale ».

L'intérêt majeur est d'agir vite, avant que l'extension du processus tumoral n'ait atteint les gros vaisseaux du voisinage et rendu ainsi l'exérèse impossible.

Les méthodes de diagnostic différentiel entre ces différentes variétés de cancers sont restées très imparfaites. De l'étude minutieuse de leur symptomatologie, on peut noter, à côté de l'ictère, et comme signes d'alarme : la douleur médio-abdominale, de caractères d'ailleurs assez imprécis, la rapide perte de poids; la distension vésiculaire (2/3 des cas), le gros foie ne viennent qu'ensuite, et plus tardivement encore les troubles du métabolisme.

Ne demandons pas trop de précisions à la clinique, car opérer de bonne heure, c'est entreprendre une intervention plus simple et moins dangereuse, et surtout plus efficace.

Tous les ictères s'accompagnant d'une chute rapide de l'état général devraient être envoyés au chirurgien, sans qu'un temps précieux ne soit perdu à discuter l'hypothèse d'un ictère hépato-cellulaire. La laparotomie précoce nous permettra de sauver beaucoup de malades, que tout retard rendrait incurables.

C'est ainsi que chez un malade opéré précocement, S. a pu réséquer un cancer de la tête du pancréas en conservant le cadre duodénal dont il fut possible de respecter l'irrigation; et cet opéré reste guéri depuis 5 ans.

R. GUEULLETTE.

RATE

A. Eckart (Berlin). — **Hémangiomatose diffuse de la rate et de la peau** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 7, 1952, p. 263-270, avec 4 fig.).

Une femme avait été opérée dans son jeune âge et successivement à 1, 4, 6 et 8 ans de nodules cutanés du membre inférieur droit, que l'on avait considérés comme

fibromes, puis hémangiomes, sans que toutefois des examens histologiques fussent pratiqués; à 9 ans elle avait dû porter une chaussure orthopédique en raison d'un raccourcissement du membre inférieur droit; plus tard elle fit au même membre des phlébites avec thromboses. A la puberté, elle présenta 2 jours avant ses règles et dès la fin de celles-ci de très vives douleurs diffuses de l'abdomen avec irradiations dans le membre inférieur droit. Brusquement à 32 ans, elle ressentit une douleur excruciante sous le rebord costal gauche, et mourut quelques heures plus tard.

E. rapporte le long protocole d'autopsie, qui a mis en évidence des lésions d'hémangiomatose diffuse de tout le membre inférieur droit; il y avait dans le péritoine 3 l de sérosité sanglante; la capsule splénique épaissie présentait une déchirure au voisinage du hile, et la rate contenait un hématome du volume d'un poing d'enfant; le tissu splénique était lui-même très altéré; il existait d'importantes lésions du foie. La conclusion était : hémangiomatose de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané du membre inférieur et de la fesse droite, avec grosse stase veineuse et distension éléphantiasique du membre; hémangiomatose diffuse de la rate avec petites déchirures capsulaires et grosse hémorragie intra-péritonéale; lésions de dégénérescence graisseuse du foie, très réduit dans son volume; foyers cirrhotiques du lobe droit. 4 microphotographies de la peau, de la rate et du foie sont longuement interprétées.

A l'occasion de cette observation, l'auteur rappelle la classification de Virchow en angiomes caverneux (circonscrit ou diffus) et angiomes simples ou télangiectasie, parmi lesquels il faut faire entrer les naevi vasculaires; ce deuxième type peut d'ailleurs évoluer secondairement vers l'angiome caverneux.

L'hémangiome de la peau est le plus souvent congénital et souvent associé à des malformations (angio-éléphantiasis).

Les angiomes des organes internes se voient surtout au niveau du foie, du rein, de la rate.

E. discute ici l'élément héréditaire (un frère de la présente malade était lui-même atteint d'angiome), de la fréquence et de la multiplicité des métastases (notamment pulmonaires).

R. Gueullette.

GLANDE SURRÉNALE

S. Petkovic (Belgrade). — **Le cortico-surrénalome malin physiologiquement indifférent** (*Journal d'Urologie*, **57**, n° 10, 1951, p. 630-636, avec 3 fig.).

La malade (60 ans) a découvert, il y a près de 3 mois, une tumeur dans son flanc gauche, tumeur qui depuis a augmenté notablement de volume. Pesanteur abdominale, rarement douleur aiguë, irradiations transversales. Perte de poids de 10 kg. La malade ne présente aucun signe de trouble endocrinien. La tumeur mobile peu sensible, à contact lombaire, a le volume d'une tête d'enfant. La pyélographie montre que le rein gauche est abaissé, repoussé vers la ligne médiane, à la fois incliné et tordu; ses cavités sont un peu dilatées. La sonde n'en ramène pas d'urine. L'urine contient 10 leucocytes et 20 hématies par champ microscopique. Tension artérielle 16-10, urée sanguine 0,40 g. Légère déficience de la fonction globale des reins, à l'épreuve de concentration. On pense à une tumeur rénale. Ablation de la tumeur, non sans une vive hémorragie qui contraint à lier le pédicule rénal et à enlever simultanément le rein. Guérison en 3 semaines.

La tumeur très vascularisée possède une capsule qui ne s'est pas isolée facilement du tissu environnant, d'où l'hémorragie observée. A la coupe, sa couleur bigarrée rappelle celle des hypernéphromes. On ne trouve pas trace de surrénale. Histologiquement, cellules avec une atypie prononcée, tendance à la structure trabéculée, pauvreté du stroma : *cancer d'origine cortico-surrénale.*

20 mois après l'opération la malade se porte bien et a engraissé notablement. Urée sanguine: 0,0 g. Tension artérielle : 15-10.

Il n'a encore été publié que quelques observations de ces cancers physiologiquement indifférents de la surrénale. Ils simulent une tumeur du rein. Ils apparaissent surtout sur des sujets âgés de 50 à 60 ans, âge où l'activité sexuelle est déjà amoindrie. Chez la femme, où ils sont plus fréquents, on ne les voit qu'après la ménopause. Ce sont des tumeurs très malignes exposant fort aux métastases et aux récidives. La tumeur, à développement rapide, en est le symptôme le plus fréquent et souvent le seul. L'hypertension est rare. Jamais d'hématurie, ce qui les distingue des tumeurs rénales. Le rein

correspondant est déplacé, ses cavités, dilatées, restent assez régulières; sa fonction peut être troublée ou presque normale. Le côlon (lavement baryté) garde un contour net. Il est difficile de distinguer ces tumeurs des tumeurs para-rénales. L'élimination des 17-cétostéroïdes reste normale. Le traitement, uniquement chirurgical, consiste à enlever la tumeur en ne sacrifiant le rein que si on s'y trouve obligé (hémorragie, désir d'une large ablation), car la propagation au rein est longtemps absente. La voie lombaire (incision de Fey, de Chevassu) et la voie transthoracique peuvent être employées. Parfois le choc post-opératoire est marqué : hypotension par insuffisance surrénale du côté opposé, à traiter par le désoxycorticostérone. Les résultats obtenus par l'opération sont médiocres, les longues survies rares.

G. Wolfromm.

J. Hartwell Harrison, George W. Thorn et **M. G. Criscitiello. — La surrénalectomie totale bilatérale dans l'hypertension maligne et la néphrite chronique : étude préliminaire** (*The Journal of Urology*, vol. **67**, n° 4, Avril 1952, p. 405-410).

Par la surrénalectomie bilatérale, on élimine autant que l'on peut les facteurs de la rétention du sodium, les substances à action semblable à celle de la désoxycorticostérone, tout en permettant par la thérapeutique hormonale de substitution une activité modérée. Un tel traitement n'a été appliqué qu'à des malades au-dessus de toute autre thérapeutique, dont l'espérance de vie est très brève. Depuis 10 mois, 14 malades ont été sélectionnés, 9 sont atteints d'hypertension maligne, 5 de néphrite chronique avec hypertension; sur les 13 surrénalectomies totales, il y eut 4 décès, 2 par insuffisance rénale et 2 de complication cardiaque; il reste 9 survivants dont 7 sont très améliorés, subjectivement et objectivement.

Il est préférable de pratiquer la surrénalectomie bilatérale en un temps, ce qui a été fait 6 fois. Chez 7 malades, l'intervention a eu lieu en 2 temps. On prépare les malades par le régime sans sel, la digitaline et les sédatifs et toutes mesures correctrices du déséquilibre des électrolytes. La préparation hormonale comporte l'injection de 100 mg de cortisone, la veille et le matin de l'intervention. Pendant celle-ci, perfusion de 100 à 200 cm³ d'extrait cortico-surrénal et de 20 à 50 mg de néosynephrin. Pendant 48 h, injection toutes les 6 h de 50 mg de cortisone, dose qui est réduite progressivement à 37-25 mg de cortisone. On évite les troubles de la carence sodique en ajoutant d'une façon mesurée du chlorure de sodium au régime et en administrant 1 mg de désoxycorticostérone par jour. L'équilibre n'est atteint qu'après des études prolongées.

L'intervention a eu lieu sous rachianesthésie continue, sur le malade en position ventrale, les membres inférieurs inclinés de 20°. On commence par la surrénale gauche, la plus accessible, après résection de la 11ᵉ ou de la 12ᵉ côte, par voie extra-pleurale. Il faut prendre garde de ne pas déchirer la glande, d'assurer une hémostase rigoureuse. Si l'état de l'opéré est satisfaisant, on procède immédiatement à l'ablation de l'autre glande.

L'amélioration subjective est constante et durable; le cœur diminue de volume, la capacité vitale augmentée l'hépatomégalie régresse, l'œdème disparaît, le poids diminue. La chute tensionnelle est inconstante, le fond d'œil n'est pas modifié, l'insuffisance rénale n'est pas améliorée; la constatation d'une azotémie pré-opératoire à 0,50 est une contre-indication formelle à l'intervention. Le test de Thorn montre l'absence de toute fonction surrénalienne.

Il semble que l'action de la surrénalectomie bilatérale soit due à ces modifications du métabolisme du sodium.

P. Aboulker.

APPAREIL URINAIRE

A. Loizzi (Bari). — **Migration exceptionnelle d'un calcul du rein** (*Archivio Italiano di Urologia*, vol. **25**, fasc. 4, 1951-1952, p. 235-244, avec 6 fig.).

Il s'agit de la migration d'un calcul oxalique mûriforme à travers la corticalité du pôle supérieur du rein gauche. A l'intervention qui montre une péri-néphrite marquée,

on voit le calcul qui a perforé le diaphragme. La néphrectomie est suivie d'un pneumothorax gauche. Suites opératoires normales après fermeture de la brèche pleurale et aspiration de l'air.

PIERRE ABOULKER.

B. Levant et **B. J. Feldman.** — **Rupture traumatique de la tumeur de Wilms** (*The Journal of Urology*, vol. **67**, n° 5, Mai 1952, p. 629-633, 1 fig.).

Quand des signes de contusion rénale sont observés après un léger traumatisme, il faut soupçonner une lésion pré-existante du rein.

OBSERVATION 1. — Une petite fille de 6 ans fait une chute de sa hauteur sur une bouteille. Elle est mise en observation pendant plusieurs jours et on constate une masse abdominale rétropéritonéale droite, avec déformation radiographique du calice supérieur. L'intervention montre que le rein droit est le siège d'une tumeur du pôle supérieur, qui quadruple le volume du rein. Elle adhère à la surrénale, au diaphragme et à la veine cave inférieure. L'exérèse est incomplète. L'examen anatomique reconnaît un lymphoblastome. Malgré la radiothérapie, métastases pulmonaires à droite, puis à gauche.

OBS. 2. — Garçon de 7 ans qui se plaint du ventre après une chute. On sent une masse du flanc gauche qui déplace le côlon et le diaphragme. L'intervention montre une énorme tumeur que l'on renonce à enlever. L'examen histologique reconnaît une tumeur de Wilms. Après plusieurs séances de radiothérapie et diminution de la masse, néphrectomie. (Cet article aurait dû être intitulé : *Découverte d'une tumeur de Wilms à l'occasion d'un traumatisme.*)

PIERRE ABOULKER.

André Dufour (Paris). — **La néphrectomie partielle** (*Journal d'Urologie*, t. **57**, n° 10, 1951, p. 606-657, avec 11 fig.).

Il s'agit là d'un sobre et clair résumé du remarquable rapport présenté par l'auteur au XLV^e^ Congrès français d'Urologie (Septembre 1951). La néphrectomie partielle jouit d'une faveur très rapidement croissante surtout durant ces dernières années. Il est actuellement connu 750 observations de néphrectomie partielle. Le rapport de D. s'appuie sur 126 observations reçues ou publiées depuis 1949.

Cette opération (l'héminéphrectomie d'un rein double, en fer à cheval, sigmoïde ou concrescent étant exclue) comprend un *type mineur*, résection minime de parenchyme sans ouverture des cavités excrétrices (kystectomies, néphrectomies partielles de bordure) et un *type majeur*, la néphrectomie partielle vraie qui enlève plus de 12 g de parenchyme (10 g chez la femme) avec ouverture habituelle des cavités excrétrices.

L'auteur expose les données expérimentales sur lesquelles se base cette opération : cicatrisation du parenchyme rénal; exécution technique (incision, hémostase temporaire et définitive, conditions exposant aux fistules urinaires); retentissement sur la fonction rénale (hypertrophie compensatrice, état ultérieur de la fonction rénale); retentissement sur l'organisme; seuil vital de la néphrectomie partielle : une résection raisonnable ne comporte pas l'ablation de plus des 2 5 du parenchyme d'un rein unique.

Puis, D. après avoir rappelé les conditions anatomiques de l'opération (état du hile du rein, de son sinus, de son pédicule vasculaire, de sa vascularisation artérielle et veineuse et de son appareil pyélo-caliciel), en expose la réalisation technique, soins pré, per et post-opératoires, conduite des diverses manœuvres opératoires. Avant de s'attaquer au parenchyme, le rein, largement exposé et bien extériorisé par l'incision du type qui paraît le plus favorable est soigneusement exploré, au double point de vue de l'état de son parenchyme, de sa voie excrétrice principale (elle doit avoir gardé toute son intégrité), de son pédicule.

L'auteur règle ensuite les conditions de la section du parenchyme suivant qu'il s'agit d'une résection polaire, la plus souvent pratiquée, ou de la résection médio-rénale, d'un emploi bien plus rare, les conditions de l'hémostase préalable (le clampage pédiculaire n'est pas sans inconvénients) et de l'hémostase définitive directe (ligature à distance, ligature *in situ*, électro-coagulation sur pince, la section au bistouri électrique, plus exsangue sans doute que l'incision au bistouri, expose aux hémorragies secondaires) et indirecte (divers modes de suture du parenchyme, interposition de matériel hémostatique).

L'opération se termine par un temps de réparation qui comporte la suture du parenchyme rénal et le traitement des cavités qui peuvent être drainées (danger de fistule peut être rendu plus grand), laissées ouvertes sous les valves parenchymateuses rapprochées, ce qui n'est possible que s'il s'agit des calices, car le bassinet ouvert doit être suturé.

Le traitement du parenchyme peut revêtir des modalités diverses. Dans les néphrectomies partielles mineures, on peut recourir à la suture directe ou à la couverture plastique; dans les néphrectomies partielles majeures, en cas de section cunéiforme la coaptation des lambeaux peut se faire par suture directe ou par cerclage. En cas de section plane, on peut s'abstenir de suturer ou recourir à la couverture plastique (graisse, muscle, aponévrose).

En fin d'opération, il faut avoir soin de fixer le moignon qui tendrait à basculer : hamac cellulo-graisseux sous-rénal, surjets triangulaires sur chacune des faces rénales, ou néphropexie capsulaire. Il sera fait sous drainage une réfection de la paroi assez soigneuse pour permettre le lever précoce.

La mortalité opératoire est pour D. de 2,8 p. 100 (736 cas), pour d'autres auteurs, elle serait de 8,8 p. 100 (1 807 cas). L'hémorragie immédiate, secondaire ou tardive est de plus en plus rare. Aucune hémorragie sur les 111 cas colligés par l'auteur, mais 8 fistules (7,4 p. 100), dont 4 ont contraint à une néphrectomie totale secondaire. Les fistules purulentes ne sont à craindre que si l'on draine les cavités rénales; au bout de 1 mois, elles exigent une intervention sur le foyer de suppuration.

L'auteur termine son rapport, en étudiant les applications de la néphrectomie partielle à la lithiase rénale, à la tuberculose rénale et à d'autres affections telles que les hydronéphroses et pyonéphroses partielles, les diverticules caliciels, les formations kystiques rénales et certaines autres lésions circonscrites du parenchyme : anthrax et abcès corticaux du rein, tumeurs solides bénignes, tumeurs paranéphrétiques (observations rares), ruptures du rein, infarctus du rein. Il ne saurait être question, malgré quelques observations favorables, de traiter les tumeurs malignes du rein autrement que par la néphrectomie totale élargie.

La néphrectomie partielle, qu'un recul insuffisant empêche encore de juger catégoriquement, paraît une excellente intervention sous la condition formelle que les indications en soient rigoureusement pesées, en particulier quand il s'agit d'agir sur un rein unique. Si le malade possède un second rein et qu'il soit suffisant, il y a peu d'inconvénients à se risquer à une néphrectomie partielle; en cas d'échec restera la ressource de la néphrectomie totale.

Le plus souvent, on sera étonné de la simplicité des suites de la néphrectomie partielle et de l'excellence de ses résultats éloignés. Elle constitue un important progrès thérapeutique.

Une bibliographie complète de 1920 à 1951 termine ce magnifique travail, dont il faut déplorer de ne pouvoir donner ici qu'un exposé squelettique.

G. Wolfromm.

E. Mingazzini. — **Indications de la néphrectomie partielle** (*Gazzetta internazionale di Medicina e Chirurgia*, an. **56**, vol. **56**, n° 5-6, 15-31 Mars 1952, p. 287-292, avec 4 fig.).

Bref rappel des indications de la néphrectomie partielle que M. a pratiquée 11 fois pour des lésions du pôle supérieur, 4 fois pour atteinte du pôle inférieur, avec guérison dans tous les cas. Il ne précise pas les lésions rénales qui légitimaient les interventions.

Pierre Aboulker.

Eldon L. Caffery et **M. M.** et **M. M. Musselman** (Eloise, E.-U. A.). — **Fistule duodénale après néphrectomie droite** (*The Journal of Urology*, vol. **67**, n° 2, Fév. 1952, p. 137-142, avec 4 fig.).

Après les interventions sur le rein droit, on voit dans 7 p. 1 000 des cas une fistule duodénale. La néphrectomie droite est responsable de 18 p. 100 des cas de fistules

duodénales. Cette fistule toujours latérale est reconnue par l'issue de liquide bilieux et la digestion des tissus, elle est confirmée par la radiographie. Les troubles généraux d'allure rapide et grave sont dus au déséquilibre des électrolytes, avec hypochlorémie, hypopotassémie et alcalose, déshydratation. Il faut combattre les troubles en mesurant les pertes liquidiennes et en les remplaçant par des injections salines et glucosées à parties égales, en ajoutant 1 à 2 g de chlorure de potassium par litre. Le traitement dépend des examens biologiques, chlorémie, réserve alcaline, dosage de l'urée, potassémie. La prévention de la digestion de la paroi peut être assurée par la protection de la peau, l'aspiration continue, la neutralisation chimique des sucs digestifs. Le seul traitement chirurgical est l'établissement d'une jéjunostomie pour assurer l'alimentation du malade.

C'est ce traitement qui a été appliqué chez une femme de 42 ans, chez qui, au cours d'une néphrectomie droite pour pyonéphrose calculeuse, on blesse le duodénum. Malgré une suture en 3 plans la fistule duodénale se manifeste 3 jours plus tard. Après échec des tentatives de passage d'un tube duodénal poussé au-delà de la fistule, à la 5e semaine, jéjunostomie qui amène une amélioration très nette, puis la guérison complète 3 semaines plus tard, à la 9e semaine après la néphrectomie.

PIERRE ABOULKER.

Arthur J. Mc G. Cathro (Birmingham, Angleterre). — **La section de la veine cave inférieure dans le traitement de l'uretère rétro-cave** (*The Journal of Urology*, vol. **67**, n° 4, Avril 1952, p. 464-475, 5 fig.).

Chez un homme de 40 ans se plaignant de douleurs du flanc droit, une pyélographie montre la déformation de l'uretère droit caractéristique de sa position derrière la veine cave inférieure. Il existe une hydronéphrose. L'intervention confirme le diagnostic ; l'uretère passe derrière la veine cave inférieure à la hauteur de la 3e lombaire. On sectionne entre 2 ligatures la veine, l'uretère est libéré et remis en position normale sur le psoas. Au 18e jour, thrombose de la veine saphène interne à droite. Sortie de l'hôpital au 24e jour. Revu après 3 mois, l'opéré a un léger œdème de la cuisse, l'hydronéphrose diminue de volume. Cet œdème a disparu 6 mois après l'intervention, l'image rénale est la même qu'au précédent examen. La section de la veine cave inférieure est le procédé de choix quand il s'agit de l'uretère d'un rein unique, quand la veine cave inférieure est dédoublée. La suture termino-terminale des deux extrémités sectionnées de la veine cave après libération de l'uretère serait un procédé recommandable.

PIERRE ABOULKER.

R. Ubelhor (Wien). — **Le traitement opératoire des sténoses urétérales au cours du cancer de l'utérus** (*Der Krebsarzt*, vol. **7**, n° 3-4, 1er Avril 1952, p. 105-110, avec 2 fig.).

Les sténoses urétérales au cours du cancer de l'utérus se montrent dans des conditions étiologiques très variables, suivant qu'il s'agit d'un envahissement néoplasique ou d'une réaction cicatricielle post-opératoire; U. en expose les différentes variétés, précisant leur pronostic et les possibilités thérapeutiques à envisager.

Il ressort de son étude que la réparation chirurgicale s'impose dans de nombreux cas, toutes les fois que la dilatation n'a pu suffire au rétablissement du transit urinaire.

Dans tous les cas où il n'y a pas à craindre d'envahissement de la vessie, c'est, suivant l'auteur, à l'anastomose urétéro-vésicale qu'il faut donner la préférence; celle-ci peut se faire par implantation ou par anastomose latéro-latérale. Après quelques remarques sur la technique de l'implantation, U. expose sa propre méthode d'anastomose latéro-latéale, dont l'intérêt majeur semble être, mieux que ne le montrent 2 figures imparfaites, dans une exacte péritonisation.

R. GUEULLETTE.

G. Nicolich. — Uretéro-cystonéostomie pour fistule urétéro-vaginale post-opératoire. Résultats immédiats et après 4 mois, avec quelques considérations sur le reflux vésico-urétéral (*Gazzette internazionale de Medecina e Chirurgia*, an. **56**, vol. **56**, n° 5-6, 15-31 Mars 1952, p. 292-300, 2 fig.).

Femme de 52 ans, opérée pour cystocèle, rectocèle et prolapsus utérin par hystérectomie vaginale et colpo-périnéorraphie. Fistule urétéro-vaginale apparue une semaine après opération. Intervention 3 semaines plus tard par voie médiane sous-ombilicale, transpéritonéale. Urétéro-néo-cystostomie dont l'orifice vésical est près du dôme. Extra-péritonisation de l'anastomose. Guérison opératoire, confirmée 4 mois plus tard. Pas de reflux vésico-urétéral. La contraction de la musculature vésicale qui entoure l'uretère empêche le reflux malgré l'absence de valvule ostiale.

PIERRE ABOULKER.

Roger Couvelaire. — La cystectomie trigonale (*Journal d'Urologie*, **57**, n° 10, 1951, p. 658-692, avec 1 fig.).

La cystectomie trigonale comporte l'ablation d'un large segment annulaire de la vessie et sacrifie avec lui les trois orifices qui débouchent dans cet organe. Seul est

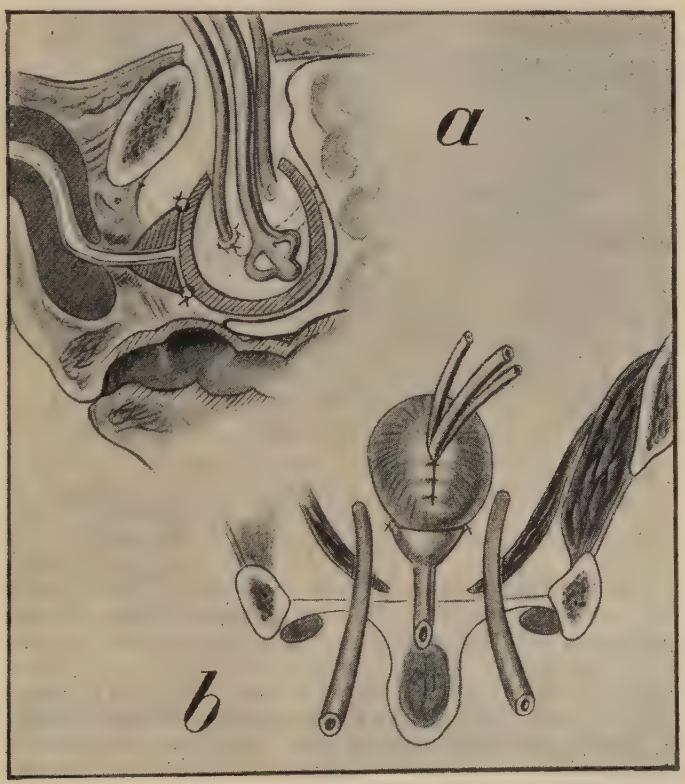


Fig. 1. — Cystectomie trigonale chez l'homme avant « trocardisation » du dôme vésical restant.

conservé le dôme vésical, dûment abaissé et dans lequel ont été réimplantés les deux uretères. Ce sac d'abord complètement clos, à l'exception de l'orifice par lequel sortent à l'hypogastre trois sondes de drainage temporaire (une sonde vésicale de Malecot

et deux sondes urétérales) rend secondairement issue à l'urine vers le bas, grâce à une perforation, à une « trocardisation » à travers ce qui a été conservé de l'urètre (et du bec prostatique) chez l'homme, à travers un néo-urètre, créé, grâce à une ingénieuse technique personnelle de l'auteur, chez la femme.

D'un sexe à l'autre, vis-à-vis d'une tumeur vésicale du moins, le sens de l'opération diffère. *Chez l'homme*, la cystectomie trigonale, apparentée aux cystectomies totales, prend figure d'opération *curatrice* et partage le pronostic opératoire de ces cystectomies. Elle comprend, en effet, l'extirpation d'une large lame cellulo-lymphatique, entraînant avec elle toute la chaîne ganglionnaire iliaque externe et la chaîne hypogastrique qui suit l'éventail des branches viscérales. *Chez la femme*, la cystectomie

Fig. 2. — Cystectomie trigonale chez la femme, avant « trocardisation » du dôme vésical restant, mais après constitution d'un néo-urètre (R. Couvelaire).

trigonale, apparentée aux cystectomies partielles, n'extirpe que le segment pariétal qui porte la tumeur et prend figure d'opération *palliative bénigne*. A part une courte contre-incision sus-pubienne, elle se fait par voie basse, mais exige le sacrifice total de l'urètre.

La cystectomie trigonale doit et peut, convenablement exécutée, réaliser vis-à-vis du dôme vésical, « isolé » et abaissé, les quatre conditions suivantes : respecter sa vitalité, sa contractilité, sa continence et lui laisser une capacité suffisante. L'opération n'est naturellement possible que si le dôme vésical est utilisable, c'est-à-dire indemne de toute lésion néoplasique. Elle rétrécit le champ des indications de la cystectomie totale lorsque celles-ci sont tirées de la topographie juxta-cervicale et juxta-urétérale des lésions.

Les indications de la cystectomie trigonale seraient les suivantes : *chez l'homme*, quelques cancers prostatiques — après œstrothérapie — évoluant vers le trigone et les voies séminales; quelques scléroses du col ou des méats urétéraux après irradiation de tumeurs vésicales : c'est alors à la fois opération de sécurité vis-à-vis du cancer,

de protection vis-à-vis de la fonction rénale; *chez la femme*, les tumeurs malignes de l'urètre, les radionécroses secondaires à l'irradiation d'un cancer du col utérin. Ces indications fort limitées n'ont donné à l'auteur l'occasion de pratiquer que 10 fois en 5 ans cette intervention. Il publie les observations de 5 de ces cas dont les résultats furent les suivants : une mort subite opératoire de cause non élucidée, une mort au bout de 13 mois par métastases hépatiques et péritonéales, une survie de 4 ans, une survie de 14 mois. Un cas est trop récent pour être jugé.

L'auteur décrit dans tous ses détails la technique de l'intervention chez l'homme et chez la femme, ainsi que les divers soins pré-opératoires et post-opératoires nécessaires. Nous regrettons fort de ne pouvoir les exposer, même sommairement, ici. Il faut les lire dans le texte original, peut-être un peu concis, mais rédigé avec le brio et la clarté habituels à l'auteur. Ce travail est illustré de 31 excellentes figures. Deux sont ici reproduites : elles montrent, schématiquement, ce qu'est l'opération chez l'homme et chez la femme, avant la « trocardisation » du dôme vésical.

G. Wolfromm.

L. Cifuentes Delatte. — **Les fistules recto-urétrales congénitales et leur traitement chirurgical** (*Minerva Urologica*, an. **4**, n° 1, Janv.-Fév. 1952, p. 21-22).

Il s'agissait de 2 malades, un âgé de 20 ans et l'autre de 6 ans, nés avec une imperforation anale et opérés dès la naissance. Il existait une fistule recto-urétrale, entretenant l'infection urinaire. Le diagnostic fut fait par urétrographie. La technique opératoire suivie fut des plus simples. Après préparation soigneuse de l'intestin par les sulfamides et les antibiotiques, on peut se passer de cystostomie et de colostomie. Incision périnéale qui mène sur la fistule, celle-ci est très courte, véritable adossement de l'urètre et du rectum. Séparation des deux organes, suture très soigneuse des deux orifices, entre lesquels on interpose les bords internes des releveurs de l'anus que l'on rapproche. La guérison opératoire fut simple et complète.

Pierre Aboulker.

E. Lino (Palerme). — **Cancer primitif de l'urètre chez l'homme** (*Archivio Italiano di Urologia*, vol. **25**, fasc. 3, 1951, p. 192-207, avec 6 fig.).

Homme de 51 ans, ayant contracté la syphilis et la blennorragie vers l'âge de 20 ans. A 35 ans, tabes traité avec succès par la malariathérapie. Depuis 1 an dysurie, écoulement urétral, induration du gland que l'on qualifie de gomme. Malgré le traitement spécifique, pas d'amélioration. A l'examen, le gland est augmenté de volume, écoulement urétral sanieux et sanglant. Le cathéter bute à quelques centimètres. On pratique l'amputation de la portion pénienne de la verge. A l'examen histologique, il y a un épithélioma à cellules cylindriques et polyédriques, des zones nécrotiques, des lésions leucoplasiques de la muqueuse urétrale. A l'occasion de cette observation, revue générale des théories pathogéniques des tumeurs malignes.

Pierre Aboulker.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

J. E. Colon (Porto-Rico). — **Cancer du pénis** (*The Journal of Urology*, vol. **67**, n° 5, Mai 1952, p. 702-708, avec 5 fig.).

Les 145 cas observés en une période de 11 ans ne présentent aucune particularité notable. L'âge moyen des malades est 65 ans, un cas a été vu chez un homme de 22 ans. Dans un cas il y avait des métastases dans la 4e vertèbre lombaire, vraisemblablement par voie veineuse (communication des veines pelviennes avec les plexus péri- et intrarachidiens). Le traitement a été éclectique : radiations dans les lésions limitées, amputation dans les cas plus avancés avec curage ganglionnaire inguinal bilatéral. C'est ce traitement qui a donné les meilleurs résultats éloignés.

Pierre Aboulker.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

B. Tagliapietra (Venise). — **Les tumeurs thécocellulaires de l'ovaire** *Rivista Italiana di Ginecologia*, vol. **34**, fasc. 6, 1951, p. 510-527).

L'auteur rapporte d'abondantes références bibliographiques, discute de la nature et du nom à donner à ces tumeurs, préférant celui de tumeur thécocellulaire, à celui de thécome.

2 observations (étudiées surtout du point de vue histologique) complètent ce travail.

Il s'agit de 2 malades âgées respectivement de 32 et 25 ans (nullipares) et présentant des méno-métrorragies.

Chez la première, on porte le diagnostic de kyste de l'ovaire. L'ovaire du volume d'une grosse orange, présente à la coupe une cavité *pseudo-kystique* et sous le mésovaire une masse jaune soufre en forme de calotte sphérique.

La seconde malade est opérée avec le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire. Celui-ci se présente comme une masse du volume d'un œuf, de couleur uniformément jaune.

Le diagnostic histologique est longuement discuté. Il s'agit dans les 2 cas de *tumeurs bénignes*.

J. Assali.

L. Gagliardi (Turin). — **Sur l'inopportunité du traitement du chorio-épithéliome par les œstrogènes** (*Minerva Ginecologica*, an. **4**, n° 6, Mai 1952, p. 229-231).

Il s'agit d'une femme de 34 ans : 3 grossesses menées à terme, suivies d'un avortement.

Grossesse molaire pour laquelle on pratique un curettage et on administre pendant 25 jours, à dose croissante de 5 à 50 mg (775 mg, au total) d'œstrogène de synthèse.

La réaction de Friedman négative 10 jours après l'évacuation de l'utérus, devient fortement positive le 30e jour.

La biopsie par aspiration met en évidence la présence d'un chorio-épithéliome, confirmé par examen histologique après hystérectomie totale.

8 séances de radiothérapie (600 r par séance) sont faites ultérieurement.

La guérison se maintient 15 mois après l'hystérectomie. Les réactions biologiques répétées, sont toujours négatives.

Sur la foi de cette observation et de celles d'autres auteurs, Gagliardi estime « pouvoir exclure et tout au moins considérer avec perplexité, l'opportunité du traitement du chorio-épithéliome par les œstrogènes ».

J. Assali.

H. Otto (Weferlingen). — **Sur la tuberculose génitale de la femme et ses moyens de traitement modernes par les antibiotiques et les bactériostatiques** (*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, vol. **46**, n° 3-4, 15 Fév. 1952, p. 64-71).

D'origine sanguine comme la tuberculose rénale, et génitale de l'homme, elle se manifeste cliniquement après un long temps de latence, elle revêt des aspects très différents suivant qu'il s'agit de tuberculose pelvi-péritonéale envahissant l'appareil génital, de tuberculose isolée de l'ovaire ou des trompes, de pyométrite caséeuse, de tuberculose du col, du vagin, de la vulve, ces dernières formes restant rarement isolées.

Le diagnostic clinique, difficile, est aidé par la ponction du Douglas et l'examen des liquides recueillis, par la « douglascopie ».

Les thérapeutiques nouvelles ont bouleversé le traitement jadis classique, fait de radiothérapie à petites doses, de cures climatiques et de chirurgie. Le traitement opératoire ne conserverait guère ses indications que dans les formes pelvi-péritonéales avec épanchement; et il y a intérêt à le faire suivre d'irradiations.

O. discute l'emploi de la streptomycine, du T. B. I., du P. A. S ou des 3 médications combinées. Il en précise les doses et les modes d'application; et propose en résumé le schéma suivant :

Formes compliquant une tuberculose miliaire généralisée : streptomycine;

Tuberculose péritonéale avec envahissement génital : chirurgie à laquelle il faut adjoindre streptomycine et T. B. I.;

Salpingite tuberculeuse isolée : tenter d'abord une cure climatique de 3 mois en y associant streptomycine, T. B. I. et P. A. S.; en cas d'échec, discuter la salpingectomie;

Pyométrite caséeuse : s'abstenir de tout traitement qui peut amener une dissémination; tenter ici encore le traitement par les antibiotiques; hystérectomie en cas d'échec;

Tuberculose isolée du col et du vagin : chimiothérapie et traitement local;

Les formes tumorales conglomérées, si elles sont encore jeunes, réagissent bien à la radiothérapie associée aux antibiotiques.

Naturellement tout acte chirurgical sera précédé et suivi d'un traitement par les antibiotiques.

R. Gueullette.

BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE

O. de Lutio (Naples). — **Sur le chordome du sacrum** (*Minerva Chirurgica*, an. 7, n° 4, 29 Fév. 1952, p. 130-133).

Ce cas est à ajouter à la statistique peu élevée des cas de chordome. Il est le seul cas observé en 15 années à l'Institut du Cancer de Naples, sur plus de 10 000 cancers.

Il s'agit d'un homme de 70 ans. Le début clinique remonterait à 5 ans. Sciatique gauche augmentant en intensité et sans amélioration par les divers traitements.

La présence d'une tumeur sacro-coccygienne l'incite à se rendre à l'Institut (Juin 1949).

On constate une tumeur de la région sacrée envahissant la fesse gauche, du volume d'une tête d'enfant. La peau est tendue, de couleur normale, parcourue de veines. Au niveau du coccyx, elle prend une couleur rouge foncé.

La tumeur est dure, bien limitée, avec quelques zones plus molles, adhérente au plan osseux, non perçue au toucher rectal.

La radiographie montre un bouleversement de la structure du sacrum. Le coccyx a disparu dans la masse tumorale.

La biopsie permet de voir une masse bosselée divisée en lobules par des travées conjonctives, saignant abondamment. Et l'examen histologique conclut à chordome.

Étant donné l'âge du sujet et le volume de la tumeur, on fit de la radiothérapie (20 séances) qui n'eut aucun effet sur la tumeur, comme on s'y attendait.

Revu 2 ans 1/2 plus tard, le malade se présente en bon état, bien que la tumeur ait augmenté de volume.

J. Assali.

MEMBRE INFÉRIEUR

A. Bodart, R. Dambrine et **J. Lesure** (Nancy). — **L'arthroplastie de la hanche avec interposition inerte** (*Revue du Rhumatisme*, an. 18, n° 12, Décembre 1951, p. 672-678, avec 3 fig.).

Les auteurs rapportent les résultats obtenus dans 50 arthroplasties de la hanche faites en 1950 — la mortalité fut de 2 p. 100 — 1 décès par embolie, la morbidité de 27 p. 100, sous forme d'infections superficielles, de phlébite, de luxation secondaire de la tête et d'ossifications périarticulaires, le tout sans grande gravité.

Les résultats ont été évalués en utilisant les tests proposés en France par Merle d'Aubigné et en Suède par Gade : 80 p. 100 sont satisfaisants, 20 p. 100 sont médiocres. L'amélioration a été plus sensible sur l'indolence que sur la mobilité et la marche.

Très larges dans toutes les lésions post-traumatiques ou dans les arthroses secondaires à des lésions congénitales, les indications doivent rester limitées dans les arthroses essentielles et les luxations invétérées hautes.

De bons résultats ont été obtenus dans les anciennes coxalgies douloureuses vicieusement consolidées (5 cas), ce qui n'est pas classique : il est vrai que les auteurs ajoutent : « On sera très sévère dans la détermination des critères d'intervention et on exigera un long délai entre la phase évolutive et l'intervention. »

Enfin, dans l'état actuel de la question, il n'est pas permis de préconiser l'emploi exclusif d'une variété de prothèse : cupule en vitallium ou tête acrylic : toutefois, schématiquement, la cupule sera préférée en cas de lésions cotyloïdiennes importantes sans troubles graves de la statique articulaire, la tête acrylic, en cas de destruction importante de la tête fémorale : coxarthrie à type géodique, coxarthrie secondaire à une coxa vara, coxaplana ou ostéochondrite.

J. Pergola.

Harald Brodin (Apelviken, Suède). — **Résection du genou dans la tuberculose; réexamination de 369 cas** (*Acta Orthopaedica Scandinavia*, vol. 21, fasc. 3, p. 155-186, avec 6 fig.).

B. mentionne les résultats fournis par 369 cas de résection de tuberculose du genou qu'il a pu examiner ultérieurement à l'aide de questionnaires et dans certains cas de radiographies.

B. a adopté des indications opératoires très larges, sauf chez les enfants. Les complications ont été plus fréquentes dans les cas de tuberculoses multiples ou d'abcès tuberculeux du genou : elles l'ont été également quand le taux de la sédimentation globulaire était élevé avant l'opération, quand il existait des fistules et quand la durée de l'affection était antérieure à 2 ans.

B. ne croit pas que l'âge au-dessus de 50 ans ou des changements radiologiques étendus prédisposent aux complications.

2 ans après la résection, 84 p. 100 des malades travaillaient et à la fin de la période d'observation, 96 p. 100 étaient aptes au travail.

Une ankylose fut constatée radiologiquement chez 83 p. 100 des opérés et 15 p. 100 avaient un genou raide.

Il y eut pseudarthrose dans 0,9 p. 100 des cas. Sur les autres cas, 3 sont toujours en traitement et 1 a recouvré une mobilité partielle après arthroplastie.

La meilleure condition fonctionnelle semble à B. une flexion du genou de 5 à 10° avec un valgus de 0 à 5°.

B. conclut qu'une résection prudente mais radicale après larges indications (sauf chez les enfants) fournit de bons résultats comparables à ceux constatés dans les séries d'autres auteurs. Il signale enfin un cas de synovite tuberculeuse liée à une ostéite rotulienne qui fut opérée par un simple curetage du foyer rotulien.

Albert Mouchet.

Le Gérant : G. Masson.

13.558. — Arrault et Cie, Maitres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1er trimestre 1953. — N° d'ordre 1.667. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Du traitement chirurgical de l'éventration diaphragmatique [1].

Par MM.

Jean QUÉNU et **Pierre HERLEMONT**

(Paris).

Congénitale ou acquise, l'éventration diaphragmatique passe pour une lésion peu chirurgicale. L'important est de savoir la distinguer de la hernie qui, elle, mérite souvent une cure opératoire. Le problème est diagnostique, il n'est pas thérapeutique. Telle est la doctrine régnante.

Nous pensons que le moment est venu de reviser cette doctrine. L'éventration diaphragmatique, si elle est souvent bien supportée, engendre, dans d'autres cas, des troubles graves. Seule une intervention chirurgicale peut mettre fin à ces troubles. Les modalités de cette intervention doivent être discutées. Il y a un problème thérapeutique et un problème technique de l'éventration diaphragmatique.

Ce problème doit être envisagé en fonction de la lésion, qui se présente sous différents aspects anatomiques. Nous l'étudierons successivement pour les éventrations totales, gauches et droites, de l'adulte, pour les éventrations totales du nourrisson, enfin pour les éventrations partielles ou localisées.

I. — Éventration totale de l'hémidiaphragme gauche.

C'est la forme commune. La coupole gauche surélevée, relâchée, distendue, souvent amincie atteint par sa convexité le niveau des premières côtes en avant.

Le poumon est refoulé en haut, le cœur à droite. L'ascension de l'estomac, d'abord verticale, s'accompagne bien vite d'une bascule, d'un volvulus qui amène la grande courbure en l'air, au contact du diaphragme, coude le cardia à angle aigu sur l'œsophage que le canal pylorique, à un degré extrême, vient surcroiser en avant. L'angle gauche du côlon occupe la partie externe de la masse viscérale ectopique que le côlon transverse et le grand épiploon recouvrent en avant.

Les organes thoraciques et abdominaux ainsi déplacés, comprimés, déformés fonctionnent dans des conditions mécaniques anormales. Ils

(1) *Manuscrit reçu le* 30 *Juin* 1952.

souffrent et manifestent leur souffrance par des douleurs et par divers troubles fonctionnels plus ou moins bruyants.

Les crises douloureuses existent dans la moitié des cas. Elles ont leur point de départ dans l'hypochondre gauche, mais irradiant volontiers dans l'épigastre, le thorax, l'épaule gauche et jusque dans le bras gauche, sont souvent déclenchées ou aggravées par les repas, modifiées par les changements de position.

Les troubles digestifs sont les uns du type cardio-œsophagien : dysphagie, éructations pénibles, régurgitations; d'autres du type gastrique : nausées, vomissements; d'autres enfin du type colique : météorisme, constipation. Ils peuvent entraver l'alimentation au point d'amener la dénutrition, l'amaigrissement progressif, la cachexie.

Les troubles respiratoires consistent en accès de dyspnée survenant à l'occasion d'un repas, de l'absorption d'une boisson gazeuse, d'un effort, parfois avec cyanose et menace d'asphyxie.

Enfin les troubles cardio-vasculaires sont sinon les plus fréquents, du moins les plus impressionnants : ce sont les palpitations, les angoisses et même les syncopes dont l'incidence et la répétition laissent les malades dans un état permanent d'anxiété.

Il y a enfin les complications organiques : la tuberculose pulmonaire, fréquente, l'ulcus de la petite courbure, le cancer gastrique, qui ne sont pas exceptionnels.

Tous ces faits sont bien connus. L'anatomie et la clinique de l'éventration diaphragmatique ont été parfaitement étudiées dans les innombrables travaux parus sur la question depuis le mémoire initial de Jean-Louis Petit (1774), parmi lesquels nous citerons l'importante thèse d'Étienne Fatou [1] et la revue de Reed et Borden portant sur 300 cas [2].

Il convient de souligner la similitude de ces désordres fonctionnels et de ces complications organiques de l'éventration avec ceux et celles des grosses hernies diaphragmatiques. Et l'on peut se demander pourquoi dans un cas, celui de la hernie, ces faits commandent l'intervention et pourquoi dans l'autre cas, celui de l'éventration, ils doivent s'accommoder de l'abstention. La réponse est claire : on opère les hernies parce qu'on craint l'étranglement des viscères dans l'orifice qui forme collet. On n'opère pas les éventrations parce qu'elles ne peuvent pas s'étrangler.

En rester là, c'est rétrécir le problème thérapeutique. Il n'y a pas que l'étranglement. Il y a, nous l'avons vu, d'autres dangers, dans l'éventration comme dans la hernie.

Un autre argument opposé au principe de l'intervention chirurgicale dans les éventrations diaphragmatiques totales, c'est que celles-ci ne sauraient, en tout état de cause, engendrer d'autres troubles que ceux d'une bonne phrénicectomie. L'argument est d'importance et vaut qu'on s'y arrête.

Il est exact que la phrénicectomie, frappant de paralysie un hémidiaphragme, engendre des déplacements viscéraux très comparables à ceux de l'éventration. Elle crée de véritables éventrations expérimentales, habituellement modérées, dépassant rarement la 4e côte. Les milliers de phrénicectomies exécutées pendant une quinzaine d'années dans un but thérapeutique chez des tuberculeux pulmonaires constituent un important matériel d'étude clinique, radiologique, et même, par quelques autopsies,

anatomique, de l'éventration diaphragmatique. Or les phtisiologistes allemands, américains, français parmi lesquels Bonafé et Poulain (d'Hauteville) [3], Léon Bernard [4], Courcoux [5], s'aperçurent que la phrénicectomie gauche était assez souvent suivie de troubles digestifs et surtout gastriques, coïncidant, dans leurs formes graves, avec un déplacement et une déformation de l'estomac plié ou volvulé.

Y. J. Longuet et Clément Launay, qui ont parfaitement étudié la question [6], distinguent des troubles précoces, fréquents mais transitoires, et des troubles tardifs, rares mais graves et permanents. Ils insistent sur l'association fréquente des troubles cardiaques aux troubles gastriques (syndrome gastro-cardiaque de Roembled). Ils notent la possibilité de troubles cardio-œsophagiens (Bier, Ernst, Ballon) et la participation éventuelle du côlon à ces troubles digestifs (Richard Noack). Bref, comme l'écrit Verre dans sa thèse inspirée par Fatou [7], il y a identité de symptômes comme il y a identité d'aspects radiologiques entre l'éventration pathologique, spontanée, et l'éventration provoquée par la phrénicectomie.

Il n'est pas sans intérêt de noter que les troubles graves apparaissent des mois et des années après la phrénicectomie, et que les autopsies de Meisezahl [8], de Stanbury [9] montrent des lésions dégénératives du diaphragme avec disparition des fibres musculaires et envahissement graisseux, absolument comparables aux constatations nécropsiques de Fatou sur des éventrations spontanées.

Mais surtout, et c'est là que nous voulions en venir pour répondre à l'argument ci-dessus énoncé des abstentionnistes, les troubles digestifs de ces phrénicectomisés ont été dans quelques cas assez graves, assez menaçants pour amener les médecins au recours chirurgical, malgré toute leur répugnance devant une laparotomie chez leurs tuberculeux pulmonaires. C'est dans ces conditions que Delore a été appelé et amené à faire une gastro-entérostomie sur le malade de Bonafé, et Houdard sur le malade de Léon Bernard.

L'argument est donc contestable. Plus exactement il est réversible, on peut le retourner contre la thèse qu'il prétend défendre.

Ce qui est vrai pour l'éventration totale gauche l'est aussi pour l'éventration totale droite, plus rare. Nous y reviendrons en temps utile.

Lorsque l'éventration est la cause de douleurs insupportables, lorsqu'elle empêche le malade de s'alimenter, lorsqu'elle l'expose à l'asphyxie ou à la syncope, nous ne voyons pas au nom de quel principe médecins et chirurgiens continueraient à se retrancher derrière un parti pris d'abstentionnisme que rien ne justifie plus.

A des troubles de cause aussi mécanique que ceux de l'éventration diaphragmatique il est bien évident qu'il ne peut être mis fin que par un acte chirurgical. Mais quel acte ? Quel genre d'intervention ? Cela est une 2e question, un problème technique. Alors que pour la cure des hernies diaphragmatiques on savait, par l'expérience des autres hernies, qu'il fallait réduire les viscères et oblitérer l'orifice, pour la cure de l'éventration on se trouvait en présence d'un problème nouveau, sans précédents analogiques et sans données utilisables.

Voilà sans doute les raisons pour lesquelles, malgré un essai présenté en 1924 par l'un de nous sur le traitement chirurgical de l'éventration diaphragmatique [10], essai peut-être prématuré, trop audacieux pour

l'époque et les moyens dont elle disposait, la question n'a, depuis 28 ans, que peu évolué. Il est temps de la reprendre, car les conditions opératoires ont changé, et les quelques observations publiées constituent des données utiles pour l'étude du problème technique.

***

Ayant recherché dans la littérature mondiale les cas d'éventration diaphragmatique *opérée*, nous avons pu constater : que certaines opérations ont été entreprises sur un diagnostic exact, exécutées par une voie choisie en fonction de la lésion et suivant une technique préméditée; que d'autres ont été décidées à partir d'un diagnostic erroné, de hernie diaphragmatique presque toujours. Dans ce dernier cas, les opérateurs, engagés dans une laparotomie ou une thoracotomie, en présence d'une lésion imprévue ont tantôt refermé sans rien faire, tantôt essayé de faire quelque chose d'utile. Nous verrons que parmi ces improvisations certaines ont été assez heureuses pour métirer d'être retenues.

Les faits publiés peuvent être rangés en 3 groupes : opérations purement exploratrices, opérations sur les viscères abdominaux, opérations sur le diaphragme.

1° Opérations purement exploratrices.

Sur ce groupe de cas nous passerons vite. L'un de nous, dans un précédent travail, a analysé une dizaine d'observations échelonnées entre 1903 et 1923 qui relatent des cas de ce genre [10]. Pour une raison ou pour une autre, rien ne fut tenté contre l'éventration diaphragmatique découverte par la voie thoracique ou par la voie abdominale. Dans le cas de Robineau et J. Quénu, la thoraco-laparotomie mit les opérateurs en présence d'une tuberculose pleuro-péritonéale avec abcès et magmas caséeux. Sans doute bien d'autres cas ont-ils été découverts depuis 1924 de cette façon, publiés ou non.

2° Opérations sur les viscères.

Dans quelques cas on est intervenu sur une lésion coïncidant avec l'éventration, mais sans rapport probable avec l'éventration : ainsi Baetge, en 1913, fit une cholécystectomie chez un homme de 28 ans atteint de cholécystite et d'angiocholite calculeuse, qui avait en même temps une éventration.

Plus souvent il s'agit d'une lésion organique de l'estomac : ulcère ou cancer : Siciliano fit, en 1915, dans ces conditions, une gastro-entérostomie pour cancer du pylore, Finsterer en 1914 une gastro-entérostomie pour sténose ulcéreuse du pylore. Trois malades de Bouchut furent opérés d'ulcères de la petite courbure : l'un par gastro-entérostomie, un autre par hémigastrectomie, un autre par l'opération de Balfour d'abord et gastro-entérostomie ensuite. Ces observations sont intéressantes comme exemples de lésions organiques développées sur des estomacs ectopiques dans des éventrations, mais pas comme traitement, même palliatif, de l'éventration.

D'autres opérateurs ont agi sur l'estomac volvulé, mais indemne de toute lésion organique, dans le but de rétablir son évacuation normale, soit par une gastro-entérostomie (Luhmann) [11], soit par une gastro-gastrostomie (Razemon) [12]. Dans le même ordre d'idées, Lardennois, en 1920, chez un malade de Carnot et Friedel atteint de mégacôlon avec

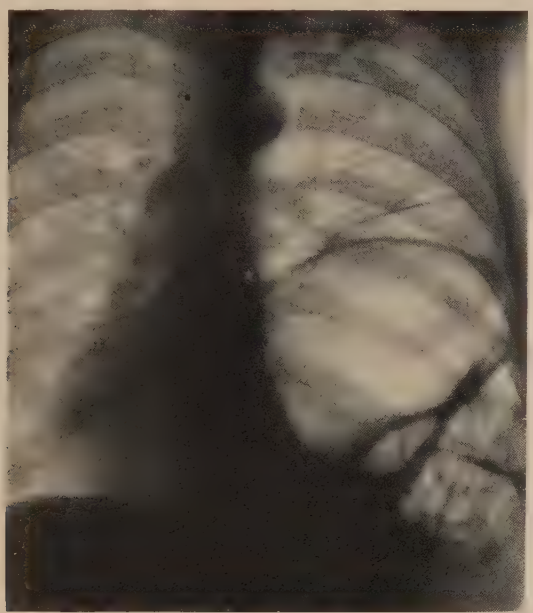


Fig. 1. — *Obs.* 1, *sans préparation, de face.*
La coupole gauche est de 12 cm plus haute que la droite. Au-dessous d'elle, une grande image gazeuse recoupée à sa partie basse par de longs éperons (estomac et angle colique gauche). Dextrocardie.

crises d'obstruction, dyspnée et tachycardie, fit une colectomie totale dont le malade mourut. Opérations bien peu satisfaisantes.

Il est un moyen plus simple et au moins aussi efficace de remédier aux troubles digestifs entraînés par l'éventration diaphragmatique gauche. L'idée en est venue à l'un de nous dans les circonstances suivantes :

Observation 1. — M. Th..., 45 ans, nous est adressé de province le 29 Mars 1949 pour une volumineuse hernie diaphragmatique gauche, avec d'excellentes radiographies.

Douleurs épigastriques depuis 13 ans, aggravées depuis 3 mois, sous forme de brûlures sans horaire fixe, provoquées surtout par la flexion du tronc en avant. Amaigrissement de 12 kg. Récemment, après avoir bu du champagne, *une syncope.*

Homme grand, maigre, couvert de psoriasis, porteur d'une hernie crurale gauche. Pas de traumatisme important dans les antécédents.

Examen radiologique (Ledoux-Lebard) : la poche à air gastrique distendue remonte jusqu'à la 4e côte. L'angle colique gauche projette sa clarté sur celle de la poche à air gastrique (fig. 1). En réplétion, la poche à air remonte jusqu'à la 2e côte et le cœur est refoulé à droite. Le corps de l'estomac est retourné, grande courbure en l'air, mais l'antre et le pylore sont en place (fig. 2 et 3). Un lavement précise la situation thoracique de l'angle splénique du côlon.

Fig. 2. — *Obs.* 1, *repas baryté, de face.*
L'œsophage abdominal est coudé à angle aigu. La poche à air gastrique énorme, coupée par un éperon opaque (le pli gastrique), peut être distinguée de la clarté colique.

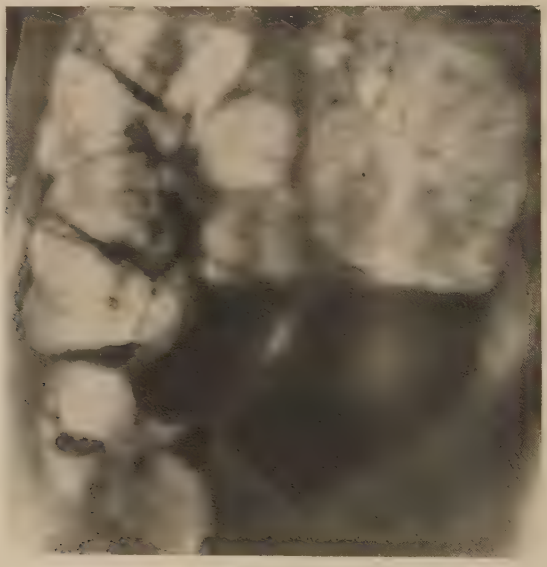


Fig. 3. — *Obs.* 1, *repas baryté, oblique antérieure gauche.*
Estomac en U renversé, grande courbure en l'air, petite courbure en bas limitant un espace clair, pylore presque au niveau du cardia.

Fig. 4. — *Obs.* 1, *après gastropexie, repas baryté, de face.*
La dénivellation des coupoles est un peu moins grande. L'œsophage abdominal décrit une courbe de grand rayon. L'estomac est déplié, il apparaît avec une forme voisine de la normale.

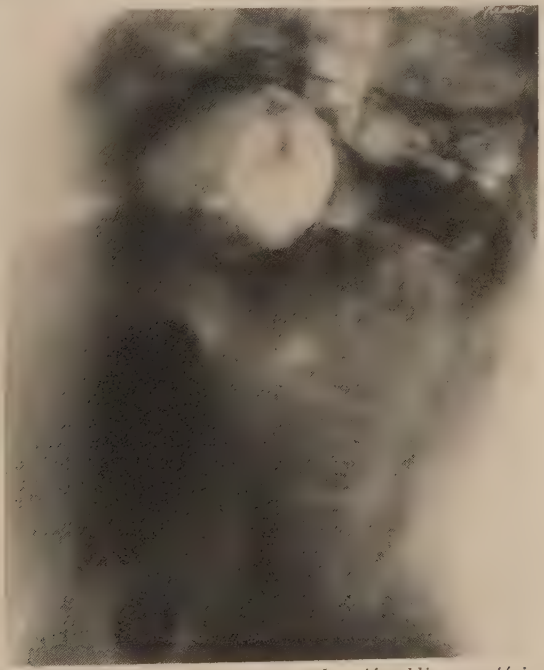


Fig. 5. — *Obs.* 1, *après gastropexie, repas baryté, oblique antérieure gauche.*
La déformation en U a disparu. La zone de la gastropexie est visible sous la forme d'une surface aplatie contre la paroi abdominale antérieure.

On hésite entre hernie et éventration. Mais parce que sur aucun cliché on ne distingue nettement la coupole diaphragmatique gauche (ni par conséquent le triangle gastro-colo-phrénique), on pose finalement le diagnostic de hernie.

Examens pré-opératoires satisfaisants. Pas d'anémie.

Opération le 6 Mai 1949 (J. Quénu). 1° Incision oblique de l'ombilic au rebord costal gauche. L'hypochondre est très profond. On prolonge l'incision sur le rebord costal que l'on divise sans atteindre le cul-de-sac pleural. On s'aperçoit alors qu'il s'agit d'une éventration. La coupole remonte très haut vers le sommet du thorax. L'estomac est très grand, épaissi, volvulé d'arrière en avant et de bas en haut. Plongeant la main au fond de l'hypochondre, on saisit l'estomac par sa grande courbure, on l'attire, on l'abaisse en le détordant. Dès qu'on le lâche, il remonte aussitôt en se retordant. Pour l'extérioriser, il faut exercer une traction vigoureuse et le tenir à deux mains par la grande courbure.

Alors l'idée nous vint, pour remédier aux troubles observés, de fixer l'estomac en position basse, c'est-à-dire normale, par deux rangs de sutures solides aux bords de l'incision pariétale, ce qui fut fait par des points séparés multiples, au fil de lin n° 3. Suture de la paroi plan par plan aux crins, du rebord costal avec un catgut chromé passé en cadre, de la peau au lin.

2° Cure opératoire de la hernie crurale.

Suites opératoires très simples. Disparition de tous les troubles.

Plusieurs examens radiologiques pratiqués 8 jours, 5 mois, 2 ans et demi après l'opération ont montré que la gastropexie a parfaitement retenu l'estomac dans une situation normale, et qu'il persiste seulement une petite cuvette au voisinage du cardia (fig. 4 et 5); que le côlon occupe le sommet de la coupole; que celle-ci est légèrement abaissée. En Février 1952, soit 2 ans et 9 mois après l'opération, l'homme est en excellente santé, a grossi de 18 kg, ne souffre plus du tout, mène une vie très active, manipulant des caisses et des sacs de pommes de terre.

Ce succès ayant dépassé notre espoir, nous recourûmes au même procédé, cette fois de propos délibéré, chez un homme âgé et taré, qui nous fut envoyé pour une éventration diaphragmatique causant des troubles graves :

Obs. 2. — M. H..., 61 ans, ouvrier d'usine, entre à Cochin le 30 Octobre 1950. Il souffre depuis longtemps de crises douloureuses de l'hypochondre gauche, presque quotidiennes, vespérales, durant 1/2 h à 1 h; de brûlures œsophagiennes au moment de la déglutition; d'une dyspnée d'effort très marquée interdisant tout travail pénible.

L'éventration diaphragmatique a été révélée par un examen radiologique pratiqué à l'usine à l'occasion d'une chute dans un escalier sur le côté gauche survenue en 1947.

Depuis 2 mois, aggravation des troubles. Deux vomissements. Amaigrissement de 4 kg. Et surtout deux malaises graves, l'un dans le métro, l'autre dans le train, qui l'ont vivement impressionné : sensation d'évanouissement, sueurs froides, sans perte complète de connaissance.

C'est un homme obèse (80 kg), pâle, alcoolique (3 l de vin par jour), bronchitique, variqueux.

Examen radiologique du 2 Novembre 1950. La coupole gauche est surélevée de 8 cm, immobile (fig. 6). Au-dessous, le triangle classique. Ingestion de baryte : estomac basculé, grande courbure en l'air (fig. 7 et 8). Lavement baryté : angle splénique anormalement haut, attirant le transverse et l'angle droit qui est presque médian. Le décubitus dorsal augmente la différence de niveau entre les deux coupoles.

Électrocardiogramme normal. Urée sanguine un peu élevée.

Le malade se déclarant hostile à toute intervention et l'indication opératoire ne semblant pas impérieuse, il sort de l'hôpital le 6 Novembre 1950.

Il revient le 2 Décembre parce que les troubles se sont aggravés, qu'il a eu de nouveaux malaises avec tendance à la syncope. L'opération est alors proposée et acceptée.

Opération le 14 Décembre 1950 (J. Quénu). Même technique que précédemment.

Suites simples après une petite poussée de bronchite et une menace de phlébothrombose conjurée par le thromexane.

Contrôle radiologique 10 jours et 11 mois après l'opération : la situation de l'hémidiaphragme gauche est inchangée, mais l'estomac a repris une situation normale, le volvulus est réduit, la poche à air et les courbures sont dans des rapports normaux (fig. 9 et 10).

Disparition de tous les troubles. Reprise du travail au bout de 7 semaines. Revu 11 mois et 18 mois après l'opération, en bonne santé. Les brûlures de la déglutition, les douleurs abdominales et les tendances à la syncope ont complètement disparu.

Fig. 6. — *Obs.* 2, *sans préparation, de face.*
La coupole gauche est de 8 cm plus haute que la coupole droite. Dextrocardie.

M. Bernard Lascaux, chirurgien assistant à la Clinique chirurgicale de Cochin, a exécuté la même opération, sur les mêmes indications, avec les mêmes résultats :

Obs. 3. — M. B..., 45 ans, alcoolique invétéré, souffre de troubles digestifs datant de plusieurs années, mais récemment aggravés.

Examen radiologique : la poche d'air gastrique atteint le 3e espace intercostal gauche. On distingue sans peine la courbe régulière de la coupole phrénique surélevée des contours d'un estomac en cascade, couché en U renversé.

Opération du 5 Décembre 1949 (B. Lascaux) : même technique.

Suites simples. Au bout de 6 mois, tous les troubles digestifs ont disparu, la morphologie gastrique est normale.

Enfin le Médecin-Colonel Dubau a bien voulu nous communiquer l'observation suivante :

Obs. 4. — M. B..., 43 ans, capitaine au long cours, entre à l'hôpital Percy le 2 Janvier 1951 pour les troubles suivants : douleurs à la base de l'hémithorax gauche, un peu de dysphagie, mais surtout dyspnée d'effort intense et tendances lipothymiques avec phénomènes vaso-moteurs et perte de connaissance complète.

Les troubles sont apparus à la suite d'un accident d'aviation : fracture des deux tibias, contusion thoracique avec épanchement, phlébite consécutive des deux membres inférieurs.

Fig. 7. — *Obs.* 2, *repas baryté, de face.*
Angulation de l'œsophage abdominal. Estomac replié sur lui-même. Côlon à la partie externe.

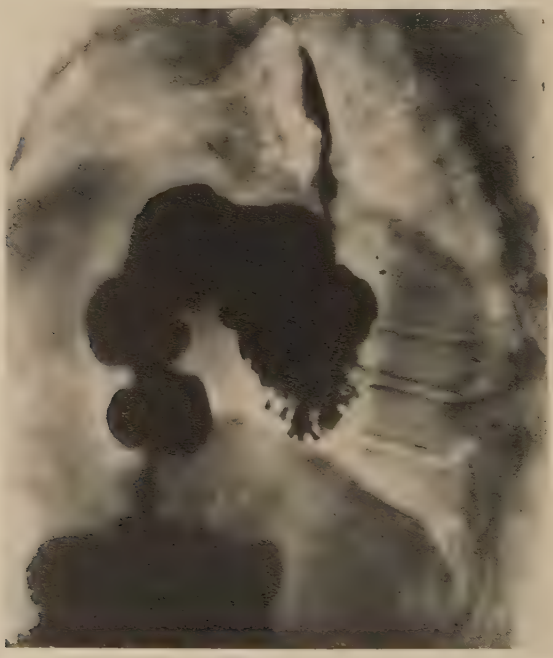


Fig. 8. — *Obs.* 2, *repas baryté, oblique antérieure gauche.*
Estomac en U renversé.

Fig. 9. — *Obs.* 2, *après gastropexie, repas baryté, de face.*
L'estomac déployé et fixé se présente sous un aspect sensiblement normal.

Fig. 10. — *Obs.* 2, *après gastropexie, repas baryté, oblique antérieure gauche.*
Estomac en place, parfaitement développé dans le sens vertical.

Examen radiologique : la coupole gauche, peu mobile, atteint le 4e arc costal en avant. Estomac en cascade de face, en U renversé de profil.

Opération du 16 Janvier 1951 Professeur Dubau . Même technique que précédemment.

Suites opératoires troublées par une thrombophlébite.

Radiographie post-opératoire : estomac rétabli dans sa forme normale.

Disparition de tous les troubles. 6 mois après l'opération, il a retrouvé toute sa résistance physique et repris un service dur, presque exclusivement de nuit.

Voilà donc une opération simple et bénigne, *la gastropexie pariétale antérieure* (dont l'un de nous a donné ailleurs une description technique détaillée [13], qui apparaît, dans cette série de 4 cas, comme efficace, non seulement contre les troubles œsophago-gastriques, ce que l'on était en droit d'espérer, mais encore contre les troubles respiratoires et cardio-vasculaires ce qui est plus surprenant.

Et pourtant, d'après nos constatations radiologiques, le diaphragme n'a pas sensiblement baissé. Peut-être est-il seulement moins tendu. Peut-être aussi le redressement du cardio-œsophage réalisé par la gastropexie, en supprimant d'une part la distension gastrique, d'autre part le tiraillement des nerfs pneumogastriques, n'est-il pas étranger à la disparition de ces troubles.

Quoi qu'il en soit, la gastropexie pariétale antérieure, par ses heureux résultats cliniques, doit être retenue comme une bonne opération *palliative*, une opération mineure qui peut trouver ses indications dans certaines circonstances où l'on cherche avant tout l'opération bénigne.

L'un de nous avait déjà exécuté la gastropexie pariétale antérieure en 1946 et 1947, dans 2 cas de hernies de l'estomac à travers l'hiatus œsophagien, comme complément de la cure opératoire par suture de l'orifice, comme assurance contre la récidive, non exceptionnelle dans cette variété de hernie. Mais nous avons découvert dans la littérature 2 cas de gastropexie pariétale antérieure exécutées pour 2 éventrations diaphragmatiques *droites*, l'une en 1933 par Catalina, l'autre en 1935 par Bianchi. Ces 2 éventrations étaient secondaires à des phrénicectomies. Elles sont citées plus bas.

3° Opérations sur le diaphragme.

Si l'on vise au radical, c'est évidemment sur la coupole surélevée qu'il faut agir. Réduire la coupole à un niveau normal et l'y maintenir, voilà l'objectif. Comment atteindre cet objectif ? Voyons les faits publiés [14].

a) *Excision suivie de suture* (fig. 11).

Morley, 1920 (publié par Morrison, 1923). Fillette, 12 ans, troubles respiratoires. Coupole à la 3e côte. Thoracotomie, excision de la portion amincie, suture des bords. Bon résultat vérifié au bout de 3 ans.

Deloyer et Van der Stricht, 1949. Homme, 57 ans, palpitations, vertiges, angoisses. Thoracotomie, résection de la partie amincie, suture des bords, guérison opératoire [15].

Sauerbruch, 1935, dit avoir également fait l'excision avec succès.

b) *Incision suivie de suture* (fig. 12).

Lawler, West et Brosnan, 1948. H., 69 ans, troubles digestifs, respiratoires et circulatoires graves. Thoracotomie, incision cruciforme de la coupole, suture des 4 lambeaux. Très bon résultat au bout de 6 mois.

Hughes, 1947. Jeune soldat opéré avec le diagnostic erroné de hernie diaphragmatique. Section et suture en paletot. Bon résultat.

Dans un cas récent, la même opération a été faite pour une éventration diaphragmatique secondaire à une pneumonectomie gauche, avec un résultat satisfaisant au bout de 7 mois, par M. Bérard et J. C. Sournia [16].

Dans ces quelques cas, la suture précédée de l'excision ou de l'incision d'une partie de la coupole a été suivie de succès. On ne peut s'empêcher

Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 11. — Excision suivie de suture par la voie thoracique, sur une coupe sagittale.
Fig. 12. — Incision suivie de suture en paletot par la voie thoracique.

de penser que si par malheur les sutures, pour une raison quelconque, par exemple la fragilité du diaphragme aminci (voir plus bas), venaient à lâcher, ce serait la hernie en plus de l'éventration, le remède pire que le mal.

c) *Plicatures* (fig. 13 et 14) [14].

Wood eut le premier l'idée, en 1916, de plisser le diaphragme afin de

Fig. 13.

Fig. 14.

Fig. 13. — Plicature par la voie thoracique.
Fig. 14. — Plicature par la voie abdominale (d'après Butsch).

réduire les dimensions de la coupole. Cette phrénoplicature a été l'opération le plus fréquemment exécutée.

Lerche, 1921. F., 37 ans, douleurs, vomissements, dyspnée. Laparotomie, plicature, 2 plis. Bon résultat au bout de 7 mois.

P. Duval, 1922 (publié par Fatou et Lafourcade). H., 44 ans, troubles digestifs

et respiratoires. Laparo-thoracotomie, abaissement du côlon, splénectomie, plicature, mort le 3e jour.

P. Duval et J. Quénu, 1923. H., 45 ans, douleur, dyspnée, palpitations. Laparo-thoracotomie, plicature 3 plis. Bon résultat immédiat, récidive constatée au bout de 5 mois.

Santy, 1924. H., 28 ans, douleurs, régurgitations, ballonnement. Thoracotomie, plicature antéro-postérieure. Réintervention au 5e jour pour ballonnement, gastro-entérostomie, guérison.

Birgfeld, 1930. H., 44 ans, troubles digestifs. Laparotomie, plicature oblique. Guérison avec éventration pariétale.

Lambret, 1935. H., 17 ans, dyspnée, troubles gastriques. Thoracotomie, plicature. Pleurésie purulente, thoracotomie, guérison. Bon résultat au bout de 4 mois.

Sauerbruch, 1935, 3 cas opérés (pour des hernies). Excision ou plicature. 3 succès (sans détails).

Bréchot, 1942. F., 25 ans, troubles digestifs, dyspnée, tachycardie. Laparotomie, plicature. Résultat parfait au bout de 6 mois.

Ormières, 1946. F., 38 ans, troubles respiratoires. Laparo-thoracotomie, plicature. Suppuration pleurale, pleurotomie, guérison. Récidive.

Voilà les quelques cas de plicature publiés : 1 mort, 3 complications post-opératoires graves, 2 récidives au moins, peut-être plus, car il y a peu de cas longtemps suivis.

La phrénoplicature est-elle donc une opération grave ? Jadis, oui. Maintenant, non. Nous avons la baronarcose, la réanimation, les antibiotiques, l'aspiration gastro-duodénale, qui nous mettent à l'abri des complications ci-dessus signalées. Le risque opératoire est, dans l'état actuel des choses, réduit et acceptable. L'intérêt n'est pas là. La question est que cette plicature, qui réalise un abaissement du diaphragme, soit *durable*.

Pour que le résultat soit bon et définitif, il ne suffit pas que les plis soient bien faits, en long, en large ou en oblique, par la convexité ou par la concavité ; il ne suffit pas que les fils soient solides, et bien entendu non résorbables, il faut encore que l'étoffe soit de bonne qualité. Or que lisons-nous dans les comptes rendus opératoires ?

La coupole gauche est énorme, membraneuse, translucide, laissant apercevoir par transparence l'estomac et le grand épiploon (Santy). La coupole est grise, sans musculature reconnaissable sauf en avant et en arrière près des piliers (Birgfeld). L'hémidiaphragme est mince, flaccide, les fibres musculaires ne sont nettes qu'au voisinage des insertions costales (Bréchot). Le diaphragme est partout très amïnci (Ormières).

Quand on pense aux pressions qui s'exercent sur les coupoles diaphragmatiques dans les actes physiologiques les plus communs, on ne peut songer sans effroi au sort de ces plicatures sur des lames pellucides. L'un de nous a eu sous les yeux la preuve d'une récidive tardive après une plicature publiée prématurément comme un succès. Si l'étoffe est de mauvaise qualité, la plicature ne peut être que précaire.

d) *Prothèse.*

L'un de nous imagina comme une solution valable pour les mauvais cas (c'est-à-dire de diaphragme déficient), l'application sur la coupole relâchée d'une nappe prothétique à la fois souple et résistante, amarrée au pourtour de l'auvent costal par des haubans solides. Mais quelle prothèse ?

Les plaques de nylon vendues dans le commerce sont raides, peu malléables. Si elles sont à la rigueur utilisables pour la cure des hernies et éventrations de la paroi abdominale antérieure par application sur des

surfaces planes ou à peu près (encore font-elles souvent sur les bords des plis perceptibles à travers les téguments et gênants), elles sont incapables de se mouler sur la convexité d'une coupole, même ramenée à sa courbe normale. De plus, leur lisière est fragile, se prête mal à un amarrage, se déchire sous les tractions fortes.

Notre choix s'arrêta donc sur un *filet* de nylon, qui nous sembla pré-

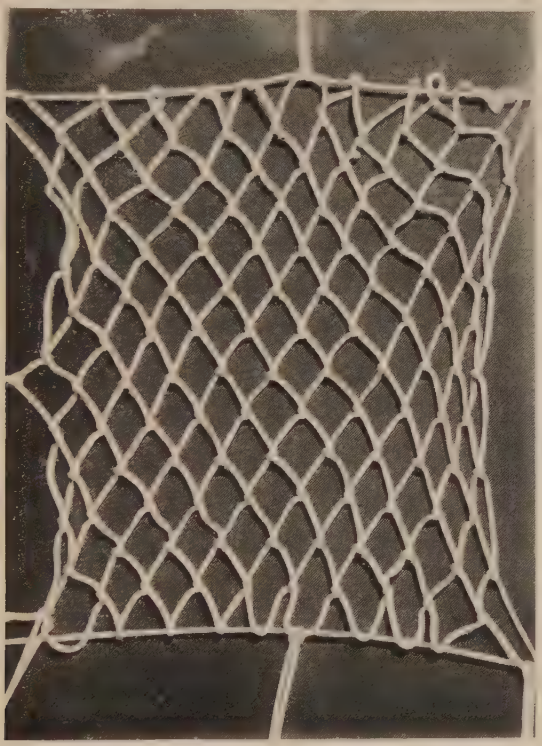


Fig. 15. — Le filet de nylon. En haut le bord antérieur, en bas le bord postérieur, à gauche le bord externe, à droite le bord interne destiné à être fixé au médiastin par des points passés dans chaque maille. Aux 4 angles et sur 3 côtés, les fils qui seront amarrés aux côtes.

senter toutes les qualités désirables. Nous en fabricâmes plusieurs modèles, de formes et de dimensions différentes, adaptées à la forme et aux dimensions habituelles d'une coupole diaphragmatique. Ces filets, de forme carrée, avaient des mailles de 10 mm en fil de nylon tressé n° 5, ils étaient munis sur leurs 4 coins et sur 3 de leurs bords de 7 fils d'amarrage également en nylon tressé, plus 2 fils coulissant dans la rangée de mailles antérieure et la rangée de mailles postérieure. Le bord interne, destiné à être fixé au médiastin, était libre de fils d'attache (fig. 15). Nous essayâmes l'opération sur le cadavre, et réglâmes une technique opératoire (fig. 16).

L'occasion d'exécuter cette opération sur le vivant nous fut fournie par un malade qui se présentait dans des conditions assez favorables du point de vue de l'exécution technique, mais qui ne pouvait donner un

résultat très spectaculaire pour deux raisons : d'abord l'éventration était modérée, de l'ordre de deux doigts en hauteur; ensuite il s'agissait d'un grand nerveux, surveillant ses moindres sensations, comptant son pouls et sa respiration toutes les heures. Nous ne nous décidâmes à l'opérer qu'au bout de 10 mois parce qu'il réclamait avec insistance une intervention qui mît fin à ses tourments et à son amaigrissement qui atteignait 10 kg. Voici l'observation [17].

Obs. 5. — Mr L..., horloger, vient consulter le 9 Novembre 1949 pour éventration diaphragmatique totale gauche, avec une série de clichés. Éventration modérée, mais troubles fonctionnels importants : douleurs rétro-xiphoïdiennes de type angineux irradiées dans le bras gauche, survenant surtout après les repas, soulagées par le décubitus, aggravées depuis 6 mois, tendant à devenir continues; dysphagie, ballonnement, palpitations, vertiges, tendances à la syncope. Anorexie, asthénie, incapacité de travail, amaigrissement progressif.

Fig. 16. — Prothèse constituée par un filet de nylon apposé sur la convexité du diaphragme, maintenu et soustendu par des haubans amarrés aux côtes.

Admis à l'hôpital Cochin le 26 Septembre 1950. Sujet pâle, subictérique. Ventre souple, sensible à la palpation dans tout l'étage supérieur. Choc de la pointe du cœur déplacé en haut et à droite. Tympanisme de la base de l'hémithorax gauche avec gargouillements et borborygmes.

Examen radiologique : surélévation de la coupole gauche, de la hauteur d'un étage costal (fig. 17). Repas baryté : de face, estomac en cascade (fig. 18); de profil, ébauche de volvulus : une partie de la grande courbure a basculé sous le diaphragme, le pylore est attiré vers la ligne médiane. Cardia en place. Angle colique normal.

Examens de sang et d'urine : normaux. Pas d'anémie.

Tension artérielle 10—6. Électrocardiogramme normal.

Opération du 12 *Octobre* 1950. Opérateur : J. Quénu. Anesthésiste : J. Valletta. Baronarcose et intubation. Malade en décubitus latéral droit. 1° Longue incision sur le 8e espace intercostal gauche depuis la ligne axillaire jusqu'à l'extrémité antérieure; 2° Incision sur la 11e côte. 3° Incision de 6 cm le long du rebord costal antérieur, à 2 cm en dehors de ce rebord, à partir de l'appendice xiphoïde.

Par la 1re incision, qui ouvre largement le thorax, on étale le filet sur la coupole. Par l'incision antérieure on passe les 3 paires de fils qu'on noue autour des côtes. Par l'incision postérieure, on passe les 3 paires de fils qu'on noue autour de la 11e côte. La 7e paire de fils est nouée autour de la 9e côte par la 1re incision. Les 2 fils coulissants sont tendus et solidarisés avec les fils extrêmes antérieur et postérieur. Le filet est ainsi tendu et fixé sur 3 de ses côtés. Le 4e côté, médiastinal, est fixé maille par maille à la partie interne du centre phrénique, contre le péricarde en avant et au tissu fibro-périostique du corps vertébral en arrière. Le résultat obtenu est satisfaisant. Suture de l'incision de thoracotomie en 5 plans après réexpansion pulmonaire. Sutures des deux autres incisions.

Aussitôt après l'intervention, le malade exprime sa satisfaction de pouvoir éructer, ce qui, dit-il, ne lui était pas arrivé depuis plusieurs années.

Lever et déambulation immédiate. Reprise rapide de l'alimentation.

Pendant quelques jours, gêne respiratoire, sensation de striction et surtout névralgie du 11e nerf intercostal, calmée par l'alcoolisation.

Le 2e jour, radiographie : les deux coupoles sont presque au même niveau, mouvement paradoxal.

Le 9e jour, épanchement pleural de 4 travers de doigts à la base gauche.

Le 12e jour, ponction évacuatrice : 50 cm³ de liquide séro-hématique stérile à la culture.

Le 14e jour, cul-de-sac clair.

Le 15e jour, accès de palpitation coïncidant avec un peu de météorisme abdominal.

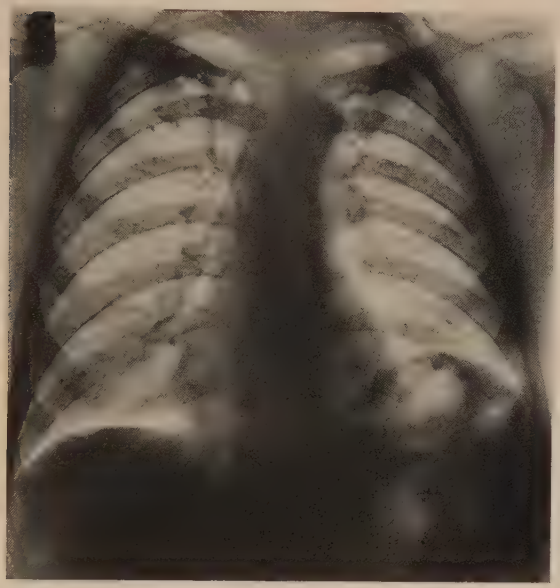


Fig. 17. — *Obs.* 5, *sans préparation, de face.*
Surélévation modérée de la coupole gauche (4 cm).

Fig. 18. — *Obs.* 5, *repas baryté, de face.*
Aspect en corniche sur la petite courbure.

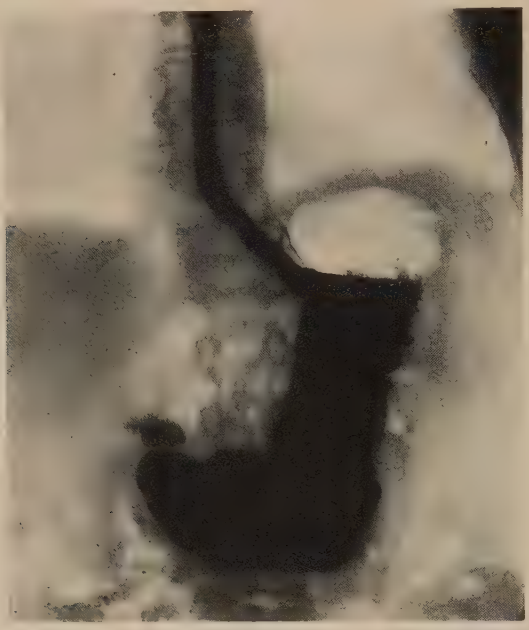


Fig. 19. — *Obs.* 5, *après l'opération, en station verticale.*
La coupole gauche est un peu au-dessus du niveau de la coupole droite. Son ombre est épaissie. La corniche de la petite courbure a presque disparu.

Fig. 20. — *Obs.* 5, *après l'opération, en décubitus dorsal.*
La coupole gauche est au-dessous du niveau de la coupole droite.

Le 20e jour, radiographie : en station verticale, la coupole gauche est encore un peu plus haute que la droite, mais l'estomac est en bonne situation et l'image en cascade a disparu ; en décubitus dorsal, la coupole gauche est au-dessous du niveau de la coupole droite.

Sorti le 18 Novembre 1950 en bon état.

L'opéré a été revu à plusieurs reprises pendant 15 mois. Il ne se plaint plus que de légers troubles dyspeptiques, avec quelques « battements de cœur » après le repas de midi, soulagés par les éructations maintenant possibles et bienfaisantes. Il n'a plus d'accès de dyspnée, a repris son travail, va à la chasse le dimanche et a fait une demande pour entrer comme garde aux Eaux et Forêts.

Plusieurs examens radiologiques montrent l'aspect précédemment décrit, qui reste inchangé : la coupole gauche est sensiblement au même niveau que la droite, un peu au-dessus en station verticale (fig. 19), un peu au-dessous en décubitus dorsal (fig. 20). Elle apparaît un peu épaissie, probablement par la réaction fibrino-conjonctive qui se développe habituellement autour des prothèses de nylon.

Le résultat peut être considéré comme très satisfaisant.

Il est donc possible d'abaisser et de maintenir une coupole surélevée au moyen d'un filet de nylon amarré aux côtes. Cette prothèse est bien supportée.

Plusieurs modifications techniques ont été envisagées à propos de ce cas : ne faire qu'une seule grande incision cutanée en U ayant son jambage antérieur sur le rebord chondro-costal antérieur, son jambage postérieur sur la ligne axillaire postérieure, sa courbe atteignant en bas la 11e côte (J. Perrotin) ; ou au contraire garder l'incision cutanée principale (de thoracotomie) au niveau du 8e espace et, pour le passage des fils d'amarre, faire une série de petites incisions séparées, en avant et en arrière, une incision par paire de fils, soit 6 en tout (P. Herlemont). De toute façon il importe de dénuder le bord inférieur des côtes, afin d'éviter la striction du nerf intercostal dans la ligature. Tous ces détails, toutes ses variantes ont été décrits et figurés dans un article de technique pure qui paraîtra prochainement [18].

Dans ce cas, nous avons obtenu l'abaissement de la coupole par la pression exercée sur cette coupole au moyen d'un filet de nylon bien tendu. Mais il s'agissait d'une éventration de dimensions modérées. Pour une grande éventration, il serait indiqué de plisser d'abord le diaphragme, et aussitôt après d'appliquer le filet et de le tendre, afin de soulager les sutures et d'assurer la permanence de la correction obtenue. C'est ce que nous nous proposons de faire à la première occasion.

II. — Éventration totale de l'hémidiaphragme droit.

Beaucoup plus rares que les éventrations du côté gauche, les éventrations du côté droit s'accompagnent d'une ascension du foie et souvent de l'interposition d'une anse mégacolique.

La phrénicectomie droite reproduit fidèlement ces déplacements. Elle engendre parfois aussi des troubles gastriques, mais différents de ceux observés dans l'éventration gauche : ici, l'estomac est transversal, le canal pylorique attiré à droite et en haut, étiré. Il en résulte des accidents de stase gastrique analogues à ceux de la sténose pylorique, qui peuvent être assez graves pour nécessiter une intervention chirurgicale. Dans 2 cas de ce genre, Durante [19], Stanbury [9], ont fait des gastro-entérostomies,

le premier avec succès. Dans un autre cas, Bianchi a fait, en Mai 1935, sur le conseil de Bernou et Boquien, une gastropexie par fixation de l'antre pylorique à l'incision pariétale sus-ombilicale, avec un heureux résultat vérifié au bout de 18 mois [20].

Parmi les cas d'éventrations spontanées, nous n'avons trouvé que 5 cas opérés, dont 2 concernent des nourrissons (voir *infra*) et 3 des adultes. Voici ces derniers brièvement résumés [14] :

Berg, 1917 malade d'Aronson. Femme. Éventration diaphragmatique droite et mégacôlon. Laparotomie, résection de 3 pieds de côlon, anastomose latéro-latérale. Guérison.

Catalina, 1932. H., 26 ans, douleurs, vomissements, angoisses. Laparotomie mediane, gastroplicature et gastropexie pariétale antérieure. Bon résultat au bout de 8 mois.

Melletti, 1945. H., 37 ans, douleurs, nausées. Laparo-thoracotomie, phrénoplicature. Bon résultat au bout de 6 mois.

III. — Éventrations du nourrisson.

Fatou, dans son mémoire, leur consacrait un chapitre, et soulignait leur gravité. Nous en connaissons 3 cas opérés : 2 du côté droit, 1 du côté gauche :

Bisgard, 1947 [21]. Garçon de 6 semaines, né à terme. Vers le 10e jour, dyspnée, cyanose, aggravation progressive, alimentation presque impossible. Radiographie : coupole droite remontant à la 2e côte en avant, cœur complètement refoulé à gauche. Thoracotomie dans le 9e espace, plicature du diaphragme suivant une ligne oblique en 3 rangs superposés, convexité des plis en bas. Guérison constatée radiologiquement et cliniquement 22 mois plus tard.

State, 1949 [22]. Garçon de 6 semaines. Éventration droite atteignant le 2e espace en avant. Cœliotomie sous-costale droite. L'opérateur abaisse la partie antérieure du diaphragme et la suture au carré des lombes et au fascia iliaca. Il suture la peau sans chercher à rapprocher les muscles et fait la cure de l'éventration pariétale 1 an après. Excellent résultat.

Butsch et Leahy, 1950 [23]. Fille de 9 jours. Cyanose à la naissance, respiration artificielle pendant plusieurs heures. Cyanose quand elle s'alimente ou crie, oxygène. Perte de poids. Radiographie : éventration diaphragmatique gauche atteignant le niveau du segment postérieur de la 3e côte. Laparotomie paramédiane gauche. Diaphragme très aminci dans ses 2/3 postérieurs. Sur cette partie amincie on fait un grand pli que l'on fixe en arrière où l'on obtient ainsi une triple épaisseur. Guérison constatée au bout de 1 an.

Ces 3 belles observations montrent que l'éventration diaphragmatique peut, tout comme la hernie, constituer une menace vitale immédiate pour le nouveau-né, et qu'une intervention pratiquée dès les premières semaines ou même les premiers jours est capable de sauver ces enfants voués à la mort par asphyxie ou par dénutrition.

IV. — Éventrations partielles ou localisées.

L'un de nous, dans sa thèse, a publié un cas de cette variété, découvert au cours d'une autopsie [24]. Macroscopiquement, la pièce ressemblait à une hernie de la grosse tubérosité de l'estomac à travers l'hiatus œsophagien. Mais l'examen attentif du sac (ou plutôt de la poche) montra la présence

de fibres musculaires se continuant, au pourtour de l'orifice, avec les fibres du diaphragme : ce n'était pas une hernie mais une éventration.

Il existe donc des distensions localisées du muscle diaphragme, des sortes de diverticules simulant absolument les hernies diaphragmatiques, impossibles même à reconnaître des hernies avec sac si leur paroi amincie ne contient pas de fibres musculaires reconnaissables entre la séreuse pleurale et la séreuse péritonéale. Les observations publiées par Stoïanovitch en 1936 [25], par Kubanyi en 1938 [26], par Santy en 1941 [27], par Melletti en 1946 [28] semblent bien se rapporter à des lésions de ce genre. Il y est en effet question de sac et de brèche dans le diaphragme, Melletti donne même les dimensions de l'orifice.

Éventrations si l'on veut, mais bien différentes de l'éventration totale d'une coupole. Ces formes diverticulaires ressemblent en tous points à des hernies et exposent le porteur aux mêmes complications, y compris l'étranglement (cas de Stoïanovitch). Elles doivent donc être traitées comme des hernies, par réduction du contenu, suture de l'orifice avec ou sans résection du sac.

Références bibliographiques des auteurs cités.

1. Fatou. — *Thèse de Paris*, 1924 et *Journal de Chir.*, t. **24**, n° 1, Juillet 1924, p. 1.
2. Reed et Borden. — *Arch. of Surg.*, t. **31**, Juillet 1935, p. 30.
3. Bonafé et Poulain. — *Presse Médicale*, n° 56, 13 Juillet 1932.
4. Bernard, Léon, Gauthier-Villars, Mlle et Thoyer. — *Presse Médicale*, n° 34, 29 Avril 1933.
5. Courcoux. — Inspirateur de la *thèse de Fayence*, Paris, 1934.
6. Longuet, Y. J. et Launay, Cl. — *Arch. médico-chir. App. Resp.*, t. **9**, n° 2, 1934, p. 157.
7. Verre, F. L. — *Thèse de Paris*, 1933.
8. Meisezahl. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1925, p. 142.
9. Stanbury. — *Tubercle*, Avril 1934; *in* Lelorrain, *Thèse de Nancy*, 1937.
10. Quénu, J. — *Journal de Chirurgie*, t. **24**, n° 1, Juillet 1924, p. 20.
11. Luhmann. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1933, p. 124.
12. Razemon. — *Mémoires Académie de Chir.*, 1942, p. 262.
13. Quénu, J. — *Nouvelle Pratique chirurgicale illustrée*, 1952, fasc. 6, p. 141.
14. La plupart des observations brièvement analysées figurent *in extenso* dans la *thèse* de Herlemont, Pierre. Paris, 1952.
15. Deloyer et Van der Stricht. — *Presse Médicale*, n° 81, 25 Décembre 1949, p. 1194.
16. Bérard et Sournia. — *Presse Médicale*, t. **60**, n° 42, 18 Juin 1952, p. 939.
17. Cette observation a été publiée, très résumée, dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 7-8, 1952, p. 114.
18. Quénu, J. et Herlemont, P. — *Nouvelle Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. 7.
19. Durante. — *Policlinico*, 7 Déc. 1931.
20. Stephan et Bianchi. — *Revue de la Tuberculose*, 5e série, t. **3**, n° 4, p. 450.
21. Bisgard. — *J. of Thorac. Surg.*, t. **16**, Octobre 1947, p. 484.
22. State. — *Surgery*, t. **25**, 1949, p. 461.
23. Butsch et Leahy. — *J. of Thorac. Surg.*, t. **20**, Décembre 1950, p. 968.
24. Quénu, J. — *Thèse de Paris*, 1920, p. 104.
25. Stoianovitch. — *Mém. Acad. Chir.*, 1936, p. 267.
26. Kubanyi. — *Zbl. f. Chir.*, t. **67**, Juin 1938, p. 1704.
27. Santy, Ballivet, Bérard. — *Lyon Chir.*, 1941-1942, p. 303.
28. Melletti. — *Policlinico*, sez. prat., Septembre 1946, p. 819.

Travail de la Fondation Curie
(Directeur des Services cliniques et thérapeutiques : J. Courtial).

Les parotidectomies totales élargies.

Par MM.

J. L. ROUX-BERGER et P. MOŸSE
(Paris).

Les particularités de la chirurgie parotidienne tiennent à deux facteurs anatomiques :

a) La situation intra-glandulaire du facial dont la blessure entraînerait d'importants troubles fonctionnels.

b) La forme de la loge parotidienne, étroite fente verticale plutôt que vraie loge, où la glande est serrée entre des parois ostéo-musculaires dont le sacrifice aboutirait à une mutilation notable.

Le premier facteur explique le succès, longtemps incontesté, des chirurgies mineures, d'exérèse limitée, pour toute tumeur parotidienne paraissant bénigne. La possibilité de disséquer et de conserver intégralement le nerf en enlevant toute la glande a réglé pour nous la question. Nous l'avons abordée à plusieurs reprises et nous n'y reviendrons pas ici.

Le deuxième facteur est responsable des habituelles abstentions en face de toute tumeur parotidienne volumineuse et fixée. Notre propos est ici de nous élever contre le bien-fondé d'une telle attitude et de montrer les possibilités techniques d'exérèses « élargies » de la glande.

Certes, l'idée n'est pas neuve, mais la plupart des travaux publiés à ce sujet semblent être des descriptions de technique pure, non suivies d'exécution, ou au contraire la relation de cas isolés, peu nombreux, exceptionnels, sans attitude systématique.

Dès 1895, J. L. Faure [1] décrivait la résection de l'angle de la mâchoire ou de son bord postérieur. Nous avons essayé cet artifice, et nous y avons renoncé, car le jour ainsi obtenu est médiocre.

En 1906, Bérard et Leriche [2] avaient proposé la résection du condyle et du bord postérieur de la branche montante. Ils avaient pu, par cet élargissement antérieur, enlever trois énormes tumeurs parotidiennes ulcérées.

En 1912, Zarraga (de Mexico) semble être le premier à proposer la résection en bloc de la parotide et de la branche montante [3]. La technique décrite comporte une succession des temps qui nous paraît inacceptable; mais la priorité de Zarraga est indiscutable. Nous ne savons si cette technique fut appliquée, ni dans quels cas, car, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu nous procurer l'article original.

En 1927, Raymond Bernard [4] conseillait de trancher dans l'épaisseur du digastrique ou de désinsérer le muscle pour l'extirpation des volumineuses adénopathies débordant dans l'espace sous-parotidien postérieur.

P. Duval et Redon [5], en 1935, adoptent la section systématique du ventre postérieur du digastrique et du stylo-hyoïdien pour découvrir et lier très haut la jugulaire interne au cours des évidements cervicaux. La même année, Ducuing, Fabre et Gouzy [6], dans le même but, proposent la désinsertion haute du sterno combinée à la résection du digastrique et du stylo-hyoïdien.

Mais, dans ces trois derniers travaux, il n'est question que de simplifier ou d'élargir l'abord de l'espace sous-parotidien postérieur dans les évidements ganglionnaires. L'un de nous, avec Tailhefer [7], avait déjà, en 1933, signalé l'intérêt, dans ces cas, de sectionner le ventre postérieur du digastrique et du stylo-hyoïdien.

Pour les tumeurs de la parotide et de la région parotidienne, nous avons décrit [8] deux modalités techniques d'élargir les parotidectomies habituelles dans une communication faisant état de 14 observations. Nous avons depuis lors 11 cas nouveaux, mais plus que l'analyse de ces 25 cas, nous désirons ici décrire ces deux techniques.

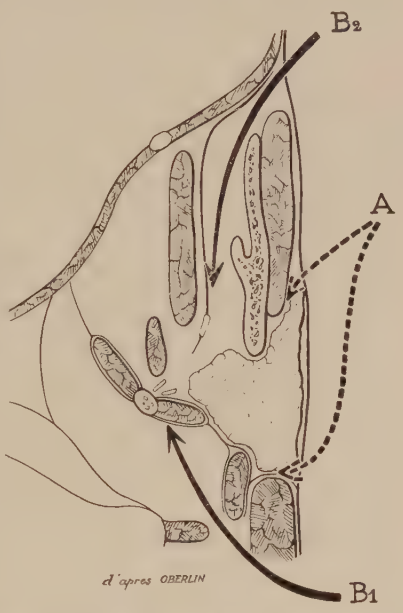


Fig. 1. — A. Voie d'abord de la parotidectomie totale habituelle; B_1. Voie d'abord de la parotidectomie totale élargie sur les parties molles; B_2. Voie d'abord de la parotidectomie totale élargie par hémi-résection maxillaire.

L'ANATOMIE nous fournit leurs principes fondamentaux communs : 1° abord de bas en haut; 2° sacrifice des parois de la loge.

1° La loge parotidienne est un prisme triangulaire vertical. De ses cinq parois, la supérieure crânienne n'est pas en cause dans un abord chirurgical. L'inférieure, presque inexistante, est une trappe largement ouverte sur la région carotidienne moyenne, à peine fermée par la bandelette faciale. Toute découverte de l'origine de la carotide externe, nos évidements ganglionnaires, coupant si fréquemment quelques lobules glandulaires inférieurs, ouvrent en fait cette paroi inférieure et le cheminement normal d'un évidement conduit dans la partie basse de la loge parotidienne : *cette progression de bas en haut*, si habituelle pour nous, *est la règle fondamentale de toute chirurgie parotidienne difficile*, pour trois raisons :

a) Elle permet la ligature première de la carotide externe;

b) Elle découvre très vite le repère capital qu'est le ventre postérieur du digastrique;

c) Elle permettra de reconnaître une grosse adhérence à la carotide interne avant de s'être coupé les ponts.

2° Restent trois parois, qu'une coupe horizontale (fig. 1) schématise utilement : paroi externe, paroi antéro-interne, paroi postéro-interne. La parotidectomie totale habituelle (flèches en pointillé) ouvre la *paroi externe. Elle travaille à l'intérieur de la loge*, et elle y est à l'étroit pour cliver la glande des parois. Elle est donc impossible pour toute tumeur fixée, ou dangereuse et inefficace pour toute tumeur maligne ou douteuse. *Il faut donc travailler en dehors de la loge*, et pour ainsi s' « élargir », sacrifier l'une

Fig. 2. *L'incision.* Selon la topographie de la tumeur le quartier d'orange réséqué pourra, au contraire, être au niveau de la branche antérieure de l'incision.

des deux parois restantes, l'antérieure ou la postérieure (ou les deux) (flèches en traits pleins).

Nous avons ainsi décrit schématiquement :

1° Une parotidectomie totale élargie sur les parties molles : sacrifice de la paroi postérieure;

2° Une parotidectomie totale élargie par hémi-résection maxillaire : sacrifice de la paroi antérieure, les deux élargissements pouvant se combiner, et commençant en tous cas tous deux par un temps commun.

Temps commun aux deux modes de parotidectomie totale élargie.

Il nous faut insister encore sur cette *tactique de bas en haut.* Les gestes qui amèneront le chirurgien aux parois de la loge sont plus importants que des détails techniques ordinaires. Ils constituent dans leur succession *un principe majeur valable non seulement pour l'exérèse de toute grosse tumeur parotidienne, mais encore pour toute tumeur volumineuse ou fixée de la région carotidienne moyenne et supérieure :* adénopathies, neurinomes, anévrysmes, tumeurs du corpuscule carotidien, dont la topographie et l'opérabilité sont incertaines. C'est la règle fondamentale qui rend cette chirurgie claire, facile, bénigne.

Ce temps commun consiste à relever les plans de couverture (sterno-cléido-mastoïdien) et la jugulaire interne, à cliver dans le plan jugulo-carotidien, et à arriver ainsi à la carotide interne, pour reconnaître une adhérence de la tumeur rendant l'exérèse impossible, avant d'avoir fait

Fig. 3. — La loge sous-maxillaire a été évidée. La pince, plus superficielle que l'omo-hyoïdien qui est bien découvert, protège totalement la jugulaire interne pendant la section du sterno. Dans le cartouche, point de section de l'omo-hyoïdien.

des gestes irréparables. L'erreur de Zarraga est, à notre sens, de ne déceler une telle adhérence qu'en fin d'intervention.

L'opération commence donc comme un évidement cervical. L'incision (fig. 2) est donc une incision à deux branches : une branche verticale descendant de la pointe de la mastoïde parallèlement au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien et de la partie moyenne de laquelle part vers le maxillaire

une branche oblique en haut et en avant. Presque toujours, la peau devra être largement excisée en regard de la tumeur, mais selon la situation plus ou moins antérieure de celle-ci, le quartier d'orange correspondant à l'exérèse, sera situé, soit à l'extrémité supérieure de la branche verticale (comme dans la figure), soit au niveau de sa branche horizontale. Et d'ailleurs, peu importe : le principe est le même. L'incision créera trois lambeaux : un postérieur donnant accès à la partie haute du creux sus-claviculaire, un antéro-supérieur découvrant la région sous-maxillaire et le maxillaire inférieur, un antéro-inférieur découvrant les plans de recouvrement de la région carotidienne moyenne et inférieure.

Il y a intérêt, le plus souvent, à se débarrasser du contenu de la loge sous-maxillaire après ligature des vaisseaux faciaux, à leur entrée et à leur sortie de la loge, pour avoir une bonne exposition du ventre antérieur du digastrique, de son tendon intermédiaire et de la carotide externe.

En bas, la section du sterno-cléido-mastoïdien (fig. 3) se fera plus ou moins haut selon que l'on aura décidé ou non de faire un évidement ganglionnaire carotidien. L'omo-hyoïdien constituera un repère très fidèle de profondeur. La jugulaire interne est plus profonde que lui (cartouche fig. 3). Après isolement prudent et patient de la veine, à l'endroit choisi pour la section, avec des instruments mousses (de petits gestes de dissection avec une pince de Terrier permettent très commodément d'en faire progressivement le tour), on la sectionne entre deux ligatures. Il sera bon de repérer le X qui vient parfois avec la veine. Il est indiqué de commencer par lier le bout inférieur : l'entrée de l'air dans celui-ci serait plus dangereuse qu'une hémorragie du bout supérieur.

La jugulaire interne coupée, un fil d'attente peut être placé sur la carotide primitive si l'on prévoit de grosses difficultés. Puis un doigt ou un instrument mousse introduit dans l'espace jugulo-carotidien remonte le long de la carotide primitive (fig. 4). Ce geste presque toujours facile, exsangue, arrivera à la bifurcation carotidienne après avoir coupé entre deux ligatures le tronc thyro-linguo-pharyngo-facial ou ses branches. C'est ce geste capital qui, atteignant bientôt le pôle inférieur de la tumeur cherchera, au besoin avec l'aide d'une nouvelle infiltration de novocaïne, à la séparer peu à peu de la tige artérielle ou au contraire reconnaîtra l'impossibilité de l'exérèse.

Dans ce cas, quelques points rapprocheront les deux segments du sterno-cléido-mastoïdien et il suffira de refermer sur un petit drainage.

Si l'exérèse paraît possible, après avoir libéré le plus haut possible la tumeur de la carotide interne et après avoir lié la carotide externe, l'exploration cherchera à reconnaître l'extension de la tumeur, soit qu'elle se fasse surtout vers l'avant, soit qu'elle se fasse surtout vers l'arrière. Les deux types d'intervention sont dès lors à séparer schématiquement.

Parotidectomie totale élargie sur les parties molles.

On coupera le sterno le plus haut possible près de ses insertions sur la mastoïde. Abaissant et réclinant vers l'avant le muscle ainsi désinséré, on exposera le mieux possible le ventre postérieur du digastrique. L'ensemble de celui-ci et du stylo-hyoïdien, vite confondus, constituent la seule

partie valable du rideau stylien. On coupera ces muscles plus ou moins haut (fig. 5), après avoir lié l'artère occipitale qui chemine au bord inférieur du digastrique, et on entrera ainsi très facilement d'arrière en avant dans

Fig. 4. — Clivage jugulo-carotidien. Fil d'attente sur la carotide primitive. Le digastrique, au lieu d'être coupé comme ici, peut être laissé tendu jusqu'au temps suivant pour meilleur repérage de la cloison stylienne.

la loge parotidienne, emportant en même temps que la tumeur la paroi postérieure de la loge (sterno-cléido-mastoïdien et rideau stylien). Le digastrique a été coupé en bas, en général au niveau de son tendon intermédiaire, soit au moment de l'évidement sous-maxillaire, soit plus tard, si l'on veut, pour meilleure identification du muscle, conserver en tension son ventre postérieur.

Il ne restera plus qu'à lier en haut la jugulaire interne selon la même

technique si on a pu l'isoler. Le spinal sera vu souvent, mais sacrifié le plus souvent ainsi que le facial (le tronc de celui-ci, qu'il est inutile de rechercher systématiquement, n'est souvent pas vu). Il s'agit, nous le savons, de

Fig. 5. — Le sterno a été coupé près de ses insertions supérieures. Section du rideau stylien. Dans le cartouche la carotide externe a été liée entre la linguale et la faciale.

grosses tumeurs fixées, pour lesquelles la conservation de ces nerfs ne se pose pas.

Parotidectomie totale élargie avec hémi-résection maxillaire.

Ayant reconnu la possibilité de séparer la carotide interne de la tumeur et lié la carotide externe, on reviendra vers la région sous-maxillaire préalablement évidée. On repérera le point choisi pour la section osseuse en

tenant compte de la topographie de la tumeur. Dans certaines tumeurs proches de la branche montante, il sera inutile de faire une hémi-résection vraie et on pourra passer par exemple au niveau de la canine. Dans d'autres au contraire, très antérieures, on devra se résoudre à dépasser la ligne médiane (mais le moins possible évidemment pour permettre une solidarisation immédiate des dents des deux mâchoires du côté opposé et pour éviter la chute de la langue en arrière et la déviation de la mâchoire). En tout cas, les dents auront été extraites assez longtemps auparavant

Fig. 6. — Le maxillaire est ruginé. La parotidectomie est ici élargie à la fois en avant et en arrière : noter la section haute du sterno et la section du digastrique adhérent à la tumeur.

(10 jours au minimum) pour que la cicatrisation gingivale soit complète (dans le cas évidemment où la muqueuse n'est pas envahie) et permettre une résection sous-muqueuse sans ouverture de la cavité buccale. Au point choisi pour la section, on ruginera le bord inférieur (fig. 6) et les deux faces de l'os en remontant progressivement pour dégager doucement le rebord alvéolaire. La mandibule sera sectionnée à la scie de Gigli, puis l'hémi-mâchoire à réséquer sera abaissée et luxée en dehors en bloc avec la tumeur, le sterno-cléido-mastoïdien et la jugulaire interne (fig. 7). Le masseter est en général facile à séparer de l'os, mais, bien souvent, la topographie de la tumeur doit faire considérer son envahissement comme probable, et forcera à le couper très haut vers le zygoma pour l'emporter avec la pièce. Le ptérygoïdien interne, parfois difficile à ruginer, pourra être désinséré

au bistouri à résection. Des mouvements de torsion exposent le tendon du temporal, puis du ptérygoïdien externe, qui seront de même coupés au bistouri à résection ou aux ciseaux courbes (fig. 8). Outre la maxillaire interne, quelques vaisseaux sont à pincer, mais relativement peu, en raison de la ligature préventive de la carotide externe. Un dernier mouvement de

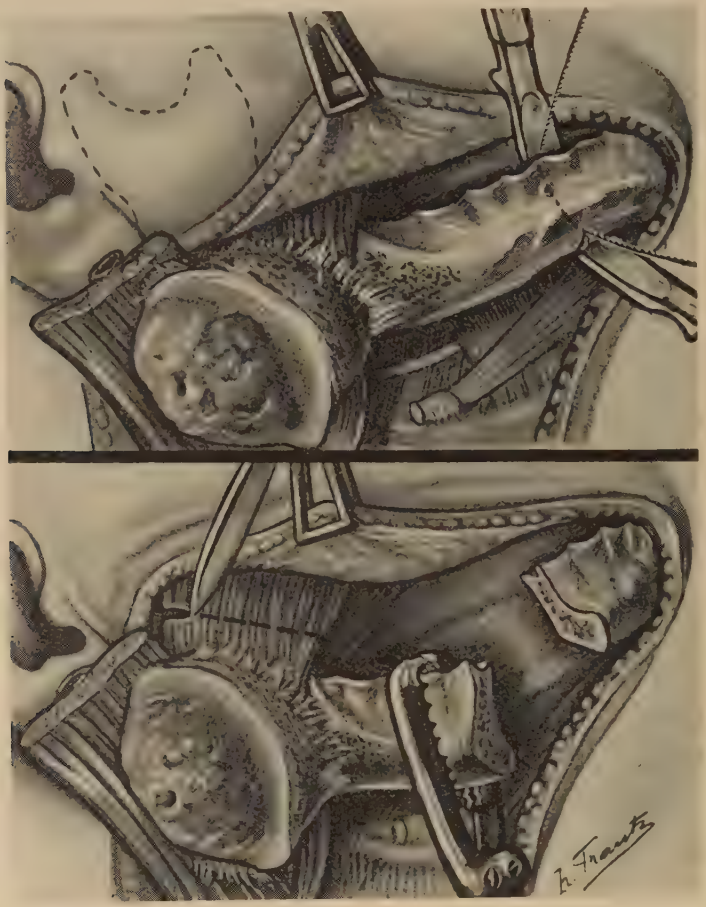


Fig. 7. — En haut, section du maxillaire à la scie de Gigli.
En bas, section du masseter au bistouri à résection.

torsion ouvre l'articulation temporo-maxillaire et permet la désarticulation.

Il va sans dire qu'en cas de très grosse tumeur, la parotidectomie pourra être élargie à la fois en avant en enlevant la mâchoire et en arrière en réséquant le rideau stylien.

La pièce enlevée, la brèche est en général assez considérable. Il ne reste en bas que la tige artérielle et le X sur la paroi pharyngée. En arrière, les muscles prévertébraux et les scalènes sont à nu. La brèche cutanée ne peut en général être comblée complètement. Dans l'exérèse de ces

grosses tumeurs fixées, le problème plastique ne se pose en général pas immédiatement. On pansera donc à plat sur un vaste tamponnement. Il y aura intérêt à laisser une compresse grasse type tulle gras au contact de l'arbre artériel. Dans un cas que nous n'avons pu juger (mort le 4e jour), nous avions posé une prothèse en acrylic. Nous n'avons pas actuellement renouvelé cet essai, car les troubles fonctionnels sont à la longue assez minimes.

Anesthésie. — Presque toutes nos interventions ont été faites à l'anesthésie locale. Après une forte préparation (lavement de chloral ou opiacés)

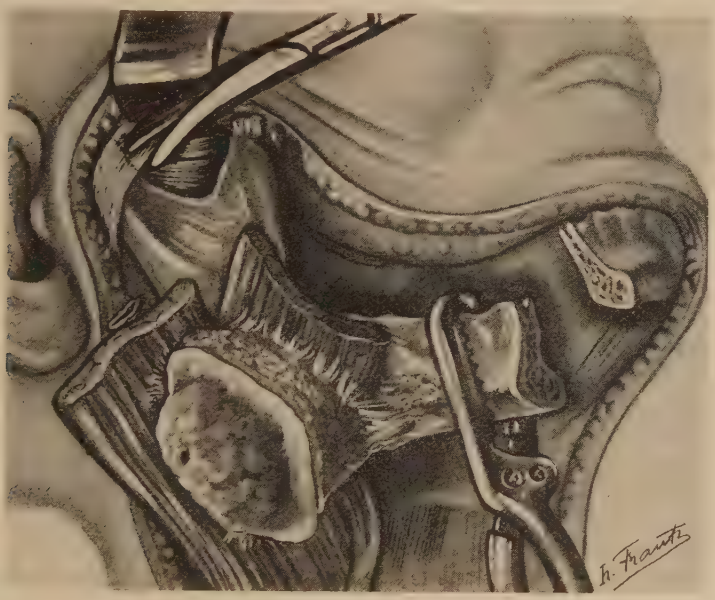


Fig. 8. — Le tendon d'insertion du temporal a été coupé. Section du ptérygoïdien externe et désarticulation du condyle.

nous utilisons d'importantes quantités de novocaïne à 1 p. 100, sans tenir compte de la dose totale. L'anesthésie locale est presque toujours suffisante pour les parotidectomies totales élargies sur les parties molles. L'infiltration du début, faite toujours très largement, sera complétée en profondeur au cours de l'intervention, à la demande, et facilitera beaucoup la dissection, en particulier celle de l'arbre artériel.

Dans les parotidectomies totales avec résection maxillaire, seule la torsion du condyle peut être pénible et nécessiter un complément d'anesthésie générale. Nos trois dernières parotidectomies totales élargies avec résection maxillaire ont été faites sous anesthésie générale par intubation nasale qui nous a donné toute satisfaction et même un relatif « confort » pour les derniers temps de la désarticulation, mais peut-être nous sommes-nous simplement laissés séduire par la perfection des anesthésies actuelles et avons-nous eu tort de renoncer dans ces cas aux avantages de la locale.

La chirurgie du cou est considérablement plus facile à la locale. Ceux qui, comme nous, l'ont utilisée longtemps, sont mal à l'aise dans un cou non imbibé de novocaïne. Celle-ci a d'ailleurs un autre avantage beaucoup plus important : elle bloque les zones réflexogènes, en particulier au niveau de la fourche carotidienne, et permet d'y travailler sans aucun danger et même avec une absence totale de shock ultérieur. Même sous anesthésie générale, nous infiltrons largement la région carotidienne.

Nous n'avons eu à déplorer qu'une mort post-opératoire, le soir de l'intervention, après une mauvaise anesthésie générale intra-veineuse. Il s'agit d'un accident ancien (1939) qu'une meilleure technique anesthésique aurait pu éviter. Pour les 24 autres cas, l'absence de shock a été la règle. Aucun de ces 24 malades n'a eu de réanimation post-opératoire. Aucun n'a dû être transfusé dans les heures qui suivirent. La plupart furent levés dès le lendemain. La simplicité des suites opératoires est, à la lettre, étonnante, et forme un contraste souvent frappant avec l'importance du délabrement.

Indications. — C'est *cette opposition entre l'importance de l'intervention et sa bénignité* qui nous a guidés bien souvent dans nos indications, celles-ci pouvant, dans un grand nombre de cas, paraître déraisonnables, en raison de l'énormité de la tumeur.

C'est également ce qui nous autorise actuellement à *étendre ces indications à des tumeurs plus petites, moins développées.*

Nous ne nous étendrons pas sur les indications : toutes les tumeurs volumineuses et fixées de la région parotidienne, que les radiations ne peuvent prétendre guérir ou qu'elles n'ont pu stériliser, sont justiciables de ces interventions :

Tumeurs mixtes parotidiennes transformées;

Épithéliomas primitifs de la glande;

Nævo-carcinomes de la région parotidienne;

Certains sarcomes des parties molles de la région;

Certains adamantinomes avec envahissement des parties molles;

Récidives ou extension dans la région parotidienne de tumeurs malignes du voisinage (oreille, joue, lèvre, loge sous-maxillaire) quelquefois stérilisées elles-mêmes;

Adénopathies secondaires : certaines adénopathies prétragiennes, certaines adénopathies sous-maxillaires ou carotidiennes supérieures fixées.

Devant toute tumeur parotidienne volumineuse ou fixée dont le diagnostic n'est pas certain, et dont la radio-sensibilité n'est donc pas connue, nous faisons en général une biopsie : soit « drill-biopsy » qui suffit souvent, soit biopsie chirurgicale. Si la tumeur est franchement radio-résistante, nous proposons l'intervention au malade. Si la radio-sensibilité est douteuse ou faible (ce qui est le cas des épithéliomas glandulaires), le radiothérapeute proposera souvent un essai de radiothérapie : si celle-ci, suffisamment poussée pour juger, se révèle peu efficace, nous opérons. Nous n'avons jamais été gênés dans ces cas par les doses moyennes employées.

Contre-indications. — 1° Celles tenant à l'âge et à la médiocrité de l'état général sont pour nous peu fréquentes.

2° Le volume et la fixation de la tumeur ne doivent en principe jamais faire reculer. Ce qu'on voit importe peu. C'est en profondeur l'adhérence à la carotide interne qui constitue la seule contre-indication vraie.

3° Le trismus, même très serré, ne doit pas faire s'abstenir *a priori*. Il peut n'être dû qu'à l'envahissement du masseter. S'il provenait d'un énorme envahissement de la région ptérygoïdienne, on s'en apercevrait en cours d'intervention, comme dans le cas précédent, avant d'avoir fait des temps irréversibles.

Résultats. — Depuis notre communication à l'Académie de Chirurgie [8], nous avons opéré 11 cas nouveaux. Le total de nos 25 cas comprend : 12 parotidectomies totales élargies sur les parties molles et 13 parotidectomies totales élargies avec résection maxillaire. Nos cas sont trop divers pour qu'il y ait intérêt, ici tout au moins, à les classer. Nos résultats sont dans l'ensemble très décevants, mais il s'agissait pour la plupart de cas désespérés, abandonnés, en particulier au-dessus de toute ressource radiothérapique.

Outre la mort imputable à l'anesthésie le soir de l'intervention, dont nous avons parlé plus haut, nous avons perdu le 4e jour de façon subite et inexplicable (et l'autopsie ne nous a pas renseigné) une parotidectomie totale élargie avec résection maxillaire dont les suites avaient été remarquablement simples jusqu'alors. Un malade de 76 ans est mort de cardiopathie 1 an après l'opération, sans récidive locale. Un volumineux nævocarcinome de la région mastoïdienne qui, au bout de 2 ans, était en parfait état, est mort 1 mois plus tard, sans que nous ayons pu avoir de renseignements sur la cause du décès.

Nous ne tiendrons compte ni de 4 cas apparemment guéris, mais trop récents (3, 4, 12 et 21 mois), ni d'une guérison de 12 ans pour une tumeur mixte volumineuse, récidivée, cliniquement suspecte, mais que l'histologie montra être non maligne. Des 16 cas restants, 13 sont morts de récidive locale ou de généralisation, parfois très vite, mais parfois après un délai très long (4 ans et 7 ans).

Mais les 3 autres cas nous ont fourni un résultat inespéré :

Une guérison se maintenant depuis plus de 7 ans pour un sarcome ulcéré et fixé;

Une guérison se maintenant depuis 4 ans pour une tumeur mixte transformée;

Une guérison se maintenant depuis 12 ans pour un cylindrome récidivant, de haute malignité locale, malgré deux récidives locales qui ont cédé à la radiothérapie.

Ces quelques résultats encourageants nous incitent à continuer dans la même voie, et surtout à opérer de la même manière « élargie » des tumeurs malignes plus petites, moins évidemment vouées à l'échec que la plupart de celles que nous avons opérées jusqu'à présent. Ce faisant, nous espérons améliorer nos résultats.

Bibliographie.

1. Faure, J. L. — Étude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord postérieur de la mâchoire. *Gazette des Hôpitaux*, 23 Mars 1895.
2. Bérard, L. et Leriche, R. — De l'évidement de la loge parotidienne avec résection condylo-marginale postérieure du maxillaire. *Revue de Chirurgie*, t. **34**, Décembre 1906, p. 786-803.

3. Zarraga, F. — Extirpation de la glande parotide. *Revista del Hopital Juarez* (Mexico), t. **1**, nº 3, 1er Mai 1912, p. 34-36, 8 fig.
4. Bernard, Raymond. — Traitement chirurgical des adénopathies cancéreuses du cou. *Journal de Chirurgie*, t. **30**, nº 3, Septembre 1927, p. 241-259.
5. Duval, P. et Redon, H. — Un point de technique dans l'évidement cellulo-ganglionnaire du cou pour cancer de la langue. L'opération totale d'arrière en avant. *Journal de Chirurgie*, t. **45**, nº 5, Mai 1935, p. 711-714.
6. Ducuing, J., Fabre et Gouzy. — Évidement ganglionnaire du cou pour cancer (cancer de la langue en particulier). *Journal de Chirurgie*, t. **45**, nº 6, Juin 1935, p. 849-867.
7. Roux-Berger, J. L. et Tailhefer, A. — Section systématique du ventre postérieur du digastrique et du stylo-hyoïdien dans le curage des ganglions du cou. *Presse Médicale*, 25 mars 1933.
8. Roux-Berger, J. L. et Moÿse, P. — Les parotidectomies totales élargies. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, nos 9 et 10, Séance du 16 Mars 1949, p. 279.

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

H. Köhler (Erfurt). — **Sur l expérimentation et les résultats de l'emploi des substances antimitosiques dans les tumeurs malignes** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 21, 1952, p. 865-874).

K. a appliqué la chimio-thérapie chez 44 malades atteints de cancer. Il a employé comme agents antimitosiques les dérivés azotés, la solution arsénio-calcique de Fowler, la colchicine, l'uréthane, le plus souvent en association, pour obtenir le maximum d'effet.

Après une relation précise des doses employées, il apporte le résultat de ses constatations.

Dans presque tous les cas, il a noté des accidents gastro-intestinaux, tantôt légers, tantôt plus sévères (nausées, perte d'appétit, vomissements, diarrhée), que l'uréthane semble spécialement favoriser. Dans 33 cas, il a constaté une chute plus ou moins importante du chiffre des globules blancs, freinée, semble-t-il, par l'arrêt passager de l'emploi des dérivés azotés. Un malade est mort d'agranulocytose; dans 6 cas, est apparu un zona typique, dont l'éruption a cédé avec l'interruption du traitement. Il a observé en outre des conjonctivites, des stomatites, des dermites, dans 12 cas une chute de la valeur globulaire, dans un seul cas une atteinte du foie, avec pétéchies.

L'auteur donne le résultat détaillé de son expérience, suivant la nature de la tumeur, l'existence ou non de métastases, les thérapeutiques concurremment employées, etc., en une série de tableaux, dont on peut tirer les conclusions suivantes :

Sur 44 cas, on a observé 4 fois une régression nette de la tumeur ou de ses métastases, 5 fois une amélioration; dans 17 cas, il n'y eut aucune amélioration; dans 9 cas, on constata une aggravation; enfin 9 cas ne purent être jugés; un effet freinateur sur le développement de la tumeur n'a été observé que sur la lympho-granulomatose ou le sarcome; l'effet sur l'épithélioma a toujours été nul. Ces faits ne présentent qu'une valeur relative, puisque à la chimio-thérapie on a toujours associé les méthodes habituelles de lutte contre le cancer.

L'heure n'est pas passée du bistouri et des irradiations.

R. Gueullette.

P. Wertheimer. — **A propos du traitement des douleurs dites centrales** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 3, Avril 1952, p. 260-261).

De son expérience de la *Chirurgie de la douleur*, W. conclut que rien n'autorise à la conception d'une douleur centrale, indépendante des afférences sensibles, sensorielles ou viscérales et continue à préférer les techniques visant à l'interruption élective et permanente de ces voies afférentes de la sensibilité douloureuse (radicotomies postérieures et sections intra-médullaires, cordotomie antérolatérale ou myélotomie commissurale postérieure).

Cordotomie : 13 cas, 2 morts, 10 résultats excellents.

Myélotomie commissurale : 93 cas, 6 morts, 35 résultats excellents et durables, 20 résultats satisfaisants, mais incomplets, 18 échecs.

Les lobotomies pré-frontales, les topectomies, les résection corticales lui ont donné des résultats peu durables.

J. Mialaret.

Manni (Rome). — **L'hypotension contrôlée comme moyen de réduction des hémorragies intra-opératoires** (*Il Policlinico* [*sez. prat*], vol. **59**, n° 23, 9 Juin 1952, p. 765-773).

L'expérience de M. porte sur 31 malades, 1 méningiome très vasculaire de la région temporo-occipitale, 1 plastique cutanée, 2 évidements ganglionnaires du cou, 3 tumeurs parotidiennes, 2 amputations, 6 interventions sur le sein, 13 sur la thyroïde, 3 cas de chirurgie ostéo-articulaire.

La technique anesthésique a été la suivante : pentothal curare éther, oxygène, protoxyde d'azote. La dose de bromure d'hexamethonium a été de 25 mg par voie intraveineuse. Le but à atteindre étant une stabilisation de la pression artérielle à 70-80 mm de mercure. Le maximum de produit injecté a été de 120 mg, le minimum de 25. L'hypotension n'a pas été obtenue dans 3 cas seulement malgré un fractionnement de doses allant jusqu'à 120 mg. Il n'y a jamais eu ni hématome ni hémorragie post-opératoire.

M. insiste sur 2 points : il ne faut pas faire d'hexamethonium lorsque une hémorragie est déjà commencée pendant l'intervention ou dans la période post-opératoire. La zone opératoire doit être surélevée par rapport au reste du corps.

Olivieri.

APPAREIL LOCOMOTEUR

F. Parisel (Institut Héliomarin du Docteur B. Blankoff). — **Les résultats du traitement de la tuberculose osseuse par la streptomycine** (*Acta tuberculosea Belgica*, **43**e an., n° 1, Fév. 1952, p. 14-22).

23 cas d'abcès tuberculeux, 50 fistules, 27 lésions fermées ont été traités par la streptomycine, jointe aux principes classiques d'immobilisation et aux actes de petite chirurgie qui demeurent nécessaires.

Dans l'ensemble, autant qu'on puisse le dire avec le cycle évolutif si long de la bacillose ostéo-articulaire, on enregistre 70 p. 100 de bons résultats.

La streptomycine est également employée par l'auteur dans les périodes pré- et post-opératoires des interventions de grande chirurgie.

Louis Barraya.

J. Ducuing, Estrade, Mallecaze et **Planel.** — **Sarcome des muscles et des coulées conjonctives des membres** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*, t. **39**, n° 1, 1952, p. 37-47).

Le centre anticancéreux de Toulouse a retrouvé, pour une période de 25 ans, 31 dossiers de sarcome des parties molles des membres.

Pour les notions anatomo-cliniques, les auteurs se trouvent en accord avec les rapporteurs du Congrès de Chirurgie de 1938. Leurs résultats sont cependant plutôt meilleurs, puisqu'ils ont 5 guérisons de plus de 5 ans et qu'ils espèrent la guérison de quelques cas plus récemment traités, se basant sur le fait qu'ils n'ont pas vu jusqu'à présent de récidive ou de métastase survenir après un délai dépassant 10 mois.

Au point de vue thérapeutique, tout en acceptant le principe théorique de la mutilation large d'emblée, ils montrent très justement qu'il est difficilement applicable à cause du siège, le plus souvent proximal, de la tumeur qui siège à la racine des membres, à cause de la disproportion apparente aux yeux du malade entre la bénignité de la tumeur et l'importance de la désarticulation, à cause de l'arrière-pensée que garde toujours le chirurgien de l'existence déjà d'une métastase inapparente dans le poumon. De sorte qu'en pratique ce sont les opérations locales qu'on est amené à réaliser, très souvent même l'énucléation parce qu'il est impossible de déterminer jusqu'où devrait être porté le sacrifice des tissus environnant la tumeur: ces tissus étant apparemment sains.

Mais le fait nouveau, c'est la pratique, aussitôt après cette opération non satisfaisante, de la radiothérapie poussée jusqu'à la limite de tolérance des parties molles.

C'est cette formule thérapeutique qui a donné aux auteurs presque tous les succès que nous avons rappelés plus haut.

P. Moulonguet.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

Everett H. Dickinson, Thomas E. Ashley et **Frank Gerbode** (Oakland, California). — **Traitement définitif des plaies des gros vaisseaux au cours de la guerre de Corée** (*Western Journal of Surgery Obstetrics and Gynecology*, vol. **59**, n° 12, Déc. 1951, p. 625-634, avec 7 fig.).

Ce travail ne concerne que le traitement secondaire des plaies des gros vaisseaux des membres, parvenues au stade de faux anévrysme traumatique ou de fistule artério-veineuse.

Les résultats obtenus sont remarquables puisque cette série de 19 interventions ne comporte aucune mort et qu'aucune amputation ne fut pratiquée.

Les procédés utilisés furent : la résection avec rétablissement de la continuité par greffon veineux (3 cas), la suture latérale de la plaie artérielle (3 cas), la suture trans-veineuse de l'orifice de communication (1 cas), la quadruple ligature (12 cas). Fait assez curieux chez un blessé, la fistule se ferma spontanément.

Ainsi, malgré leur grand désir d'être aussi conservateurs que possible, les auteurs ont-ils cependant pratiqué, dans plus de la moitié des cas, l'intervention radicale parce que les conditions requises pour une chirurgie vasculaire réparatrice n'étaient pas réunies.

Ils insistent sur l'importance de l'emploi de l'héparine et des antibiotiques, de la vaso-dilatation provoquée par infiltrations ou sympathectomie, et sur les bons effets, à la fois anesthésiques et vaso-dilatateurs, de la perfusion post-opératoire de solutions salées et glucosées à 5 p. 100 d'alcool.

J. Loygue.

Norman E. Freeman et **Frank H. Leeds.** — **Greffe veineuse interne pour le traitement des anévrysmes et des thromboses de l'aorte abdominale** (*Angiology*, vol. **2**, n° 6, Déc. 1951, p. 579-586).

Les auteurs ont essayé de traiter un anévrysme de l'aorte abdominale par résection suivie de greffe veineuse. La mort subite de leur opéré, 6 h plus tard, fut attribuée par eux à la rupture du greffon sans que la preuve nécropsique puisse en être apportée. Mais de cette aventure, ils ont conclu qu'un greffon veineux ne devait pas être utilisé sans l'aide d'un support externe.

Aussi, dans un autre cas, ont-ils pratiqué sous hémostase appropriée l'incision longitudinale de l'anévrysme aortique et ont-ils placé le greffon veineux représenté par la veine iliaque primitive gauche, et sa fourche d'origine, à l'intérieur de la cavité anévrysmale suturant le greffon à l'aorte en haut, aux iliaques en bas. Puis ils ont refermé la cavité anévrysmale par suture et injecté dans l'espace mort compris entre la paroi anévrysmale et le greffon veineux, du sang sous une pression égale à la moitié de la tension artérielle maxima. L'ablation des clamps hémostatiques a prouvé la perméabilité du greffon. 4 mois plus tard ce malade âgé de 55 ans était en excellent état.

Même intervention chez un homme de 71 ans, mais en utilisant cette fois, pour greffon veineux, la jugulaire interne et le tronc thyro-linguo-facial. L'héparinisation régionale ne put être maintenue que pendant 4 jours et une thrombose de l'artère iliaque gauche survint. Mort peu de temps après par défaillance cardiaque. A l'autopsie, le greffon veineux était intact.

Lucien Léger.

Jacques Oudot. — **Un nouveau cas de greffe de bifurcation aortique** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **77**, n° 33, 5 Déc. 1951, p. 1035-1036).

Ce beau succès de la greffe aortique a été obtenu chez un homme de 45 ans présentant un syndrome de Leriche typique, que n'avaient pas amélioré des sympathectomies

lombaires. L'opération fut menée à bien par une incision sous-péritonéale gauche : l'aorte fut sectionnée, avec endartériectomie complémentaire, 1 cm en dessous des rénales, l'iliaque primitive droite désobstruée et sectionnée au niveau de sa bifurcation. l'hypogastrique droite était perméable, à gauche la section se fit sur la fémorale commune. Malgré une anurie assez longue de 36 h, la guérison est de bonne qualité : 3 semaines après l'opération le pouls est perçu aux pédieuses et aux tibiales postérieures.

SYLVAIN BLONDIN.

L. Masse, R. Tingaud, R. Cl. Masse et **J. Carles** (Bordeaux). — **Les greffes d'artères conservées. Résultats expérimentaux** (*Bordeaux Chirurgical*, Janv. 1952, p. 15-21, avec 5 fig.).

Continuant leurs beaux travaux sur les greffes vasculaires, les auteurs ont expérimenté sur le chien les résultats des greffes homoplastiques conservées qui semblent avoir actuellement la faveur des chirurgiens.

Ils ont vérifié la constance de la perméabilité de la partie greffée, connue d'ailleurs depuis longtemps. Mais ils se sont surtout attachés aux modifications histologiques subies par le greffon.

A l'exception de l'armature élastique, toutes les structures du vaisseau disparaissent. Le greffon devient une sorte de corps étranger que l'organisme, cependant, tolère bien. En somme, l'utilisation de greffons artériels conservés ne constitue pas de véritables greffes vasculaires. Tout au plus réalise-t-on une plastie susceptible de rendre, dans certains cas, d'indiscutables services.

P. GÉRARD-MARCHANT.

G. Guerreri d'Antona (Pérouse). — **Recherches expérimentales sur les greffes homologues indirectes des grandes artères. L'usage des bagues de vitallium** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **29**, fasc. 1, Janv. 1952, p. 3-8).

Les segments de veine doivent être préférés aux greffons artériels. Leur souplesse les rend plus maniables et facilite leur introduction dans la bague de vitallium et leur rebroussement sur celle-ci. On la fixe par une ligature.

Le greffon est prélevé juste avant l'intervention, de préférence. On peut à la rigueur utiliser un greffon conservé, mais quel que soit le mode de conservation, *des altérations plus ou moins graves sont toujours évidentes, qui ne peuvent pas ne pas influer sur le résultat final.*

Il doit avoir un calibre égal à celui de l'artère, et si possible doit être dépourvu de collatérales. On pourrait lier ces dernières au ras du tronc principal, mais la chute des fils de ligature peut entraîner une hémorragie mortelle.

Il n'a pas été utilisé d'anticoagulants. Ils se sont montrés, dans de précédentes expériences, de dosage difficile et incapables d'éviter la thrombose.

On résèque un fragment d'aorte entre 2 clamps et on introduit dans le bout distal et dans le bout proximal le greffon armé à chaque extrémité de sa bague. Une ligature et quelques points fixent artère et greffon.

Il n'a jamais été constaté de troubles paralytiques (l'anoxie de la moelle étant de courte durée), ni d'embolies.

Le greffon a été prélevé à des intervalles de plus en plus grands et jusqu'à 3 mois après sa mise en place. Il n'a jamais été constaté de thrombose totale ou pariétale. La paroi est toujours épaissie et l'intima du vaisseau hôte se continue sans aucune solution avec celle du greffon. Les artériographies montrent une perméabilité parfaite. Mais si le calibre du greffon est nettement inférieur à celui de l'artère, on a une thrombose mortelle.

Autres causes de mort : hémorragie secondaire au niveau d'une collatérale du greffon, liée lors du prélèvement; hémorragie foudroyante par rupture de l'artère ou du greffon au ras de la bague de vitallium, due peut-être à un défaut de technique.

J. ASSALI.

A. G. Marrangoni (Pittsburgh) et **L. P. Cecchini** (Bethesda). — **Homotransplantation de segments artériels conservés par la méthode de la congélation-dessiccation** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 977-983, avec 6 fig.).

Des segments d'artères, destinés à servir à des greffes artérielles, peuvent être conservés pendant un temps indéfini, à la température ordinaire, par la méthode de la congélation-dessiccation. Cette méthode consiste à prélever le segment artériel sur l'animal choisi et à le placer dans un flacon stérile, qui est maintenu à une température de congélation basse pendant 24 h. Puis le vaisseau est mis dans un appareil spécial (lyophiliseur), qui le dessèche à une température de — 15° à — 25°, dans le vide, pendant 72 à 96 h. L'artère placée ensuite dans un flacon scellé se conserve indéfiniment.

Ces homogreffes ont été expérimentées sur 2 séries de chiens (11 greffes fémorales et 9 greffes aortiques) et ont donné d'excellents résultats dans la plupart des cas.

M. Guimbellot.

J. J. Conle et **J. T. Pack** (New-York, N. Y.). — **Procédés chirurgicaux pour diminuer les risques dans l'excision du bulbe carotidien** (*Surgery*, vol. **31**, n° 6, Juin 1952, p. 845-857, avec 10 fig.).

Un des problèmes les plus sérieux auxquels donnent lieu les opérations radicales sur la tête et le cou est celui du grave danger résultant d'une irrigation insuffisante du cerveau. Il est surtout marqué sur les sujets ayant dépassé la cinquantaine.

Une mortalité importante (40 à 60 p. 100) grève le traitement chirurgical des néoplasmes du cou, nécessitant une ligature de la carotide primitive ou de la carotide interne et lorsque le malade survit, une hémiplégie se développe dans beaucoup de cas.

C. et P. ont étudié sur l'animal et reproduit sur les malades une technique qui consiste à anastomoser entre elles les extrémités sectionnées de la carotide interne et de la carotide externe. La circulation ainsi conservée suffit à éviter les thromboses, l'hémiplégie et la mort.

4 malades ont été ainsi opérés avec succès, tous âgés de plus de 50 ans. L'anastomose réalisée entre les 2 carotides permet une circulation suffisante par les branches de la carotide externe et l'hexagone de Willis (pour éviter les dangers d'ischémie cérébrale ou de thrombose de la carotide interne et de ses branches).

Paul Banzet.

E. Rappert (Wien). — **Étude d'un nouveau traitement de la thrombose** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **64**, n° 16, 18 Avril 1952, p. 283-286).

Sans méconnaître la valeur prophylactique et curative des anticoagulants actuellement employés, R. les considère comme imparfaits dans leurs résultats, de maniement et de dosage difficiles. L'Epsilan M, dont l'effet est d'augmenter le taux d'antithrombine, est un progrès.

Les ligatures veineuses curatives, avec ou sans ablation du thrombus, n'éliminent pas la thrombose secondaire, et des accidents emboliques ont pu être constatés après ligatures prophylactiques. Le blocage sympathique para-vertébral de Leriche, très répandu aujourd'hui, a une valeur indiscutable mais non constante.

Plus on progresse dans l'étude de la thrombose, plus il se confirme qu'il s'agit là d'un trouble apporté dans la régulation centrale au niveau du cerveau moyen par des facteurs jusqu'ici inconnus. Toutes les causes locales invoquées (altérations des parois veineuses, ralentissement du cours du sang) ne seraient elles-mêmes que l'effet du déséquilibre neuro-végétatif. Or, la novocaïne en injections intra-veineuses, de plus en plus employée en thérapeutique médicale, a certainement une influence favorable sur ce déséquilibre.

R. étudie actuellement l'action de la novocaïne ou de la procaïne sur la thrombose; il l'emploie en solution à 1/4 p. 100, à raison de 3 cm^3 par kilo, en instillation intra-veineuse (soit en moyenne 200 à 250 cm^3). Son expérience porte sur 60 malades. Il a noté au début de l'injection une légère sensation de vertige, une légère tachycardie, parfois

des nausées, tous symptômes qui ne se produisent pas si l'on pratique immédiatement auparavant une injection sous-cutanée de caféine-strychnine.

L'instillation doit être faite lentement, en 40 à 60 mn; elle donne une sensation de chaleur, surtout localisée au membre malade, au niveau duquel la douleur disparaît dans 1/3 des cas; dès la douzième heure, l'œdème, la rougeur s'effacent. Si le résultat n'apparaît pas suffisant, on peut renouveler l'instillation après 24 ou 48 h.

R. a noté la disparition de tous les symptômes, tant objectifs que subjectifs, en 3 jours dans la moitié des cas, en 5 à 6 jours dans l'autre moitié. Cependant si la thrombose est de vieille date, le résultat peut n'être complet qu'après 6 à 7 jours (6 à 7 instillations à 24 h d'intervalle). Dans 2 cas seulement, devant la continuation du processus, on dut recourir à la thrombectomie. Chez tous les autres malades, la guérison fut obtenue par cette seule thérapeutique.

Les dosages de prothrombine pratiqués en cours de traitement ont montré 2 types de réaction : dans une première série de cas, on a vu une chute du taux de prothrombine de 40 à 60 p. 100, jamais davantage, qui persiste si on continue les injections; si, après 2 ou 3 jours, la thrombose semble guérir cliniquement, on constate le lent retour à la normale du taux de prothrombine et cette réascension peut être considérée comme un signe de guérison. Dans une deuxième série de cas, on a pu voir, après 1 à 2 h, une légère ascension du taux de prothrombine, suivie dès la troisième heure d'une chute de 40 à 60 p. 100, après quoi la remontée s'est faite lentement sans atteindre après 24 h le taux de départ.

Corrélativement on a constaté une ascension importante du taux d'antithrombine, phénomène qui ne se produit pas chez les sujets bien portants.

Parallèlement à la novocaïne, R. a étudié les effets de l'Hydergin (complexe d'alcaloïdes du seigle ergoté), qui aurait à la fois une influence locale et générale.

20 malades ont été traités, avec une dose de 0,3 mmg (1 cm³), en injections quotidiennes. L'amélioration des signes objectifs et subjectifs de la thrombose a été constatée, plus lente cependant; si l'injection est répétée toutes les 12 h, l'action est en tous points comparable à celle de la novocaïne. Les recherches de laboratoire, en ce qui concerne prothrombine et antithrombine, ont donné des résultats identiques.

L'hydergin présenterait les avantages d'être bien supportée et d'administration plus simple; elle pourrait être utilisée en gouttes ou en tablettes (sous cette forme, dosage encore à l'étude). Elle n'a jamais conduit à une chute tensionnelle véritable.

Le fait capital est que ces deux traitements, utilisés sur 80 malades, n'ont jamais conduit, malgré des dosages intensifs, à un abaissement dangereux du taux de prothrombine et n'ont jamais été suivis de la moindre hémorragie (ce qui permet de supposer que l'on pourrait se passer de tout contrôle de laboratoire).

Voici pour conclure le schéma thérapeutique proposé par l'auteur: dès le début, instillation de novocaïne, suivie pendant 3 à 4 jours et jusqu'à disparition complète de tous les symptômes cliniques, d'injections intra-musculaires d'hydergin, à raison de 1, 2 ou 3 ampoules suivant la gravité du cas.

R. se propose en terminant d'envisager plus tard l'action prophylactique pré-opératoire de l'hydergin, puisque ce médicament, n'abaissant jamais le taux de prothrombine au-dessous du point critique, ne peut faire courir à l'opéré aucun risque d'hémorragie.

R. GUEULLETTE.

A. Clifford Abbot (Winnipeg). — **Traitement chirurgical de l'hypertension** (*The Canadian Medical Association Journal*), vol. **66**, n° 3, Mars 1952, p. 211).

L'auteur après avoir rappelé que l'hypertension tue actuellement 4 fois plus d'hommes que le cancer, étudie une série de 34 cas opérés depuis 17 ans. Ces malades comprenaient 4 hommes et 30 femmes. 9 sont morts : 2 des suites opératoires, 5 des suites de l'hypertension persistante.

L'auteur montre d'abord les difficultés de juger un traitement, chirurgical ou non, de l'hypertension artérielle. Il retient avec Smithwick l'abaissement de la pression diastolique et l'amélioration fonctionnelle éprouvée par le malade. Sur 33 cas, 9 ont

eu un bon résultat soit 27,3 p. 100; 6 un résultat médiocre; 7 un résultat très médiocre; des autres, 3 ont eu un état inchangé; 8 enfin paraissent avoir été aggravés.

En ce qui concerne la technique opératoire, l'auteur a d'abord utilisé la technique de Craig, par voie sous-diaphragmatique. En 1942, il adopta la technique de Smithwick. Actuellement, il utilise une voie d'abord sous-diaphragmatique pour les ganglions lombaires et le splanchnique et une voie transpleurale pour le sympathique thoracique. Cette double incision est pour lui très supérieure à tout autre mode opératoire. Un petit drain est laissé dans le thorax pour 4 à 5 jours en moyenne. Il estime que cette manière de faire explique la simplicité de ses suites opératoires. Dans son esprit, le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle est aussi justifié que celui des interventions majeures proposées aujourd'hui et admises par tous les chirurgiens pour les cancers de l'œsophage et du pancréas par exemple.

HENRI REDON.

A. M. Boyd (Manchester). — **La chirurgie de l'hypertension** (*Practitioner*, vol. **166**, n° 486, Juin 1951, p. 564-570).

Les raisons d'effectuer les opérations sur le sympathique dans les hypertensions sont :

a) D'accroître la capacité du réservoir vasculaire et par conséquent de diminuer la résistance périphérique;

b) D'éviter que les impulsions vaso-motrices n'atteignent le rein;

c) De diminuer la sécrétion d'adrénaline par dénervation des surrénales;

d) De réduire le tonus vaso-constricteur normal.

B. passe en revue, par ordre chronologique, les divers procédés opératoires employés par Craig en 1934, Pitt en 1935, Smithwick en 1950, et Grinson en 1951. Michels, en 1947, se basant sur l'anatomie, montre que pour avoir des résultats sensiblement constants il faut réséquer le sympathique, de chaque côté, du quatrième ganglion dorsal au troisième ganglion lombaire, ainsi que les splanchniques. Le troisième ganglion lombaire doit être extirpé pour intéresser les branches qui vont au plexus rénal.

B. a pratiqué cette opération par voie transpleurale et sous-diaphragmatique en deux, trois ou quatre temps. Il est arrivé à la conclusion qu'il n'y a aucun avantage réel à pratiquer une résection aussi étendue. Il semble que ce soit l'intervention de Smithwick qui soit la plus rationnelle.

D'après B. les seuls malades à opérer sont :

a) Les cas d'hypertension maligne chez des femmes jeunes (moins de 30 ans) et chez lesquelles l'opération est le seul espoir d'amélioration;

b) Les cas d'hypertension bénigne avec céphalée absolument impossible à soulager;

c) Les cas où la vision est menacée par lésion de la rétine.

Dans ces 3 groupes seulement une issue favorable peut être espérée.

En ce qui concerne les résultats, d'après Pitt, on peut dire en gros que la sympathectomie donne de bons résultats dans un tiers des cas opérés. Il semble probable que beaucoup des échecs sont dus à une extirpation incomplète de la chaîne sympathique. Dans d'autres cas, des fibres sympathiques ne passent peut-être pas par la chaîne normale. Dans d'autres cas, enfin, la pression élevée est surtout due à des causes mécaniques au niveau des artères. L'hypertension peut encore être due à des causes extra-sympathiques (phéochromocitomes) ou à un petit adénome surrénal.

Au point de vue technique B. est absolument convaincu des avantages de la voie transpleurale et conduit toujours l'intervention de bas en haut. 287 malades ont été opérés avec une mortalité globale de 4,2 p. 100.

PAUL BANZET.

J. Mombaerts (Bruxelles). — **L'hypertension artérielle dans les affections chirurgicales du rein** (*Acta Chirurgica Belgica*, **51**, n° 4, Avril 1952, p. 311-316).

Avec beaucoup de sagesse, M. rappelle la rareté des cas où l'hypertension artérielle est provoquée ou entretenue par une lésion rénale unilatérale, et ainsi, justiciable de la néphrectomie. Examinant 358 sujets atteints d'une affection urinaire, il trouve 81 hyper-

tendus (23 p. 100) : sur 28 anomalies rénales, 3 hypertentions artérielles, sur 6 reins mastic, 5 hypertensions artérielles, sur 7 maladies polykystiques, 5 hypertensions artérielles, sur 51 tuberculoses rénales, 14 hypertensions artérielles, sur 8 atrophies rénales unilatérales, 4 hypertensions artérielles. La néphrectomie pour hypertension artérielle reste donc une thérapeutique d'exception, mais intéressante dans des cas bien choisis.

SYLVAIN BLONDIN.

Paul Santy et **Pierre Marion.** — **Résultats et indications de l'anastomose spléno-rénale (A propos de 53 opérations pour hypertension portale, dont 33 anastomoses spléno-rénales.)** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 10, 12 Mars 1952, p. 296-301).

Cette importante statistique donne de la clarté à ce difficile problème discuté au Congrès International de Chirurgie en 1951.

Les 53 malades opérés depuis 1948 ont été classés en 4 catégories grâce aux renseignements cliniques, à la biopsie du foie, à la manométrie portale, à la portographie per-opératoire. Dans la *cirrhose alcoolique* les indications opératoires sont rares : échec du traitement médical, reproduction rapide de l'ascite, et surtout hémorragies intestinales. Santy en a opéré 9 cas avec les résultats suivants : 2 drainages péritonéo-cellulaires, 2 échecs (1 péritonite, 1 mort après quelques mois, les ponctions du tissu cellulaire étaient aussi fréquentes que celles du péritoine); 1 splénectomie, guérison précaire maintenue depuis 3 ans; 5 spléno-rénales : 1 décès post-opératoire par pancréatite hémorragique, 1 bon résultat de 2 ans, 1 guérison opératoire avec récidive de l'ascite par thrombose précoce de l'anastomose (réintervention : porto-cave directe, mort par insuffisance hépato-rénale); 2 morts (5 mois et 8 mois); 2 anastomoses porto-caves directes, dont une déjà citée, avec 2 morts rapides.

Dans *l'obstruction portale extra-hépatique* (congénitale, inflammatoire, par adénite pédiculaire) qu'il faut détacher du syndrome de Banti, Santy est intervenu 28 fois : 16 spléno-rénales n'ont donné qu'une mort (complications pulmonaires, 61 ans). Sur 4 cas opérés depuis plus de 2 ans, 1 récidive hémorragique qui ne s'est pas renouvelée, 3 bons résultats; sur 6 cas opérés en 1950, 1 récidive d'hémorragie, 1 décès au 5e mois, 5 bons résultats. L'indication de l'opération dans ces cas se résume pour Santy de la manière suivante : splénectomie si l'obstacle est limité à la veine splénique, splénectomie et anastomose spléno-rénale pour tous les obstacles sur la veine porte; on peut discuter l'anastomose porto-cave dans les cas d'obstacle intra-hilaire sur les branches terminales de la veine porte. Si après splénectomie simple une récidive se produit, on peut proposer une homo-greffe (jugulaire dans le liquide de Gross) entre le confluent mésentérico-splénique et la veine cave inférieure (1 cas récent). Dans *les cirrhoses d'origine indéterminée*, c'est-à-dire les maladies de Banti, avec grosse rate, blocage intra-hépatique et intégrité du tronc porte, 8 A. S. R. ont été exécutées sans mortalité opératoire avec 1 décès (1 an après), 3 bons résultats de 1 an, de 2 et 3 ans. La S. R. est préférable à l'anastomose directe porto-cave, car elle supprime la rate, dont le rôle étiologique ne peut être aujourd'hui délibérément écarté. Santy note d'ailleurs que 4 fois il ne put faire la S. R. parce que la splénectomie était hémorragique et difficile (2 fois) ou que l'état du malade (2 fois) lui a paru trop grave pour permettre d'entreprendre l'anastomose. Ces 4 malades ont succombé (4 morts sur 7 cas de splénectomie).

Cette très belle statistique marque bien les difficultés de cette chirurgie, mais aussi ses résultats intéressants.

SYLVAIN BLONDIN.

R. de Britto, O. Was, P. Abdala et **R. Da Silva** (Rio de Janeiro. Brésil). — **Anastomose réno-gastro-épiploïque dans le traitement de l'hypertension portale** (*Surgery*, vol. **31**, n° 4, Avril 1952, p. 502-510, avec 5 fig.).

Les shunts porto-cave sont sans aucun doute le traitement le plus rationnel, le plus efficace et à la fois le plus révolutionnaire parmi ceux qui ont pu être proposés dans les hypertensions portales. 34 p. 100 des cirrhotiques font des hémorragies digestives et

50 p. 100 meurent moins de 1 an après le début de la maladie du fait de cette redoutable complication.

Blakmoore et ses collaborateurs ont été les premiers à réaliser avec succès les anastomoses porto-cave. Depuis ces premiers essais de nouveaux progrès ont été enregistrés dans la technique de cette intervention.

B. W. A. et S. ont réalisé avec succès, au Brésil, 3 anastomoses porto-cave; dans 1 cas il est pratiqué une anastomose entre la veine gastro-épiploïque droite et la veine rénale gauche; dans 2 autres cas, il s'agissait d'une anastomose spléno-rénale avec conservation du rein.

Dans tous les cas, les auteurs ont utilisé une longue incision thoraco-abdominale gauche, ils estiment que l'anastomose spléno-rénale est meilleure que l'anastomose directe porto-cave. Elle doit être suffisamment large et, pour la réaliser, il est nécessaire d'isoler la veine rénale sur une étendue suffisante. La suture doit être absolument éversante, de façon à mettre en contact les intima des deux vaisseaux.

PAUL BANZET.

CRANE ET ENCÉPHALE

James L. Poppen et **Arthur B. King** (Boston). — **Chordomes : expérience de 13 cas** (*Journal of Neurosurgery*, t. **9**, n° 2, Mars 1952, p. 139-163, avec 22 fig.).

Parmi les 1 800 cas vérifiés de tumeurs du système nerveux central suivies à la Clinique Lahey, figurent 13 chordomes, 7 crâniens et 6 rachidiens. Les chordomes crâniens peuvent siéger sur toute la ligne médiane de la base du crâne; ils ont presque toujours un développement bilatéral, bien qu'ils puissent ne donner que des signes unilatéraux; se manifestant lentement ou brutalement, ils simulent les tumeurs de l'hypophyse, les tumeurs de l'angle, les gliomes du pont et les tumeurs du naso-pharynx, quoique moins douloureux que celles-ci et avec plus rarement des adénopathies cervicales; les destructions osseuses importantes doivent faire penser aux chordomes. 5 malades sont morts peu après l'intervention; une femme de 34 ans, ayant un syndrome de tumeur de l'angle, n'est morte que 6 ans après l'opération, d'une rechute probable; un homme de 51 ans reste bien portant après 5 ans : dans ce seul cas, on avait pu enlever en entier la tumeur qui était bien encapsulée et usait le basi-occipital sans l'envahir.

Sur les 6 chordomes du rachis, 3 étaient cervicaux et 3 lombaires ou sacrés; ils n'ont pas de signes propres; l'importance et la précocité de la destruction osseuse fait presque toujours penser à un carcinome métastatique; il semble qu'aux lésions destructives s'associent parfois une néo-formation et une sclérose osseuse; la tumeur détruit rapidement l'os et peut perforer la dure-mère; l'ablation complète est exceptionnellement possible; cependant un homme de 30 ans atteint de chordome C5 et traité par curettage vertébral, reste guéri depuis 8 ans, sans avoir eu de rœntgenthérapie. L'action de celle-ci est difficile à juger, car la survie dans ces tumeurs est très variable et dans une large mesure indépendante des critères histologiques de malignité; dans 1 cas, les rayons ont fait régresser les masses para-osseuses et atténué les signes nerveux; mais les chordomes paraissent très résistants et il faut utiliser de très fortes doses.

LUCIEN ROUQUÈS.

Orville T. Bailey, Wilfred T. Small et **Franc D. Ingraham** (Boston). — **Blocage par la procaïne des fibres blanches du lobe frontal comme moyen de prévoir les effets de la lobotomie pré-frontale : Étude expérimentale avec une note introductive de William P. Van Wagenen** (*Journal of Neurosurgery*, t. **9**, n° 1, Janv. 1952, p. 21-29, avec 6 fig.).

Avant de faire des injections de procaïne dans le cerveau de l'homme, des essais s'imposaient sur l'animal; il fallait aussi trouver une méthode de détection de la procaïne dans les tissus ne risquant pas de provoquer de nouvelle diffusion; la méthode de Riegel

et Williams qui n'utilise que des vapeurs d'acide nitreux puis d'ammoniaque, remplit ce but. Si l'on se base sur la coloration jaune orange intense qu'elle donne en présence de procaïne, on peut admettre que celle-ci, injectée dans la substance blanche frontale, diffuse peu autour du point d'injection et disparaît en moins de 1 h; les lésions qu'elle provoque sont minimes et ne dépassent pas celles que détermine l'injection d'une même quantité de sérum physiologique. Le plus grand risque de ces injections est la fusée de la procaïne dans les espaces sous-arachnoïdiens ou les ventricules; on peut l'éliminer par une technique précise.

LUCIEN ROUQUÈS.

William P. Van Wagenen et **C. T. Liu** (Rochester). — **Blocage par la procaïne des fibres blanches du lobe frontal comme moyen de prévoir les effets de la lobotomie pré-frontale : évaluation clinique** (*Journal of Neurosurgery*, t. 9, n° 1, Janv. 1952, p. 30-51).

Se basant sur les expériences relatées dans l'analyse précédente, W. et L. ont fait des essais chez 25 malades, principalement des schizophrènes et aussi quelques sujets atteints d'algies violentes et atypiques et plus ou moins hypocondriaques. Dans un premier temps, on fait sous locale un petit trou de trépan de chaque côté, immédiatement en avant de la suture coronale, et par un courant coagulant, on fait adhérer l'arachnoïde et la pie-mère au cerveau sous-jacent : on rend ainsi moins grands les risques de fusée de la procaïne le long de l'aiguille vers les espaces sous-arachnoïdiens et on peut noter les effets d'un acte chirurgical non spécifique sur le comportement; quelques jours après, on injecte dans chaque lobe très lentement et avec une aiguille très fine 3 cm³ de procaïne à 2 p. 100; si l'on craint d'être dans le ventricule, on fait une radiographie après avoir poussé un peu d'air. D'après l'effet des injections au cours des heures suivantes, on peut prévoir dans une proportion très notable des cas (2 sur 3 au moins) les résultats de la lobotomie ultérieure, non pas tant sur l'évolution générale de la psychose que sur le comportement des malades.

LUCIEN ROUQUÈS.

RACHIS ET MOELLE

G. de Sèze, Jurmaud, Levernieux, Durieux, Gueguen et **Hubault** (Paris). — **A propos de 7 cas de luxations cervicales. évolution clinique et traitement** (*Revue du Rhumatisme*, 19e an., n° 3, Mars 1952, p. 239-244, avec 6 fig.).

Les auteurs présentent 7 observations personnelles de luxations cervicales. Il est exceptionnel de rencontrer des signes de compression médullaire, au cours de ces luxations, ce qui est assez paradoxal. Au contraire les observations comportent une grande richesse de manifestations radiculaires, qui toutes, sauf dans 1 cas, furent guéries par un simple traitement orthopédique (tractions cervicales plus ou moins répétées, complétées ou non par un appareil de contention). Le seul cas rebelle au traitement orthopédique était lié à un traumatisme datant de 10 ans. La persistance des cervicalgies obligea à une greffe osseuse sans réduction de la luxation.

Enfin une observation des auteurs leur permet de penser qu'il y a lieu de distinguer 2 types de luxation cervicale : l'une traumatique, l'autre non traumatique secondaire à des malformations congénitales.

PERGOLA.

Paul Teng, Sidney W. Gross et **Charles M. Newman** (New-York). — **Compressions de la moelle par ostéite déformante (maladie de Paget), par tumeur à cellules géantes et par dysplasie fibreuse (syndrome d'Albright) des vertèbres** (*Journal of Neurosurgery*, t. 8, n° 5, Sept. 1951, p. 482-493).

Un homme de 65 ans a depuis 15 mois des difficultés de la marche et de l'engourdissement des membres inférieurs; à l'examen : paraplégie spasmodique, hypoesthésie superficielle et surtout profonde jusqu'en D4, lésions pagétiques typiques sur les radio-

graphies du bassin et de tout le rachis, lésions plus discrètes du crâne, blocage manométrique, arrêt myélographique total en D3; la laminectomie montre que la moelle est comprimée par les lames épaissies de D1, D2, D3; 3 mois après l'opération, la marche est améliorée. Il y aurait dans la littérature 37 cas de compression médullaire dans la maladie de Paget, presque tous chez des hommes et presque tous de siège dorsal. Sur 20 malades opérés par laminectomie, on compte 3 morts, 2 échecs, 1 rechute après 3 ans et 14 améliorations. Aucun des sujets non opérés n'a été amélioré.

Les compressions médullaires par tumeurs à myéloplaxes du rachis sont rares; T., G. et N. n'en ont retrouvé que 15 cas auxquels ils en ajoutent 2 (compression de la queue de cheval par tumeur de l'arc postérieur de L3 chez un homme de 22 ans, compression de la moelle par tumeur du corps de C6, chez une jeune fille de 15 ans) dans lesquels la laminectomie et la rœntgenthérapie ont donné de bons résultats dont la durée n'est pas précisée. L'association chirurgie-rayons X, d'après les derniers cas publiés, semble satisfaisante.

L'observation de compression médullaire au cours du syndrome d'Albright semble unique; il s'agit d'une femme de 37 ans ayant une atteinte costale déjà reconnue, qui présenta une paraplégie soudaine; on enleva des masses fibreuses extra-durales émanant de D5 et D6; la guérison fut rapide; 15 mois plus tard, une rechute soudaine fit découvrir une tumeur provenant de D4; l'amélioration fut lente mais la malade restait guérie 5 ans plus tard.

Lucien Rouquès.

BOUCHE

J. Bourguet (Rennes). — **A propos de 70 interventions pour becs-de-lièvre et fentes palatines** (*Les Annales d'Oto-Laryngologie*, t. **68**, n° 11-12, 1951, p. 820-830, avec 6 fig.).

B. étudie d'abord les troubles orthodontiques qui peuvent survenir au cours de la croissance après intervention sur la fente palatine par la technique de Veau ou ses dérivés. Il analyse à ce sujet les conclusions d'un très important travail du Professeur Ullick de Vienne qui a pu revoir 159 cas à lointaine échéance et comparer le résultat tardif au résultat initial. Dans presque tous les cas, il existait une rétro- et micrognathie du maxillaire supérieur, avec enfoncement de la lèvre supérieure, surtout du côté fendu et position anormale de l'arcade dentaire supérieure par rapport à l'inférieure.

Ces déformations relèvent de divers facteurs : traction chirurgicale brutale exercée sur les 2 berges de la lèvre fendue, production d'un tissu cicatriciel rétractile qui empêche l'accroissement du maxillaire, et malposition des germes dentaires. Peut-être serait-il profitable dans certains cas d'attendre que l'os soit plus richement ossifié et, en particulier, que les incisives de lait aient fait leur apparition. D'autre part Ullick conseille dès la fin de l'intervention et pendant toute la croissance, le port d'un appareil de dilatation dérivé du monobloc de Robin, ne faisant pas appel à des dents d'ancrage. Les résultats semblent encourageants.

B. envisage ensuite le problème des troubles phonatoires liés le plus souvent à ce que les voiles opérés restent trop courts. Il laisse de côté les techniques d'allongement du voile par incision transversale de la luette (Kuster), ou par suture des piliers postérieurs (Axhausen), et s'intéresse surtout à la rétroposition du voile, telle qu'elle a été imaginée par Ernst et Halle; pratiquée soit d'emblée, soit secondairement. Pour maintenir l'allongement du voile, on utilise chez l'adulte un simple grill intra-dentaire, chez l'enfant une plaque modelante type Ernst.

Pour conclure, B. s'est arrêté à la technique suivante :

1° Pour les lèvres, intervention de Veau au 3e ou 4e mois. Si la fente est totale, on ne fait la lèvre que comme 2e temps, vers 6 ou 7 mois après apparition des incisives de lait.

2° Pour la fermeture du plancher narinaire, technique de Wassmund, vers 5 à 6 mois.

3° Pour la fermeture des fentes vélo-palatines, on réserve la technique de Veau aux fentes très étroites, sur des voiles longs.

Dans les fentes plus larges, technique combinée de Wassmund vers 2 ans 1/2 à 3 ans. Si le voile est court, rétroposition, technique combinée d'Ernst-Veau-Langenbeck, et parfois nécessité d'intervenir en plusieurs temps.

PAUL PONCET.

Pierre Dumas (Lyon). — **Le traitement chirurgical de la division vélo-palatine congénitale (à propos de 209 cas opérés)** (*Thèse Lyon*, 1952).

Très bon travail qui étudie avec objectivité les résultats obtenus par le Professeur Guilleminet dans le traitement chirurgical de la division vélo-palatine congénitale. 209 cas ont été opérés par le même chirurgien. 128 ont été revus, parmi lesquels 93 (72,7 p. 100) ont donné un bon résultat anatomique et 68 (53,3 p. 100) un bon résultat phonétique.

L'auteur décrit les modifications qui ont été peu à peu apportées à la technique originale de V. Veau. Il insiste sur la section des crochets de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, sur la conservation des 2 pédicules antérieur et postérieur dans la taille des lambeaux palatins et sur l'adossement large bord à bord de ces lambeaux par des points de Donati. Ces détails techniques ont donné dans les 42 derniers cas opérés une proportion beaucoup plus grande de réunion *per primam*.

Les interventions qui ont été pratiquées suivant cette technique sont encore trop récentes, remarque l'auteur, pour permettre d'affirmer que la rupture des crochets ptérygoïdiens ne peut avoir aucun retentissement fâcheux sur la qualité des résultats phonétiques. Les premiers résultats fonctionnels qu'il a pu observer lui donnent cependant toute confiance.

PIERRE PETIT.

GLANDES SALIVAIRES

Hajess Martin (New-York), N. Y.). — **L'extirpation opératoire des tumeurs de la parotide** (*Surgery*, vol. **31**, n° 5, Mai 1952, p. 670-682, avec 11 fig.).

Deux principes cardinaux dominent la chirurgie des tumeurs de la parotide; le premier est la nécessité d'ablation complète de la tumeur; le second est d'éviter des blessures du nerf facial.

Pour éviter ce danger opératoire, il est nécessaire de découvrir ce nerf à sa sortie du crâne comme premier temps de l'intervention. M. estime que dans les tumeurs banales de la parotide il est amplement suffisant pour éviter la récidive de réséquer une petite portion de glande au-dessous de la masse tumorale. Seules les formes largement infiltrées rendent nécessaire une parotidectomie totale.

PAUL BANZET.

COU

E. J. Cerise, S. Randall et **A. Ochsner** (New-Orleans, Louisiane). — **Cancer du corps thyroïde et goitre nodulaire non toxique** (*Surgery*, vol. **31**, n° 4, Avril. 1952, p. 552-561).

En l'espace de 7 ans, 51 cas de cancer du corps thyroïde ont été observés contre 529 cas de goitre nodulaire non toxique.

L'incidence de découverte de cancers a été de 19,8 p. 100 dans le noyau unique et 12,8 p. 100 dans les noyaux multiples.

Dans les cas de cancer, le délai moyen entre l'apparition de la tumeur et l'institution du traitement final a été de 5,7 ans, et de 2,8 ans entre la découverte de la tumeur et le premier examen médical. Le diagnostic clinique du cancer n'a pas été fait dans 63,4 p. 100 des cas et il n'a pas été fait au cours de l'opération dans 39 p. 100 des cas.

60 p. 100 des malades de cette série sont en bon état et 17 p. 100 sont morts d'un cancer.

Le traitement varie suivant les cas, en général il consiste en une hémi-thyroïdectomie avec ablation de l'isthme.

Une dissection complète du cou est pratiquée si les muscles et les ganglions sont envahis. En cas d'envahissement massif, il faut enlever le plus possible de tissu malade, pratiquer une trachéotomie et faire de la radiothérapie post-opératoire. Le pourcentage élevé des cancers dans les goitres à noyau unique ou multiple impose une thyroïdectomie à titre prophylactique dans tous les cas.

Les thyroïdites latérales aberrantes sont en réalité toujours des métastases ganglionnaires et doivent être traitées comme telles.

PAUL BANZET.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

Alf Olsen (Stavanger). — **Cancer thyroïdien latéral aberrant** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **102**, fasc. 2, Oct. 1951, p. 128-135, avec 2 fig.).

A propos de 2 cas personnels, l'auteur fait une brève étude étiologique, clinique et anatomique de ces tumeurs. Dans l'un des cas observés, il existait des lésions du lobe thyroïdien. Histologiquement on a décrit les tumeurs comme : adénocarcinome et adénome papillaire atypique. Cependant, après ablation, il n'y eut ni récidive locale, ni métastases.

MÉTIVET.

ŒSOPHAGE

H. Weyers (Hambourg). — **L'atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule œsophago-trachéale et son traitement chirurgical** (*Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete*, t. **31**, n° 2, Fév. 1952, p. 69-83, avec 4 fig.).

Les progrès de la chirurgie thoracique permettent maintenant d'entreprendre le traitement opératoire de cette affection, jusqu'alors constamment mortelle. L'anatomie pathologique, l'embryologie, la clinique en prennent une importance nouvelle.

L'atrésie œsophagienne apparaît au moment où, dès le début de la vie embryonnaire, le tube trachéal se sépare du tube œsophagien. Cet arrêt du développement est souvent associé à d'autres malformations des voies digestives supérieures : membrane œsophagienne, sténose, dilatation, brachyœsophage, survenues à différents stades du développement. Le tableau typique, aussi bien que les différentes formes de passage sont justiciables d'un traitement chirurgical.

Les interventions modernes visent à rétablir la continuité œsophagienne. 2 méthodes ont été proposées dans ce but : la dermo-œsophago-plastie pré-thoracique et l'anastomose directe, bout à bout, de l'œsophage dans le médiastin postérieur. Des difficultés peuvent s'élever dans ce dernier type d'intervention, lorsque les extrémités œsophagiennes sont trop éloignées. Pour y pallier, on peut mobiliser le jéjunum, en respectant soigneusement son arcade vasculaire, et venir l'aboucher au cul-de-sac supérieur de l'œsophage. 2 dangers post-opératoires : la sténose secondaire de l'œsophage, et la fistulisation.

Importante bibliographie.

PAUL PONCET.

M. Sulamaa, L. Gripenberg et **E. K. Ahvenainen** (Helsinki). — **Pronostic et traitement de l'atrophie congénitale de l'œsophage** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **102**, fasc. 2, Oct. 1951, p. 141-158, avec 5 fig.).

Étude de 30 cas d'atrésie congénitale de l'œsophage : 28 avec fistule trachéale, 2 sans fistule. 23 morts, 7 guérisons.

La mort est due généralement à une pneumonie par reflux de liquides gastriques. Les auteurs insistent sur l'avantage que présente la gastrostomie complémentaire; et sur les dangers d'une réhydratation parentérale excessive.

Au point de vue technique, les auteurs conseillent, s'il existe un écart assez marqué entre les 2 bouts œsophagiens, de ne pas sectionner la fistule, mais de s'en servir pour amarrer le bout supérieur. On pratiquera ensuite une anastomose termino-latérale.

13 interventions sur des enfants infectés et en mauvais état : 11 morts.

8 interventions sur des prématurés : 8 morts.

9 interventions sur des enfants de moins de 3 jours, mais en bon état : 4 morts, 5 guérisons.

Dans tous les cas on a observé un rétrécissement de l'anastomose, facilement dilatable.

MÉTIVET.

F. S. Cross (Minneapolis, Min.). — **La dystonie de l'œsophage** (*Surgery*, vol. **31**, n° 5, Mai 1952, p. 647-653, avec 4 fig.).

Willis est censé avoir décrit le premier cas de mégacœsophage en 1672; aujourd'hui encore au moins 12 noms différents ont été donnés à cette maladie et au moins autant de théories pathogéniques ont été formulées.

En 1924, Hurs émit l'idée que la lésion du mégacœsophage était due à la destruction des plexus d'Auerbach par une maladie organique d'allure progressive.

C. traite actuellement cette maladie par une résection de la partie inférieure de l'œsophage et de la partie supérieure de l'estomac. 7 cas ont été ainsi opérés et 2 cas d'autopsie ont permis des études anatomo-pathologiques. Sur toutes les pièces une réaction inflammatoire a été observée dans la zone des plexus d'Auerbach avec perte des ganglions. La destruction des cellules ganglionnaires peut être expliquée par une neurocytolise des cellules nerveuses par prolifération des cellules capsulaires et interstitielles. Des investigations ultérieures seront nécessaires pour déterminer la véritable étiologie de cette maladie.

PAUL BANZET.

M. H. Redish et **B. Kertzner** (New-York). — **Ulcère peptique de l'œsophage** (*Gastro-Enterology*, vol. **18**, n° 4, Août 1951, p. 579-587, avec 4 fig.).

6 observations d'ulcère peptique typique de la partie inférieure de l'œsophage thoracique, tous développés chez des sujets présentant une hernie de l'hiatus œsophagien et au niveau d'îlots de muqueuse gastrique ectopique.

R. et K. émettent l'hypothèse que des lésions diverses thoraciques ou cervicales agissant sur les X ou même des lésions sous-diaphragmatiques, gastriques, vésiculaires, coliques, etc., peuvent exciter les contractions de l'œsophage et entraîner l'apparition secondaire d'une hernie gastrique permanente par l'orifice œsophagien. S'il existe du tissu gastrique hétérotopique dans la paroi de l'œsophage inférieur, toutes les conditions sont réunies pour favoriser le développement d'un ulcère peptique à ce niveau.

R. et K. conseillent le traitement médical et les dilatations en cas de rétrécissement, le traitement chirurgical n'étant indiqué que s'ils sont inefficaces.

Un seul de leurs 6 cas a été opéré de résection de rétrécissement et œsophago-gastrostomie. Décès.

J. MIALARET.

A. J. Delario (Paterson). — **Cancer de l'œsophage** (*The Am. Journ. of Dig. Diseases*, vol. **19**, n° 2, Fév. 1952, p. 50-54).

Bonne revue générale, montrant, entre autres précisions, combien sont rares encore, quel que soit le traitement employé, les survies de plus de 5 ans. Aucune statistique personnelle.

CL. OLIVIER.

Y. K. Wu et **H. H. Loucks** (Pékin). — **Cancer de l'œsophage et du cardia de l'estomac** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 946-956).

W. et L. ont observé dans la Chine du Nord, 172 cas de cancer de l'œsophage et du cardia, dont ils donnent les caractéristiques en une série de tableaux. Dans 128 cas on fit une intervention exploratrice, et la tumeur fut réséquée dans 81 cas. La résécabilité fut donc de 63,3 p. 100 des cas opérés.

La mortalité opératoire fut de 17,3 p. 100; mais les 13 dernières résections ont été sans mortalité. Sur les 67 survivants de ces 81 opérés, 41 survécurent de 1 mois à 3 ans.

Sur une autre série de 12 opérés en 1939-41, 1 avait survécu plus de 5 ans et 1 autre vivait encore.

Plus la localisation de la tumeur est basse sur l'œsophage, plus la mortalité opératoire diminue.

W. et L. ne donnent pas de détails sur la technique opératoire suivie.

Sur les 91 malades non réséqués, la survie après la sortie de l'hôpital n'a pas été en moyenne de plus de 2 à 3 mois et la gastrectomie ou la jéjunostomie n'ont guère prolongé cette survie.

L'utilité d'un diagnostic précoce est mise en lumière.

M. Guimbellot.

P. Michaud. — **Le sarcome primitif de l'œsophage** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 7, Oct. 1951, p. 813-820, avec 4 fig.).

A propos de 2 observations de sarcome de l'œsophage réséqué par thoracotomie et guéri opératoirement, M. rappelle les 2 types habituels de l'affection :

La forme polypeuse, la plus fréquente. La tumeur a une évolution surtout endo-œsophagienne, en chou-fleur, la muqueuse est longtemps respectée. Le sarcome forme un véritable corps étranger qui entraîne la dysphagie sans véritable sténose. Radiologiquement, l'image ne peut être distinguée d'un polype bénin et la biopsie seule fait le diagnostic. L'intervention est rendue relativement aisée par l'absence d'adhérences médiastinales. L'évolution est lente, l'envahissement lymphatique minime, les métastases rares et tardives.

La forme infiltrante présente, au contraire, sauf l'histologie, toutes les caractéristiques de l'épithélioma : diffusion extra-œsophagienne par envahissement des organes voisins, extension lymphatique précoce, etc., et le diagnostic exact n'est porté qu'à l'examen anatomo-pathologique.

J. Mialaret.

B. Oberhofer (Zagreb). — **Œsophagectomie sub-totale avec anastomose œsophago-gastrique intra-thoracique, dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage** (*Acta Chirurgica*, 1951, fasc. 4).

L'article a pour sujet le traitement chirurgical des sténoses cicatricielles étendues par brûlures chimiques de l'œsophage thoracique. Revue brève des différents procédés opératoires de reconstruction d'un œsophage externe sous-cutané, montrant leurs côtés défavorables. Le segment altéré de l'œsophage est laissé en place, la reconstruction demande plusieurs temps et les résultats esthétiques et fonctionnels ne sont pas satisfaisants.

Dans l'œsophagectomie sub-totale avec anastomose œso-gastrique intra-thoracique, le segment altéré est enlevé; l'opération se fait en un temps et la différence avec les relations normales du tractus alimentaire est moins grande puisque les aliments passent ainsi directement dans l'estomac. Les résultats cosmétiques et fonctionnels sont réellement bons et les malades ont le sentiment d'un véritable retour à l'état normal de leur tractus alimentaire.

Après description du procédé opératoire (figures) permettant l'anastomose œso-gastrique intra-thoracique haute, l'auteur donne quelques détails sur son propre matériel opératoire. 9 opérés avec 3 morts et bons résultats pour les 6 autres. La

mort survint après l'opération dans 2 cas par anoxémie et le troisième mourut 2 mois après de fistule œsophagienne avec empyème. Les 6 survivants vont bien depuis 1 à 2 ans, ils déglutissent toute nourriture sans difficulté et mènent une vie normale.

L'indication de cette opération, pour sa supériorité de résultats existe dans tous les cas de strictures cicatricielles de l'œsophage, ne répondant pas au traitement conservateur.

D'après le résumé en anglais de l'auteur.

P. Grisel.

Dufour, Lafargue et **Cabanie** (Bordeaux). — **A propos du résultat fonctionnel des œsophagoplasties pré-thoraciques** (*Bordeaux Chirurgical*, Juil. 1951, p. 107-109).

Comparaison entre les différentes méthodes d'œsophagoplasties.

Pour les anastomoses pré-thoraciques, les auteurs rejettent l'estomac, que sa transposition soit partielle ou totale. Il en est de même pour le jéjunum qui, mauvais lorsqu'il est utilisé dans le sens antipéristaltique, ne peut être employé que dans 40 p. 100 des cas dans le sens péristaltique. Ils n'ont pas l'expérience du côlon gauche qui, toujours pour des raisons d'antipéristaltisme, ne leur paraît pas plus favorable.

Les anastomoses rétro-sternales, malgré les avantages qu'a soulignés Rudler, présentent de nombreux inconvénients qu'ils analysent.

Et ils concluent à la supériorité des œsophagoplasties pré-thoraciques à l'aide du côlon droit et de l'iléon terminal.

P. Gérard-Marchant.

Villemin, Dufour, Rigaud et **Cabanie** (Bordeaux). — **Les facteurs anatomiques conditionnant l'iléo-colo-œsophagoplastie pré-thoracique** (*Bordeaux Chirurgical*, Avril 1951, p. 49-55, avec 6 fig.).

L'utilisation du côlon droit et de l'iléon terminal est sous la dépendance de 2 facteurs.

Facteur vasculaire, résultant de la disposition anatomique des artères que les auteurs ont étudiée chez 40 sujets.

Facteur morphologique, permettant ou non une rotation du côlon droit de 180° autour de l'origine de l'artère colique supérieure droite. Cette rotation dépend à son tour de 2 facteurs : la distance à couvrir, la longueur du matériel transposable.

A ce propos, les sujets brévilignes sont plus favorables que les longilignes. Chez ces derniers, cependant, la longueur du cou facilite le temps cervical.

P. Gérard-Marchant.

GLANDE MAMMAIRE

Jean-Louis Bonenfant (Québec). — **Le pronostic histologique des cancers de la glande mammaire** (*L'Union Médicale du Canada*, t. **81**, n° 4, Avril 1952, p. 384-389, avec 4 fig.).

De cette étude portant sur 186 cas d'épithéliomas mammaires il ressort qu'un pronostic quasi certain a pu être porté : 1° dans les épithéliomas du degré I (Grigouroff) qui ont tous eu une évolution favorable sauf le cas hémophile; 2° dans les épithéliomas du degré IV (Grigouroff) dont 20 sur 21 ont entraîné la mort; 3° dans les épithéliomas hémophiles (Delbet et Mendaro) dont 57 sur 59 ont été mortels. Un pronostic certain basé uniquement sur l'aspect histologique de la pièce fut donc réalisable environ une fois sur trois.

Cl. Olivier.

J. Jaki et **B. Korpassy** (Szeged i. Ungarn). — **Métastases ovariennes du cancer du sein** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 21, 1952, p. 874-881, avec 4 fig.).

Au cours des castrations pour cancers du sein avec métastases osseuses, les auteurs se sont aperçus de la fréquence relative d'une localisation ovarienne méconnue (6 fois

sur 15 cas étudiés). Ce fait confirme l'intérêt de la castration chirurgicale, la radiothérapie, si elle tue la fonction, étant incapable de détruire la métastase.

Cette atteinte est le plus souvent microscopique et dans la majorité des cas, bilatérale; parfois cependant la métastase ovarienne est du volume d'une noix ou d'une mandarine, et peut être perçue au palper combiné. Il y a donc intérêt à faire toujours cette recherche chez les cancéreuses du sein, et à explorer toujours les seins en présence d'une tumeur ovarienne.

Les auteurs relatent à ce propos l'histoire d'une malade qui dut subir en 1949 une amputation du sein droit pour cancer; or, 1 an plus tôt, on avait pratiqué une castration qui avait révélé un carcinome médullaire des deux ovaires; l'interrogatoire devait apprendre que, antérieurement à cette castration, on avait extirpé un nodule du sein gauche, baptisé alors adénome. Il leur semble qu'ici la métastase ovarienne a pris le pas sur la tumeur mammaire primitive.

La genèse de ces métastases ovariennes reste discutée. De nombreux auteurs ont défendu la théorie de l'implantation; d'autres croient à un envahissement par voie lymphatique rétrograde. J. et K. défendent la voie sanguine : la localisation serait favorisée par le trajet en spirale des artères ovariennes, disposition qui fait tomber la pression artérielle au niveau de la glande; avec l'atrophie ovarienne, qui fait cesser la production d'œstrogènes, le danger de métastase ovarienne du cancer du sein disparaîtrait (comme disparaît la tumeur de Krukenberg après la ménopause). Ainsi se révélerait l'influence secondaire de l'activité hormonale, et se confirmerait l'opportunité de la castration chirurgicale chez les cancéreuses du sein, surtout avant la ménopause.

R. Gueullette.

Bengt Fries (Linköping). — **Résultats du traitement du cancer du sein par intervention chirurgicale suivie de radiothérapie post-opératoire** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 1, Mars 1952, p. 64-70).

A l'hôpital central de Linköping, 309 cas de cancer du sein furent traités de 1929 à 1944. 252 furent traités par opération suivie de radiothérapie post-opératoire : 101 cas au stade I; 104 cas au stade II; 47 cas au stade III. Au bout de 5 années, on a observé : pour les cas I : 77,2 p. 100 de guérisons. Pour le stade II : 29,8 p. 100 de guérisons. Pour le stade III : 0 p. 100 de guérison.

Dans 49 cas, une intervention limitée fut suivie (après examen histologique de la pièce) par une opération large dans les 7 à 10 jours après la première intervention. Les résultats ultérieurs n'en ont pas été modifiés.

Métivet.

E. W. Demaree (Pasadena). — **Récidive locale après traitement chirurgical du cancer du sein** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 5, Nov. 1951, p. 863-867).

D. a revu les observations de 255 cas de malades, opérées de 1932 à 1949 pour tumeurs malignes du sein et décédées depuis. La mastectomie radicale reste toujours le procédé de choix dans le traitement du cancer du sein, mais dans beaucoup de cas l'opération n'est pas correctement pratiquée.

L'ablation de la peau doit être large, l'incision devant passer à 7 cm au moins des limites palpables de la tumeur. Le tissu cellulaire sous-cutané doit être enlevé jusqu'au sternum en dedans, au grand dorsal en arrière, au bord inférieur de la veine axillaire dans l'aisselle, et tout ceci en un seul bloc.

La récidive locale est apparue entre 3 semaines et 28 ans, avec une moyenne de 2 ans et 5 mois. Elle doit être traitée par la chirurgie, en refaisant une mastectomie radicale si la première a été incomplète, ou en enlevant largement la récidive locale; mais on doit s'assurer qu'il n'y a pas de métastases à distance. Dans la majorité des cas, on doit se contenter de la radiothérapie. Le traitement hormonal (castration chirurgicale ou par les rayons) a donné quelques résultats favorables chez les malades non encore ménopausées. Après la ménopause, le traitement par les œstrogènes a été inefficace et doit être très surveillé pour le cas d'aggravation des lésions.

M. Guimbellot.

Max Jessner, Frederick G. Zak et **Charles R. Rein** (New-York). — **L'angiosarcome au cours du lymphœdème qui suit les amputations élargies du sein (Syndrome de Stewart-Trèves)** (*A. M. A. Archives of Dermatology ane Syphilology*, vol. **65**, n° 2, Fév. 1952, p. 123-129, avec 7 fig.).

De ce syndrome, décrit pour la première fois en 1948, plusieurs exemples sont maintenant connus. Celui de J.. Z. et R. concerne une femme de 54 ans ayant subi, en 1942, une amputation élargie du sein pour cancer avec métastases aux ganglions de l'aisselle. Un traitement de rayons X et de radium avait été exécuté peu après. Puis un lymphœdème important était apparu. Il avait régressé partiellement. En Avril 1949, la malade nota sur la face interne du bras, à distance de la zone irradiée, plusieurs nodules bleuâtres, fermes, surélevés. Une biopsie fit porter le diagnostic de tumeur vasculaire bénigne. Malgré des cautérisations locales de nouveaux nodules apparurent et quelques mois plus tard la malade vint consulter les auteurs. Une nouvelle biopsie permit le diagnostic correct et incita J. à pratiquer l'amputation du bras. L'évolution continua à la racine du membre et la malade mourut peu après.

Aussi J.. R. et Z. conseillent-ils, à l'avenir, compte tenu des échecs antérieurs de la radiothérapie, l'exécution précoce d'une désarticulation interscapulo-thoracique. Ils rappellent les difficultés du diagnostic histologique et citent un exemple considéré à tort comme une sarcomatose de Kaposi dans l'atlas en couleur de pathologie publié par le Service de Santé de la Marine Américaine.

Cl. Olivier.

THORAX, CAGE ET CAVITÉ

Conrad Hirschfeld (Brisbane, Australie). — **Tumeurs et kystes du médiastin** (*Australian and New-Zeeland J. of Surgery*, vol. **21**, n° 1, Août 1951, p. 27-46, avec 17 fig.; vol. **21**, n° 2, Nov. 1951, 81-101, avec 42 fig.).

Cet important travail constitue une revue générale des tumeurs et kystes du médiastin qui sont divisés en tumeurs et kystes d'origine congénitale, tumeurs de la charpente osseuse de la cage thoracique, tumeurs neurogéniques, tumeurs de la trachée et de l'œsophage, tumeurs ou kystes du cœur et des grands vaisseaux, tumeurs thymiques, tumeurs des glandes thyroïde ou para-thyroïdes, tumeurs du tissu conjonctif (lipomes, hémangiomes, lymphangiomes, fibromes et léiomyomes), tumeurs malignes (réticulosarcomes, cancers secondaires), tumeurs inflammatoires (tuberculomes, gommes, kystes hydatiques) enfin les sarcoïdes de Boeck.

H. étudie tout d'abord en bloc les symptômes cliniques des tumeurs des médiastins et leurs symptômes radiologiques. Il reprend ensuite en détail chacune des variétés en montrant les éléments permettant d'en faire le diagnostic et, à chaque chapitre, il envisage le traitement.

34 cas de tumeurs sont analysés comprenant 2 cas de goitre médiastinal postérieur, 1 cas d'hémangiome et 1 kyste lymphatique.

Un résumé de 600 autres cas retrouvés dans la littérature médicale est ajouté à cette étude.

Paul Banzet.

K. Zuschneid (Berlin). — **Le chylothorax** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 15, 1952, p. 609-618, avec 4 fig.).

La thérapeutique des affections traumatiques ou non du canal thoracique doit bénéficier dans une large mesure des progrès de la chirurgie thoracique. Le chylothorax est une affection des plus graves, qui entraîne la mort dans le marasme et le collapsus circulatoire. Or, les entreprises chirurgicales endo-thoraciques en ont multiplié les cas.

Après en avoir précisé l'anatomie, l'auteur rappelle quelques notions physiologiques importantes. On sait notamment aujourd'hui que la ligature du canal thoracique n'est pas fatalement mortelle, grâce au développement des voies de dérivation veineuses (azygos, veines intercostales et rénales, veine cave inférieure); l'observation montre qu'à défaut d'oblitération spontanée (ou opératoire), la fistule tue dans 50 p. 100

des cas. La perte de 4 à 5 l de chyle par jour représente une déperdition considérable en eau et en matières albuminoïdes, moindre en graisses dont 60 à 70 p. 100 passent par le foie; ce déficit est générateur de troubles généraux, de vertiges, de maux de tête, finalement de déshydratation massive et de marasme.

Mais cliniquement, la réplétion de la plèvre par de telles quantités de liquide amène un déséquilibre respiratoire important et des phénomènes de compression des organes intra-thoraciques; la dyspnée, les troubles du rythme cardiaque en sont les conséquences immédiates. Ces symptômes peuvent se faire attendre des semaines ou des mois.

Il est cependant nécessaire d'agir vite et de se décider de bonne heure à l'intervention, dès que la ponction a révélé la lésion, confirmée par l'étude de la formule blanche (absence presque totale des lymphocytes et chute du taux des éosinophiles); il est à noter que le taux des lymphocytes remonte avec le rétablissement spontané de voies de retour collatérales et immédiatement après la pose d'un fil sur le canal thoracique.

Cette ligature a son indication majeure dans le chylothorax traumatique. La ligature préventive au lieu d'élection est considérée par quelques auteurs comme une manœuvre sage au cours d'opérations importantes sur le médiastin.

En présence d'un chylothorax de cause inconnue, Z. souligne l'intérêt de l'examen radiologique après médiastinotomie. La technique en est simple et d'exécution facile, telle que l'a décrite l'auteur, qui l'a lui-même utilisée dans 2 cas avec succès.

R. Gueullette.

O. Hueck et **H. Kahle** (München). — **Le chylothorax** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 15, 1952, p. 618-622).

Rare, grave en raison de ses complications cardio-pulmonaires et médiastinales, de l'inanition qui résulte de la perte massive d'eau, de protéines, de matières grasses, le chylothorax est de diagnostic facile par la ponction (liquide laiteux, inodore, renfermant 4 p. 100 de graisses, 3 p. 100 de protéines, pourcentage d'ailleurs variable avec l'alimentation). Au point de vue étiologique, il faut retenir outre le traumatisme (piqûres, coupures, esquilles osseuses, fractures vertébrales, contusions thoraciques) et l'accident opératoire, l'influence indirecte possible d'une tumeur de voisinage (ganglionnaire ou métastatique), la tuberculose du canal thoracique, sa thrombose ou celle de la veine sous-clavière, la filariose.

Les auteurs en relatent une observation intéressante.

Il s'agissait d'un homme de 51 ans qui avait subi antérieurement des infiltrations stellaires pour névralgie faciale gauche; la dernière avait déclenché une crise de toux et l'apparition d'une dyspnée qui persista; à la suite de quoi, il fit une thrombose du membre inférieur gauche. C'est alors qu'on le vit et que l'on constata par ponction, un chylothorax droit; de la plèvre on retira 1 200 à 1 800 cm³ de liquide tous les 15 jours. L'exploration radiologique laissait supposer qu'il existait une tumeur pulmonaire ou une métastase ganglionnaire importante. Une thoracotomie droite montra un poumon collabé, avec épaississement considérable des feuillets pleuraux; on réussit à découvrir dans le revêtement couenneux qui recouvrait l'hémi-diaphragme un orifice ponctiforme par où s'écoulait le chyle; la dissection du canal thoracique lui-même était impossible. On pratiqua une décortication du poumon, suivie d'insufflation; on irrigua la plèvre d'une solution fortement sucrée en vue de favoriser les adhérences et on établit un drainage aspiratif. La sécrétion, importante au début, diminua rapidement. Mais les progrès de la cachexie, une anémie hypochrome sévère emportèrent le malade en 3 semaines. On constata à l'autopsie qu'il s'était agi d'un myosarcome utérin avec métastases pulmonaires multiples et infiltration blastomateuse du canal thoracique et des lymphatiques de la coupole droite où siégeait la perforation.

Les auteurs remarquent qu'ici la perforation a succédé à la stase du canal thoracique qui a amené la dilatation de voies lymphatiques altérées. La lenteur de l'évolution doit s'expliquer par le fait que la sténose du canal n'était pas totale, laissant passer une partie du chyle. Le rôle des infiltrations stellaires qui aurait pu être évoqué doit être rejeté ici.

R. Gueullette.

H. E. Grewe et **E. Beck** (Berlin). — **Suites éloignées du chylothorax et indication du traitement opératoire sur le canal thoracique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 16, 1952, p. 649-655, avec 3 fig.).

Les progrès de la chirurgie thoracique ont ouvert la voie du traitement chirurgical du chylothorax, jusqu'ici traité médicalement.

En dehors du traumatisme direct ou indirect, de la tuberculose, du néoplasme, l'origine reste souvent imprécise; on a recherché des tentatives d'explication dans l'existence d'anomalies congénitales, dans des lésions inflammatoires, des oblitérations partielles par thrombose, une parasitose, toutes suppositions que l'autopsie ne démontre pas toujours.

La guérison au stade de début a pu être obtenue par ponctions (on a retiré jusqu'à 700 l en 80 ponctions au cours de 2 années); il est à penser dans ces cas qu'il s'agit, non pas d'une atteinte du canal thoracique lui-même, mais d'une de ses branches collatérales. Elle est en fait exceptionnelle.

Les premières tentatives chirurgicales ont visé à l'oblitération indirecte par symphyse pleurale. Aujourd'hui, et surtout dans les formes traumatiques, c'est à la ligature du canal thoracique que l'on s'adresse. Mais le recul manque pour juger des résultats éloignés.

Les auteurs relatent une observation de chylothorax survenu en 1941 chez une femme de 39 ans, à la suite d'un accouchement; la guérison est obtenue en 3 mois par les moyens médicaux; deuxième accouchement en 1947 et récidive, elle-même guérie en 2 mois. En 1948, nouvelle récidive, on fait alors, après ponction, une injection intra-pleurale sclérosante; les feuillets pleuraux s'accolent bien et on obtient une amélioration. Mais la dyspnée reparaît, croissante, sans doute attribuable à la stase lymphatique au niveau des bases pulmonaires.

Se basant sur une observation française d'un cas similaire (Roujeau, Delaure et Depierre), qu'ils rappellent ici, les auteurs interviennent, ouvrent l'hémithorax droit, constatent une infiltration d'aspect emphysémateux du poumon, des voies lymphatiques distendues, des ganglions au niveau du hile; libèrent l'azygos, ne trouvent pas le canal thoracique, font une biopsie du poumon et referment le thorax; un emphysème sous-cutané étendu oblige à une révision de la suture pulmonaire. Un écoulement sanglant important se produit et le malade meurt rapidement.

L'autopsie montre, comme dans l'observation française relatée, des lésions importantes des deux poumons, bien que le chylothorax siège à gauche seulement; les poumons apparaissent farcis de bulles, rappelant l'emphysème, et constituées par des dilatations kystiques des lymphatiques; il y a en outre une hypertrophie importante de la musculature lisse des ramifications bronchiques.

Ces faits témoignent du retentissement secondaire du chylothorax sur l'appareil respiratoire et de la part que prend celui-ci dans les graves complications évolutives. Ils nous imposent l'opération immédiate, surtout dans les formes traumatiques du chylothorax. Les résultats précoces tout au moins seront d'autant meilleurs que les voies collatérales s'avéreront plus développées (ce dont on ne peut préjuger) et que la ligature du tronc portera plus près de sa terminaison. Quant aux résultats à distance, il est trop tôt pour en juger.

R. Gueullette.

POUMON ET PLÈVRE

N. C. Delarue (Toronto). — **Cancer bronchique** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **66**, n° 3, Mars 1952, p. 261-266).

Au cours des 2 années 1947 et 1948, 172 diagnostics de cancer bronchique ont été posés à l'hôpital général de Toronto. Delarue expose les principales conclusions à tirer des 124 cas qui ont été complètement étudiés. D. n'ajoute rien de nouveau en ce qui concerne les notions de sexe et d'âge. Il insiste une fois de plus sur la banalité

des signes de début, la nécessité d'arriver à un diagnostic formel par la bronchoscopie, la biopsie des ganglions, l'examen des crachats.

La bronchoscopie reste l'examen majeur. Dans les 89 cas où elle a été faite, un diagnostic formel a été porté dans 80 p. 100 des cas.

La thoracotomie est restée exploratrice dans 54 cas; la pneumonectomie a été possible dans un peu plus de 1 cas sur 5.

D. insiste sur les changements de la mortalité opératoire aux environs de 1946. La mortalité est passée en effet de 36 p. 100 à 10 p. 100 après 1946. Il faut surtout retenir de cette étude que les survies de 3 ans atteignent presque 25 p. 100 et les survies de 5 ans dépassent 21 p. 100. Il apparaît donc que le problème du diagnostic précoce doit permettre d'améliorer très considérablement le traitement chirurgical des cancers du poumon.

HENRI REDON.

Thure Wiklund (Stockholm). — **Cancer bronchique. Etude de 259 cas, dont 100 furent réséqués** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **102**, fasc. 2, Oct. 1951, p. 162-164).

Résumé par l'auteur d'un volume publié par lui (supplément 162 des *A. C. S.*). Ces 259 cas furent observés de 1935 à 1945.

L'auteur a surtout étudié les suites tardives, chez les 25 opérés qui ont survécu plus de 5 ans.

Il pense, que dans le cas de cancer droit, il est utile de réduire la cavité pleurale par thoracoplastie.

Tous les pneumectomisés présentent une hypertension pulmonaire à l'effort. On doit craindre chez eux l'apparition d'un *cœur pulmonaire*.

MÉTIVET.

G. Bickel et **P. Reutchnick** (Genève). — **Le diagnostic précoce du cancer primitif du poumon** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. **72**, n° 1, Janv. 1952, p. 27-44, avec 2 fig.).

La relative fréquence actuelle du cancer broncho-pulmonaire et les résultats favorables de son exérèse chirurgicale précoce font regretter que par les insuffisances du diagnostic médical la grande majorité des cas (93 p. 100 des 349 cas d'une statistique du « Bellevue Hospital ») ne soient pas reconnus assez tôt pour être opérés avec quelque chance de succès. Survenant le plus souvent chez l'homme et chez les grands fumeurs, le cancer du poumon présente une longue phase silencieuse et ses premiers signes cliniques assez banaux, toux d'irritation, gêne thoracique, petite dyspnée intermittente, sont trop souvent attribués à un simple « catarrhe des fumeurs ». D'où l'intérêt de cette étude consacrée au diagnostic précoce de cette affection.

Au cours de la phase silencieuse, les examens de routine systématiques, radiographie et surtout radioscopie, de réalisation plus facile, constituent un excellent moyen de dépistage, les tumeurs périphériques dessinent une ombre facilement reconnaissable, tandis que les tumeurs des grosses bronches ne se signalent qu'au moment où, devenant sténosantes, elles déterminent dans le territoire pulmonaire correspondant une image suspecte. L'examen cyto-bactériologique, le pompage gastrique et la bronchoscopie peuvent alors apporter une utile contribution.

Dans le carcinome pulmonaire central, les signes cliniques sont plus précoces. Dans sa forme sténosante, la constatation d'une perturbation de la ventilation pulmonaire (clarté segmentaire d'emphysème obstructif, puis atélectasie segmentaire ou massive) chez un sujet dont la toux, la dyspnée, voire de petites hémoptysies n'ont pas fait leur preuve étiologique, commande l'examen bronchoscopique complété par une biopsie ou l'aspiration des sécrétions bronchiques : le cyto-diagnostic suivant la technique de Papanicolaou donne des résultats positifs dans les 4/5 des cas. Le type hilaire est plus insidieux, mais son diagnostic précoce est possible lors d'un examen radiologique fortuit, montrant une image opaque à contours mal dessinés. Le carcinome

central détermine souvent des troubles infectieux, à type de broncho-pneumonie ou d'abcès : ces pneumonies symptomatiques du cancer ont deux caractères assez spéciaux, leur résolution incomplète et leur tendance à la récidive.

Le carcinome pulmonaire périphérique a des signes cliniques plus tardifs, mais est parfois reconnu lors d'un examen radiologique de routine à la présence d'une ombre homogène grossièrement sphérique. Son évolution est plus rapide et ses métastases particulièrement précoces et trop souvent révélatrices. Ici bronchoscopie, bronchographie, tomographies, même cyto-diagnostic sont souvent négatifs, et, en présence d'une infiltration radiologique suspecte, il faut, à la ponction-biopsie (Craver et Gledhill) qui n'est pas sans danger, préférer la thoracotomie exploratrice, qui peut être suivie d'exérèse immédiate de la tumeur.

J. Meillère.

H. Métras, M. Grégoire et **H. Longefait** (Marseille). — **Reconstruction plastique de 2 cas de sténose bronchique** (*Revue de la Tuberculose*, n° 1-2, 1952, p. 54-59, avec 4 fig.).

Dans 23 cas, les auteurs ont fait des exérèses pour sténose bronchique. 2 fois, ils ont pu exécuter avec succès une reconstruction plastique du calibre bronchique. Ils rapportent ces 2 observations :

La première concerne une malade de 26 ans, bacillaire, chez qui s'était constituée progressivement une sténose bronchique droite avec suppuration. Le lobe inférieur n'était cependant pas atélectasié, ce que les auteurs attribuent à la circulation aérienne collatérale.

En Juin 1951, lobectomie supérieure et moyenne et opération de Gebauer pour rendre à la bronche du lobe inférieur un calibre acceptable.

Le deuxième malade, bacillaire avéré, présentait une atélectasie à éclipse du lobe supérieur gauche, avec des épisodes de rétention avec expectoration purulente. Sténose, 1 cm après la carina, avec un calibre de 2 mm. Gebauer typique, dont les bons résultats sont confirmés par les clichés qui illustrent l'article.

Ces 2 malades ont été explorés au point de vue fonctionnel. La diminution de la capacité vitale et la gêne *expiratoire* amènent une diminution de la capacité respiratoire maximum et des réserves respiratoires avant l'intervention. A l'effort, la gêne était totale. Les épreuves post-opératoires sont satisfaisantes bien que nous manquions encore de recul.

Louis Barraya.

H. Joly et **J. Villemin** (Passy). — **Les plombages aux balles de résine acrylique en collapsothérapie chirurgicale. (Étude des résultats obtenus chez 122 opérés)** (*Revue de la Tuberculose*, t. **16,** n° 3, 1952, p. 169-179, avec 10 fig.).

H. Joly, qui a été un des premiers partisans des balles en acrylique en France, fait le bilan de son expérience.

Il étudie d'abord les incidents : 4 infections de la poche de plombage dont 3 ont guéri par les actions antibiotiques et dont un seulement a nécessité un drainage large avec ablation des balles.

Les balles en acrylique non plastifié, qui sont stérilisables par ébullition, sont certainement supérieures aux balles plastifiées à ce point de vue de l'asepsie.

Aucune infection secondaire.

Migration secondaire : 3 cas.

Précaution : placer le plombage pour maintenir et non pour comprimer et le placer aussi à distance que possible des lésions pulmonaires et du tissu cellulaire de médiastin. Donc : pas dans les extra-pleuraux mais dans les thoracoplasties et les extra-musculo-périostés.

Avantages, blocage immédiat des lésions, pas de respiration paradoxale. Cette série comporte très peu de cas de dissémination tuberculeuse. Ainsi, pour Joly, le plom-

bage temporaire ou permanent permet d'avoir un collapsus d'emblée solide, avec un délabrement pariétal moindre, dans des cas convenablement choisis. Il a donné au principe du plombage un renouveau dont l'avenir nous dira la valeur précise.

LOUIS BARRAYA.

D. Spennati (L'Aquila, département chirurgical, professeur P. Ficara). — **A propos du traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon. Contribution clinique de 61 cas** (*La Chirurgia toracica*, an. **5**, n° 1, Fév. 1952, p. 15-34, avec 5 fig.).

Comme nous tous, Spennati a adopté l'abord direct des lésions hydatiques, en plèvre libre.

Dans les cas simples, il essaye, selon Ugon, d'enlever le kyste et le périkyste en bloc. Si c'est trop dangereux, il ponctionne, retire la membrane, puis fait l'ablation de la lame fibreuse périkystique. Il finit en capitonnant, et reproduit pour ce détail opératoire les figures de l'article de Jacques Dor dans le *Journal de Chirurgie*. C'est la thérapeutique idéale, qu'il utilise, dans les cas simples, depuis 3 ans.

Si la disposition anatomo-pathologique oblige à une exérèse, les possibilités actuelles de celle-ci permettent de limiter les dégâts, en faisant une lobectomie ou une segmentectomie.

Les cas compliqués, rompus dans les bronches, hémoptoïques, infectés, demandent souvent à être traités en plusieurs temps, mais la puissance des antibiotiques et la précision des soins pré-, per- et post-opératoires diminuent chaque jour la fréquence de cette chirurgie échelonnée.

LOUIS BARRAYA.

H. Joly (Centre Sanatorial de Passy, Haute-Savoie. France). — **Les méthodes de résection pulmonaire et leurs indications chez les tuberculeux** (*Giornale Italiano della Tuberculosi*, n° 2, Mars-Avril 1952, p. 57-62).

L'auteur dit la place actuelle des résections dans le traitement de la tuberculose, en citant en exemple l'admirable organisation hollandaise. Celle-ci soumet une grande partie de la population à 2 examens radiographiques annuels. 80 p. 100 des lésions ainsi découvertes sont traitées par la cure sanatoriale *sans utilisation de la streptomycine*. Les formes qui ne régressent pas sont traitées par résection, rarement par collapsothérapie. Au Sanatorium Berg-en-Bosch qui groupe 500 malades, 137 résections ont été effectuées en 1951 sans décès, avec une seule fistule bronchique. Ce schéma presque idéal est dû à l'indication parfaite : bon dépistage, lésions limitées et bien stabilisées, sensibilité intacte à la streptomycine, indications posées dès le début et non après échec de la collapsothérapie.

Dans son sanatorium, où il soigne des lésions bien plus diverses, H. Joly a pratiqué 35 résections pour tuberculose. Il classe ainsi ses résultats :

1° Ablations pratiquées après échec de la collapsothérapie : 44 p. 100 de résultats excellents, 43 p. 100 de décès, 13 p. 100 de résultats indéterminés. Les échecs concernaient surtout les formes hémoptoïques et les formes évolutives.

2° Résections faites d'emblées : 90 p. 100 de résultats excellents, 5 p. 100 de décès, 5 p. 100 de résultats indéterminés. Les indications : foyers caséeux denses, grosses cavernes, lésions pulmonaires associées à des lésions bronchiques, cavernes basilaires.

Discussion des diverses formes d'exérèse : la pneumonectomie, dont l'indication est exceptionnelle, laisse derrière elle une cavité qui constitue un danger important en lui-même. Joly n'est pas partisan des thoracoplasties associées, mais utilise volontiers le plombage par résine acrylique. Il pose le problème de la lobectomie vis-à-vis de la segmentectomie. Celle-ci, plus précise, a l'inconvénient de passer plus près de la lésion, dans des plans moins faciles à l'individualiser. Le risque de complications bacillaires est donc forcément supérieur. Il envisage favorablement la résection des *régions pulmonaires* techniquement groupées : les lobes en général, le lobe supérieur gauche, la lingula, le Nelson, la pyramide basale constituent pour lui des ensembles anatomo-pathologiques auxquels il a tendance à s'adresser dans les opérations d'exérèse.

LOUIS BARRAYA.

G. J. Cordier et **B. Cabrol.** — **Les pédicules segmentaires du poumon (t. 1. Poumon droit)** (1 vol. de 308 p., avec 222 fig.; L'Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1952. Prix : 3 800 F.

La parution du livre de Cordier et Cabrol constitue un événement pour les chirurgiens pulmonaires. Malgré son titre cet ouvrage est un préambule indispensable non seulement aux résections segmentaires mais également aux lobectomies.

Jusqu'ici il était bien difficile de conseiller un chirurgien désireux de se spécialiser en chirurgie pulmonaire et soucieux à juste titre d'acquérir d'abord les connaissances anatomiques précises nécessaires pour exécuter des techniques nettes et sûres. Les ouvrages classiques ne donnaient que des notions incomplètes et n'envisageaient pas *l'angle chirurgical* de la question, les publications anglo-saxonnes étaient consacrées à des points particuliers, certaines ne comportaient pas toute la clarté à laquelle nous sommes accoutumés.

Cette lacune est désormais comblée.

Par ailleurs un chirurgien déjà entraîné aux résections pulmonaires, en lisant et relisant *les pédicules segmentaires du poumon* trouvera la matière de nombreuses réflexions. Personnellement nous y avons trouvé l'explication de certaines difficultés anciennes, et les bases de nouvelles techniques à la fois plus exactes, plus raffinées et plus sûres.

Un ouvrage d'anatomie ne prête guère à l'analyse, on ne peut faire plus qu'indiquer ce qui a particulièrement retenu et séduit.

Tout d'abord il constitue une description complète et précise, tenant compte de tous les travaux parus, mais basée sur une étude personnelle de plus de 60 sujets dont 41 injectés de matière plastique.

La contribution la plus originale des auteurs est certainement l'étude des veines segmentaires dont jusqu'ici la description était non seulement confuse mais inexacte. Leur conception d'ensemble de ce système veineux apporte la lumière sur les dispositions de détail et permet de les comprendre avant d'obliger à les apprendre.

La minutie de cette anatomie, la fréquence des variations auraient pu rendre la lecture aride et difficile voire décourageante. Cet écueil a pu être évité grâce à la clarté du style, à l'ingéniosité et au nombre des schémas de détail et à l'exposé préalable des principes généraux qui dirigent les anomalies.

A la reconnaissance que suscite un pareil travail, s'ajoute bien vite l'impatience de voir paraître le deuxième tome, bien que les idées générales contenues dans le premier permettent déjà à l'opérateur attentif une *lecture* plus précise et plus exacte des pédicules du côté gauche.

J. Mathey.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

C. Crafoord (Stockholm). — **Vue d'ensemble sur la chirurgie cardiaque** (*Nordisk Medicin*, t. **47**, n° 12, 21 Mars 1952, p. 394-396).

C. résume sa pensée en 5 points :

1° Importance du travail en équipe pour le diagnostic et le traitement des malformations et maladies de l'appareil cardio-vasculaire.

2° Importance du cathétérisme du cœur et de la cardio-angiographie sélective.

3° Pratiquées correctement, ces manœuvres sont pratiquement sans danger. Sur 1 000 cardio-angiogrammes exécutés, C. ne relève que 2 morts, toutes deux d'ailleurs chez des nouveau-nés porteurs d'une cyanose congénitale particulièrement sévère.

4° Les résultats sont très supérieurs lorsqu'on peut opérer à vision directe avec écoulement sanguin très réduit.

5° C. émet l'espoir que dans un proche avenir, avec l'aide d'un appareil réalisant le *cœur-poumon artificiel*, bien des malformations ou affections cardiaques pourront

être opérées avec des résultats très supérieurs à ceux actuellement obtenus par une voie détournée ou le seul secours de la palpation.

Il espère enfin, grâce à ces nouveaux progrès, voir bientôt de nouvelles lésions cardiaques devenir justiciables de la chirurgie.

M. Deniker.

E. Mannheimer (Stockholm). — **Traitement chirurgical des maladies du cœur chez l'enfant** (*Nordisk Medicin*, t. **47**, n° 12, 21 Mars 1952, p. 383-387, avec 9 fig.).

M. passe en revue les formes cliniques et les indications opératoires dans les maladies congénitales du cœur chez les enfants. 290 interventions ont été pratiquées à Stockholm pour persistance du canal artériel; 76 cas pour tétrade de Fallot, dont 25 de 2 à 5 ans et 35 entre 6 et 10 ans. Dans chacun de ces 2 groupes, figurent encore 2 atrésies tricuspidiennes, une dans chaque groupe d'âge. Dans l'ensemble, l'opération de Blalock a donné des résultats encourageants, ainsi que les valvulotomies selon la méthode de Brock. Les soins pré- et post-opératoires, y compris les cathétérismes vasculaires, doivent être extrêmement minutieux. Des tableaux synoptiques et des électro-cardiogrammes illustrent cet article.

M. Deniker.

G. Franco Della Penna (Institut de Pathologie chirurgicale de Rome, professeur P. Valdoni). — **Comportement des liquides extra-cellulaires dans les cardiopathies congénitales avant et après opération de Blalock** (*Archivio di Chirurgia del Torace*, an. **6**, fasc. 1, Janv.-Mars 1952, p. 125-146).

25 cas de cardiopathie congénitale avec cyanose sont étudiés au point de vue de la répartition des masses liquidienne, plasmatique et interstitielle.

14 malades ont pu être suivis assez longtemps pour déceler une augmentation parfois considérable du liquide interstitiel par rapport au liquide plasmatique.

Louis Barraya.

U. S. Beck (Cleveland) et **M. Kim** (Strasbourg). — **La ressuscitation cardiaque.** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 8, Nov.-Déc. 1951, p. 907-931, avec 6 fig.).

En présence d'un arrêt du cœur au cours d'une anesthésie générale, qu'il y ait arrêt complet ou fibrillation, qu'il y ait eu ou non des prodromes et quelle que soit la pathogénie, on peut préciser aujourd'hui la conduite à tenir, et d'abord ce qu'il ne faut pas faire : perdre du temps avec les classiques injections transthoraciques d'adrénaline intra-cardiaque, respiration artificielle par compression externe du thorax, transfusion intra-veineuse ou intra-artérielle.

On doit restaurer à la fois l'oxygénation et le rythme cardiaque et le succès n'est possible sans séquelles neurologiques que si l'arrêt cardiaque ne dépasse pas 3 minutes.

Il faut donc immédiatement :

1° Restaurer l'oxygénation par la respiration artificielle sous intubation trachéale par compression rythmée du ballon des appareils d'anesthésie en circuit fermé débitant de l'oxygène, ou grâce aux appareils automatiques spéciaux : spiropulsateur de Crafoord ou de Rand-Wolfe.

2° Masser le cœur après thoracotomie gauche et ouverture du péricarde, au rythme de 40 à 50 compressions à la minute.

3° L'adrénaline intra-cardiaque est indiquée s'il y a arrêt complet, mais contre-indiquée s'il y a fibrillation ventriculaire. Dans ce cas, c'est à l'injection intra-veineuse ou intra-cardiaque de procaïne qu'il faut avoir recours, en la proportionnant au poids de l'opéré (10 mg/kg).

4° Essayer de défibriller le cœur par application d'un courant alternatif (60 cycles, 110 volts, 1,5 ampère) pendant 1 à 2 s, répéter au besoin ces chocs électriques.

En l'absence de lésion cardiaque pré-existante, la principale cause d'insuccès est le retard apporté au traitement correct. Les résultats sont variables, tantôt guérison

totale, rétablissement complet de toutes les fonctions, sans séquelles, tantôt guérison avec séquelles neurologiques, tantôt reprise de la circulation sans reprise de la respiration spontanée par lésion du centre respiratoire, et parfois rétablissement uniquement temporaire des contractions cardiaques.

Sur 20 cas, les auteurs ont observé :

5 succès complets d'arrêt cardiaque et de fibrillation; 13 succès temporaires de la ressuscitation; reprise de respiration spontanée et d'une activité cardiaque normale, mais les malades moururent sans avoir repris connaissance; 3 insuccès, sans reprise des contractions spontanées après fibrillation.

Importante bibliographie.

J. Mialaret.

G. H. A. Clowes (Toranto). — **Procédés expérimentaux pour pénétrer dans le cœur gauche afin d'exposer la valvule mitrale** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 957-968, avec 5 fig.).

C. a expérimenté, sur une série de chiens, un procédé permettant d'ouvrir l'une ou l'autre des cavités du cœur gauche et d'y opérer à sec, après avoir dérivé le sang de ces cavités cardiaques. Il donne la description de la *pompe cardiaque* qu'il utilise ; cette pompe puise le sang oxygéné par une canule introduite dans l'oreillette ou dans les veines pulmonaires gauches, et le renvoie dans la circulation générale par l'introduction d'une autre canule dans l'artère iliaque primitive. L'animal reçoit donc une perfusion de son sang, oxygéné par son propre poumon. Un clamp, placé temporairement sur l'artère pulmonaire droite, empêche le passage de sang venant du poumon droit.

Cette technique a permis à C. de pratiquer de nombreuses fois un rétrécissement de la valvule mitrale par suture partielle des deux valves.

La voie transauriculaire lui a donné plus de succès que la voie transventriculaire.

M. Guimbellot.

L. Werko (Stockholm). — **La commissurotomie mitrale** (*Nordisk Medicin*, t. **47**, n° 12, 21 Mars 1952, p. 391-393, avec 5 fig.).

W. étudie les indications et contre-indications de la section des valvules mitrales sténosées, du point de vue hémodynamique, par l'exploration directe du cœur à la sonde. 19 malades furent opérés par Crafoord avec 3 morts, toutes par embolie cérébrale et 2 cas de légère insuffisance mitrale dans les suites opératoires. Tous les autres opérés furent très nettement améliorés, avec une hémodynamique pulmonaire très satisfaisante en période de repos et, pour beaucoup d'entre eux, améliorée même en période d'activité.

M. Deniker.

H. A. Rodrigues, L. Murgel, E. B. de Aranjo et **J. de A. C. Medeiros.** — **Commissurotomie et rétrécissement mitral** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, vol. **23**, n° 3, Mars 1952, p. 240-249).

Premiers résultats opératoires de cette équipe chirurgicale : 4 interventions : 2 excellents résultats opératoires et fonctionnels datant de 4 mois, 1 embolie cérébrale qui récupère progressivement après une commissurotomie techniquement satisfaisante, 1 intervention rendue impossible par la symphyse péricardique et l'atrophie de l'auricule.

J. Mialaret.

Servelle, P. Soulié, F. Joly, J. Carlotti, J. Rougeulle, J. Nouaille, G. Voci, G. Delahaye et **M. Touche.** — 1° **11 cas de valvulotomie pulmonaire ou opération de Brock**; 2° **26 cas de commissurotomie pour rétrécissement mitral** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 4, 30 Janv. 1952, p. 124-128. Rapport de M. G. Métivet).

La *valvulotomie pulmonaire*, selon Brock, a été exécutée 11 fois, sans mort, avec d'excellents résultats. Ses indications sont le rétrécissement de l'artère pulmonaire et la triade de Fallot (rétrécissement congénital des valvules pulmonaires, communication

interauriculaire, hypertrophie du ventricule droit). Cliniquement la cyanose n'existait que 6 fois sur 11, on notait le frémissement et le souffle holosystolique. L'arc moyen était allongé et convexe aux rayons X, l'axe électrique très fortement dévié vers la droite, l'angiocardiographie montrait la dilatation de l'artère pulmonaire avec stase, le cathétérisme l'hypertension dans le ventricule droit, et parfois la communication interauriculaire. L'opération a été pratiquée chez des sujets de 5 à 20 ans. La cyanose, si elle existe, disparaît vite, la pression dans l'artère pulmonaire et le débit pulmonaire s'élèvent. Les indications bien posées, une excellente technique, des soins attentifs ont permis ces beaux résultats.

La *commissurotomie pour rétrécissement mitral* a été exécutée 26 fois, sur des sujets de 19 à 47 ans. Les signes fonctionnels, dyspnée, crises d'œdème, hémoptysies étaient sévères. Le tableau clinique, le cathétérisme du cœur étaient clairs, la surface de la valvule mitrale variait de 0,5 à 1,8 cm², l'angiocardiographie n'a pas été utilisée en raison des risques d'œdème aigu. Les contre-indications formelles sont une poussée récente de rhumatisme articulaire aigu, une endocardite infectieuse, la défaillance cardiaque et l'artérite pulmonaire. La technique suivie fut celle de O'Neill, Bailey et Glover : abord par voie auriculaire, commissurotomie au doigt et au couteau de Bailey. Dans les suites, outre un épanchement pleural, assez fréquent et une arythmie transitoire (3 cas), on note 2 morts, l'une chez un homme de 40 ans, avec gros cœur, gros foie, cyanose, qui succomba en 10 h de collapsus, l'existence d'artérite pulmonaire contre-indiquait l'opération, la seconde, par œdème pulmonaire, dû sans doute à une inondation par transfusion trop importante.

Tous les malades, sauf un où la section fut insuffisante, furent considérablement améliorés. Le résultat le plus ancien date de 14 mois; depuis que ce travail fut déposé, Servelle a poursuivi cette série de succès, 14 malades ont été opérés avec une seule mort (embolie cérébrale).

SYLVAIN BLONDIN.

G. Jönsson et **J. Karnell** (Stockholm). — **Coarctation aortique** (*Nordisk Medicin*, t. **47**, n° 12, 21 Mars 1952, p. 388-390, avec 5 fig.).

J. et K. font état de 120 cas de rétrécissement de la crosse aortique, dont 94 opérés par Blalock, avec 7 morts. L'âge des opérés oscillait entre 10 et 30 ans. L'aortographie thoracique fut pratiquée dans tous les cas avant l'intervention et, pour quelques-uns, refaite après l'opération. J. et K. insistent surtout sur l'importance de la portion distale de la crosse : sa brièveté rend, comme on le sait, l'opération particulièrement difficile et il est indispensable de bien la libérer pour la mobiliser au maximum, ainsi que Santy y a récemment insisté. Le segment distal peut même parfois faire défaut (en cas d'anomalie d'origine de la sous-clavière, par exemple), ce qui augmente encore les difficultés et peut même rendre l'opération impossible. La grande majorité des opérés ayant échappé à la mort post-opératoire ont eu des suites favorables.

M. DENIKER.

J. Ducuing, J. Tapie, A. Enjalbert, H. Eschapasse et **Mme Rieunau-Serra** (Toulouse). — **Greffe d'aorte humaine conservée pour rétrécissement de l'isthme de l'aorte** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 10, 12 Mars 1952, p. 287-290 Rapport de M. P. Santy).

La sténose de l'isthme de l'aorte s'accompagnait, chez cet homme de 20 ans, de crises comitiales d'apparition récente. Une aortographie rétrograde par la carotide externe droite faisait supposer un rétrécissement étendu, ce qui fit prendre l'utile précaution de s'assurer d'un greffon aortique conservé 7 jours dans le milieu de Hanks. L'opération, heureusement exécutée par Ducuing, dura 8 h, et présenta une grave alerte hémorragique. Au cours des manœuvres de libération, l'aorte se déchira, au pied de la sous-clavière gauche, au-dessus du rétrécissement et d'un canal artériel : une transfusion rapide, après clampage, permit de rétablir la situation. L'aorte est réséquée en biseau au niveau de la sous-clavière, le segment sous-structural est retaillé,

une greffe aortique de 6 cm est suturée. Le clampage de l'aorte a duré 2 h, les sutures sont étanches, le pouls fémoral nettement perçu en fin d'opération.

Suites rapides et favorables, très bon résultat vérifié 3 mois plus tard. L'indication d'une greffe semble assez rare à Santy, qui a toujours pu, dans 29 opérations de Crafoord, suturer les 2 segments, après une libération très poussée. D'Allaines estime que l'emploi d'un greffon peut être indiqué si l'on se trouve en présence d'un rétrécissement tubulaire long de plus de 5 cm, ce qui s'observe surtout chez les adultes, ou si on constate des tuniques artérielles de mauvaise qualité, ce qui existe surtout sur le segment d'amont.

En tout cas, il est de bonne pratique d'avoir en réserve un greffon, surtout si l'aortographie fait prévoir un rétrécissement long. Quant au devenir lointain du greffon, il semble, d'après Gross, qu'on peut l'envisager avec sérénité, si rien se ne produit (thrombose, anévrysme ou même rupture) dans les premières semaines.

SYLVAIN BLONDIN.

René Fontaine, Raoul Riveaux, Raymond Voegtlin, Maurice Kim, René Kieny et **Roland Rager** (Strasbourg). — **La coarctation de l'aorte et son traitement chirurgical. A propos d'un cas opéré avec succès** (*Strasbourg médical*, t. **3**, n° 4, 1952, p. 199-226, avec 8 fig.).

Cette excellente étude de la sténose isthmique de l'aorte traite de l'ensemble de cette question d'actualité et ajoute un cas aux quelques centaines déjà publiés depuis ceux de Crafoord et de Gross.

Après une étude anatomique des types infantile et adulte, basée sur les données embryologiques et précisée par d'excellentes figures, sont exposés les caractères cliniques de cette affection, physiques, fonctionnels et radiologiques, et les éléments du diagnostic. Puis est envisagé le traitement de la coarctation, avec les différentes pratiques opératoires, de Crafoord, de Clagett, de Gross et de Blalock. Après un exposé du pronostic de l'affection abandonnée à elle-même et des résultats opératoires, les indications chirurgicales sont discutées et ainsi résumées : « en principe, toute sténose congénitale de l'isthme aortique doit être opérée, peu importe qu'elle s'accompagne ou non de signes fonctionnels, à moins qu'il n'existe une contre-indication formelle du fait de l'âge, des lésions cardiaques associées ou des données de l'aortographie ».

Le cas opéré concernait une fillette de 7 ans présentant une sténose du type adulte, traitée par l'opération type Crafoord, ayant comporté des suites opératoires simples et abouti à une guérison anatomique et fonctionnelle remarquable, tout à l'honneur de René Fontaine et de ses collaborateurs.

Suit une bibliographie.

J. MEILLÈRE.

H. Welti, C. Lian et **J. J. Welti.** — **Réflexions à propos de 2 rétrécissements de l'isthme de l'aorte opérés avec succès** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 10, 12 Mars 1952, p. 291-296, avec 3 fig.).

Ces 2 cas de coarctation aortique, opérés avec succès par Welti, permettent les réflexions suivantes, d'accord avec l'enseignement du professeur Santy : nécessité d'une libération très poussée des segments artériels, inutilité des résections trop larges, ce qui permet presque toujours la suture bout à bout. L'angiographie (Hatt) donne d'utiles renseignements sur le siège et l'étendue du rétrécissement. Enfin il semble légitime de conseiller l'opération à des sujets jeunes.

SYLVAIN BLONDIN.

Gunnar Ekström et **Philip Sandblom** (Stockholm et Lund). — **Double arc aortique** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **102**, fasc. 3, Oct. 1951, p. 183-203, avec 8 fig.).

Les auteurs rapportent 2 cas de double arc aortique, opérés avec succès. Analyse de 83 cas publiés dans la littérature. Dans 43 cas, on observa des signes de compression de la trachée ou de la trachée et de l'œsophage. Un traitement correct (section de l'an-

neau vasculaire et section du ligament ou du canal artériel) fut pratiqué dans 29 cas; avec 6 morts.

De leur étude, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Le stridor congénital doit toujours faire craindre l'existence d'un double arc aortique et faire pratiquer un examen radiologique de l'œsophage et de la trachée.

2° Les enfants présentant des symptômes graves de compression et non opérés meurent dans les 7 premiers mois.

3° Les enfants présentant des symptômes légers de compression et non opérés, peuvent vivre (en présentant de fréquentes complications pulmonaires), grâce à un traitement anti-infectieux.

4° L'anneau doit, dans la règle, être abordé par le côté gauche. Si la radiographie montre une saillie aortique gauche, coexistant avec un vaisseau étroit, rétro-œsophagien, une thoracotomie droite doit être pratiquée.

5° Un double arc aortique, avec phénomènes de compression trachéale doit être opéré. Si les symptômes sont sévères, l'opération ne peut être différée. S'ils sont légers, on peut attendre que l'enfant ait atteint l'âge de 1 an. Naturellement, les arcs sans symptômes de compression ne doivent pas être opérés.

MÉTIVET.

E. B. C. Keefer, F. Glenn et **C. T. Dotter** (New-York). — **Résection et anastomose bout à bout de l'aorte thoracique chez de jeunes chiens** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 969-976, avec 9 fig.).

Les auteurs ont pu suivre, pendant 2 ans et 9 mois, 2 chiens sur lesquels une résection de l'aorte thoracique avec anastomose bout à bout avait été effectuée dans les 8 premières semaines de leur vie.

L'un de ces chiens fit au niveau de l'anastomose un rétrécissement comparable au type de rétrécissement constaté chez l'homme adulte. Cette production expérimentale d'un rétrécissement aortique chez le chien n'aurait jamais été rapportée antérieurement. L'animal montrait les symptômes cliniques, l'hypertension et les constatations radiologiques du rétrécissement. Il y aurait donc là une méthode nouvelle pour étudier l'hypertension et la physiologie cardiaque du rétrécissement.

Toutefois chez le second chien les altérations furent moins importantes, et l'anastomose parut s'accroître avec la croissance de l'aorte.

Pour l'homme les auteurs estiment que la correction chirurgicale du rétrécissement doit être précoce, même si une nouvelle intervention devenait nécessaire ultérieurement pour certains cas.

M. GUIMBELLOT.

R. E. Gross (Boston, Massachusetts). — **Persistance du canal artériel** (*American J. of Medicine*, vol. **12**, n° 4, Avril 1952, p. 472-482).

Du point de vue historique le traitement de la persistance du canal artériel est un chapitre fascinant de la thérapeutique chirurgicale moderne.

Il a constitué la porte d'entrée de la chirurgie des anomalies congénitales cardio-vasculaires.

G. base son travail sur 525 cas opérés par lui et ses collaborateurs pendant les 13 dernières années. Il étudie les caractères cliniques de la maladie, le résultat des examens de laboratoire et des examens radiologiques. Les signes sont souvent difficiles à mettre en évidence chez le tout petit enfant; soit par le cathétérisme intra-cardiaque soit par l'étude des dimensions du cœur il est possible de se faire d'avance une idée approximative quant au diamètre du canal. Ce diamètre a son importance, car les communications très larges sont d'un pronostic opératoire beaucoup plus sérieux que lorsqu'elles sont étroites. Le diagnostic différentiel est à faire avec les orifices de la cloison interventriculaire ou inter-auriculaire. Il est extrêmement difficile de différencier un canal artériel persistant d'une communication anormale entre l'origine de l'aorte et celle de l'artère pulmonaire.

Le pronostic des cas non opérés est mauvais : si un petit orifice est compatible (en dehors de complications infectieuses) avec une vie presque normale, une grosse communication entraîne progressivement une défaillance cardiaque irréversible. Les statistiques montrent que les sujets ayant atteint 17 ans vivront moitié moins longtemps que les individus normaux. Au total, on peut dire que l'indication opératoire est formelle chez tout sujet qui présente des troubles dus à un canal artériel.

S'il existe une endocardite, il faut essayer de traiter la maladie médicalement et de n'opérer qu'à froid, au bout de quelques mois. Mais il ne faut pas hésiter à opérer à chaud en cas d'échec du traitement médical.

G. devant les excellents résultats de la chirurgie n'hésite pas à conseiller d'opérer tous les enfants ou adultes jeunes, même sans symptômes pathologiques. Les âges d'élection au point de vue opératoire sont compris entre 3 et 4 ans et 15 et 20 ans, l'âge optimum étant entre 6 et 12 ans.

Au point de vue technique, G. a complètement abandonné le cyclopropane qui a été la cause de quelques décès, pour l'éther-oxygène. Pour opérer avec sécurité, il est indispensable d'avoir une connaissance approfondie de l'anatomie de la région et du siège du canal artériel : il faut le libérer complètement si l'on veut pouvoir le suturer avec efficacité et sans danger.

Dans ses premières opérations G. faisait une ligature simple du canal, il a obtenu ainsi 80 p. 100 de résultats parfaits. Dans 10 p. 100 des cas, la ligature coupe et certaines fistules se sont rétablies. Dans 10 p. 100 des cas, la ligature insuffisamment serrée n'oblitérait pas complètement le canal.

Malgré les progrès réalisés par la technique de Blalock, G. estime que la meilleure méthode consiste à sectionner le vaisseau.

482 cas ont été ainsi traités sans une seule mort due à une hémorragie. Sur les 480 derniers cas opérés la mortalité a été de 2 p. 100 et de 0,20 p. 100 pour les malades ayant peu de symptômes

PAUL BANZET.

Philip Sandblom et **Gunnar Ekström** (Lund et Stockholm). — **Traitement chirurgical des larges canaux artériels** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **102**, fasc. 3, Oct. 1951, p. 167-183, avec 2 fig.).

En 4 ans, 98 enfants porteurs de *canal artériel* furent opérés. Dans 91 cas typiques, on eut une mort (le 4e opéré). Dans 7 cas atypiques, on eut 3 morts. De ces 3 cas, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° La face postérieure du canal artériel doit être abordée sous le contrôle de la vue, après réclinaison de la crosse aortique.

2° La double ligature, beaucoup moins dangereuse que la section, doit toujours être prise en considération.

3° Un clamp dur, même appliqué et manié avec grande prudence, peut entraîner une rupture vasculaire.

4° Les canaux extrêmement larges doivent, probablement, être considérés comme inopérables si le malade a une grosse hypertension pulmonaire.

5° Le traitement chirurgical des larges canaux artériels doit être pratiqué avant que s'établisse une grave hypertension pulmonaire et, si possible, avant l'âge de 5 ans.

MÉTIVET.

M. Pierre-Marion, Geneviève Grégoire, MM. Hubert Termet et **Raymond Deleuze** (Lyon). — **Le problème du traitement chirurgical de la transposition des artères** (*Lyon Médical*, **84**e an., t. **186**, n° 12, 23 Mars 1952, p. 177-183, 1 fig.).

Lorsque le ventricule droit s'évacue par l'aorte et le ventricule gauche par l'artère pulmonaire, les veines caves et les veines pulmonaires étant en situation normale, des shunts correcteurs sont indispensables pour maintenir une oxygénation périphérique compatible avec la vie de l'enfant. Taussig a décrit leurs diverses variétés : canal artériel, communication inter-auriculaire ou inter-ventriculaire. Cependant la gravité de

l'évolution spontanée de la transposition des artères justifie les tentatives chirurgicales qui se proposent d'améliorer le mélange des sangs droit et gauche. Celles réalisées par Blalock et Hanlon ne semblent pas avoir donné les résultats attendus. Aussi Marion et ses collaborateurs ont-ils, sous l'inspiration de leur maître Santy, étudié sur 40 chiens les possibilités techniques. Voici leurs conclusions : Thoracotomie droite, dissection du pédicule pulmonaire droit, ouverture du péricarde, exposition du confluent veineux pulmonaire droit dans l'oreillette gauche; dissection de la veine cave supérieure, section de l'azygos; section de la veine cave supérieure près de l'oreillette droite, suture du bout cardiaque de la veine cave supérieure; section du groupe veineux pulmonaire supérieur droit; anastomose de la veine cave supérieure au bout cardiaque du groupe veineux supérieur droit (le sang droit passe dans l'oreillette gauche et de là dans l'artère pulmonaire); implantation du bout pulmonaire du groupe veineux supérieur droit dans l'auricule droite (le sang oxygéné passe dans l'oreillette droite et de là dans l'aorte).

Cl. Olivier.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

E. Muntoni (Institut de pathologie chirurgicale de Rome, professeur P. Valdoni). — **Hernie diaphragmatique acquise de l'estomac récidivée et étranglée (une indication exceptionnelle de la gastrectomie totale)** (*Archivio di Chirurgia del Torace*, an. **6**, fasc. 1, Janv.-Mars 1952, p. 67-86, avec 6 fig.).

Histoire complexe :

Hernie inguinale opérée puis récidivée avec étranglement. Pleurésie purulente gauche consécutive, drainage, guérison, apparition d'une hernie diaphragmatique qui est opérée à son tour quelques semaines après. 3 mois plus tard, récidive et étranglement de la hernie diaphragmatique, nécessité de gastrectomie totale étant donné l'état de l'estomac. Guérison immédiate, mais décès par inanition progressive quelques mois plus tard.

3 discussions assez disparates sont juxtaposées à propos de cette observation :

1° La pathogénie de la hernie que l'auteur attribue à une nécrose inflammatoire du diaphragme.

2° L'indication de la gastrectomie totale dans un tel cas.

3° Le syndrome de dénutrition qui amène la mort, malgré un traitement correct, pour une gastrectomie dont l'indication était purement mécanique.

Louis Barraya.

P. Santy et R. Margotton. — **Hernies diaphragmatiques par la fente de Larrey** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 8, Nov.-Déc. 1951, p. 931-939, avec 7 fig.).

8 observations de hernies diaphragmatiques par la fente de Larrey, opérées : 4 par voie abdominale, 4 par voie thoracique.

La laparotomie médiane donne un jour excellent sur l'orifice herniaire, permet la réduction facile des viscères, mais laisse en place le sac et la fermeture de la brèche est difficile à sa partie antérieure où manque l'étoffe musculaire mais jamais une plastie ne fut jugée nécessaire.

La voie thoracique (thoracotomie droite avec résection de la 7e ou 6e ou 8e côte, car c'est en général du côté droit que se développe la hernie) doit être préférée s'il y a doute sur le diagnostic (en particulier sur les kystes du médiastin antérieur). Elle permet la résection du sac, mais la fermeture de la brèche est difficile et dans un cas une laparotomie complémentaire fut nécessaire. Guérison simple dans tous les cas.

Il semble que dans 4 cas, un traumatisme fermé thoracique ou épigastrique a joué un rôle évident dans l'étiologie de la hernie.

J. Mialaret.

Lucien W. Ide et **John R. McDaniel** (Saint-Joseph, Mo.). — **Hernie de l'hiatus œsophagien : une cause obscure d'hémorragie massive à partir du tractus gastro-intestinal supérieur** (*The Am. Journ. of Dig. Diseases*, vol. **19**, n° 5, Mai 1952, p. 151-153, avec 3 fig.).

Cette femme de 44 ans fut examinée au lendemain d'un abondant vomissement marc de café précédé la veille de selles noires; la pâleur du visage, une tension artérielle à 10-7 témoignaient peut-être d'une certaine gravité, mais le pouls battait à 100. Depuis 11 à 12 ans cette malade se plaignait de douleurs épigastriques avec de temps à autre des selles goudron, mais 2 opacifications négatives de l'estomac avaient écarté tout soupçon de ce côté. Bien plus une vésicule radiologiquement exclue avait été le prétexte d'une de ces exérèses vésiculaires où les détails de l'histologie viennent fort à propos calmer les scrupules rétrospectifs du chirurgien.

Il faut féliciter les auteurs d'avoir préféré et soutenu le bon diagnostic sur les seules données cliniques : des douleurs nocturnes de décubitus mais vite calmées par la station debout ou la marche. La tâche de I. et McD. fut d'autant plus difficile qu'un 3e examen aux rayons destiné à rechercher cette hernie s'avéra tout aussi négatif que les 2 précédents. Il fallut, à leur demande, une 4e et dernière opacification correctement exécutée en position de Trendelenburg pour découvrir la hernie tubérositaire, autoriser son traitement chirurgical et entraîner enfin une guérison bien méritée.

Cl. Olivier.

Soardi (Verone). — **Un cas de hernie transmésocolique primitive** (*Il Fracastoro*, an. **44**, n° 5, Sept.-Oct. 1951, p. 272-278).

Une femme de 27 ans souffre depuis 2 ans de douleurs abdominales particulièrement à droite avec nausées. Ces douleurs se sont accentuées depuis 2 jours : des vomissements ont apparu, le siège épigastrique de la douleur et la contracture généralisée ne permettent pas de préciser le diagnostic.

La laparotomie montre un ulcère perforé sur la partie postérieure de la petite courbure au tiers moyen — de plus — on trouve à gauche de l'arcade vasculaire du mésocôlon transverse une ample brèche large de 12 cm à travers laquelle a fait hernie la plus grande partie du grêle; le grand épiploon se trouve réduit à 2 franges très minces.

On suture la perforation, on refait le mésocôlon après avoir réduit les anses intestinales, mais il est impossible de suturer le grand épiploon sans couder le transverse. Guérison.

Olivieri.

John E. Struthers et **Harry Gauss** (Denver, Colorado). — **Léiomyome malin (Léiomyosarcome) retropéritonéal simulant un sarcome du pancréas** (*The Am. Journ. of Dig. Diseases*, vol. **19**, n° 4, Avril 1952, p. 116-120, avec 5 fig.).

Une femme de 54 ans ressentait depuis plusieurs mois des douleurs épigastriques sans rapport avec l'alimentation. A l'épigastre on voyait et on palpait une masse dure, arrondie, fixe, de 7 à 8 cm. L'opacification combinée par voie orale et rectale montrait à ce niveau un refoulement de la grande courbure vers le haut et de l'intestin vers le bas. Diagnostic : tumeur probablement kystique du pancréas. C'est en effet dans cette région que la laparotomie médiane sus-ombilicale découvrit une masse dure, nodulaire, irrégulière, encapsulée, sillonnée de nombreux vaisseaux. Énucléation laissant une surface pancréatique saignante. Mort rapide. Le diagnostic histologique fut léiomyosarcome sans qu'il ait été possible de préciser si le point de départ avait été péri ou intra-pancréatique.

Cl. Olivier.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

J. Cibert, J. Marion et **A. Gilbertas.** — **Valeur de l'urographie intra-veineuse dans le diagnostic des syndromes abdominaux aigus** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 7, Oct. 1951, p. 811-813).

C., M. et G. rappellent l'intérêt considérable de l'urographie intra-veineuse simple, sans compression, en cas de syndrome abdominal aigu de diagnostic difficile. En cas de colique néphrétique, le rein du côté atteint n'est pas injecté. Inversement, si les deux reins sont injectés, c'est qu'il ne s'agit pas d'une colique néphrétique.

Bien entendu, cette inhibition révélée par le spasme urétéral, provoqué par le passage du calcul, n'est que momentanée et les urographies faites après la crise montrent des éliminations normales. Il n'est pas inutile de rappeler cette notion banale, dit Cibert, puisqu'il n'est pas rare d'observer des malades auxquels la néphrectomie a été conseillée sur la constatation d'un rein non injecté sur les radiographies pratiquées au cours d'une colique néphrétique.

J. Mialaret.

A. A. Klass (Winnipeg). — **Embolectomie dans l'occlusion aiguë mésentérique** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 5, Nov. 1951, p. 913-917, avec 3 fig.).

Un homme de 64 ans, cardiaque, fut pris brusquement d'une violente douleur abdominale, médiane, avec sueurs, collapsus, vomissements; 1 h après il avait une selle liquide, teintée de sang. Bien que ces phénomènes se soient calmés assez rapidement, on fit le diagnostic d'occlusion par embolie d'un gros vaisseau mésentérique. Les leucocytes étaient au nombre de 24 800.

Une laparotomie, pratiquée 14 h après le début des douleurs, montra le côlon ascendant, la moitié droite du transverse et tout le grêle cyanosés, moins les 40 premiers centimètres du jéjunum. Il n'y avait aucune pulsation dans le territoire de l'artère mésentérique supérieure. L'origine de cette artère battait sur quelques centimètres. On y fit une ligature temporaire au-dessous de laquelle l'incision du tronc artériel permit d'en retirer un caillot de 3 à 4 cm de long, suivit d'un caillot noir, mou, de 8 à 9 cm. Après injection d'héparine dans sa lumière, l'artère fut refermée et la circulation se rétablit.

Les suites paraissaient favorables, quand le malade mourut brusquement d'œdème aigu du poumon, 48 h après l'opération. A l'autopsie l'artère mésentérique restait perméable.

M. Guimbellot.

ESTOMAC

E. Yvergneaux (Gand). — **Traitement chirurgical des tumeurs du cardia** (*Acta Chirurgica Belgica*, **51**, n° 4, Avril 1952, p. 322-337).

Sur 10 malades opérés, 2 fois l'auteur ne put faire qu'une intervention exploratrice. La gastrectomie totale n'est pas faite systématiquement, si la tumeur ne s'étend pas au delà de 2 travers de doigt au-dessus de la faux de la coronaire, la moitié supérieure de l'estomac est seule enlevée, avec 4 cm d'œsophage. Parfois pancréatectomie caudale et splénectomie. Si les lésions sont étendues, et qu'on puisse prévoir qu'il sera nécessaire de faire une gastrectomie totale, Y. sectionne d'abord, par cœliotomie, le duodénum et prépare l'anse qui sera amenée dans le thorax, puis, par thoracotomie gauche, il pratique l'exérèse et l'anastomose. L'opération est conduite sous anesthésie potentialisée, et parfois sous hypotension. Voici les résultats : outre 2 thoracotomies exploratrices, et 1 cas encore en traitement, 1 mort par désunion et empyème; pas de détails dans cet article sur les suites éloignées des 6 autres opérés (1950 et 1951).

Sylvain Blondin.

A. Gutgemann (Bonn). — **Anastomose de dérivation en cas de cancers du cardio-œsophage inopérables** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **77**, n° 16, 18 Avril 1952, p. 497-499, avec 5 fig.).

La gastrostomie pour cancer inopérable du cardio-œsophage n'est pas une bonne opération : 31 p. 100 des opérés meurent dans les suites immédiates, les 69 p. 100 restants ne dépassant guère 4 à 7 mois de survie, même si l'on use des irradiations.

Peut-être la cyclothérapie, combinée ou non au radium, apportera-t-elle quelque jour des résultats; il faut reconnaître qu'actuellement, elle ne soulage en rien les difficultés de déglutition, qu'elle les exagère même parfois en raison de l'œdème qu'elle provoque.

Sans doute les progrès de la technique ont-ils permis de pousser plus loin les indications de la résection; il y a cependant encore beaucoup de morts opératoires; la survie après 5 ans, dans les formes les meilleures, basses et sans envahissement de voisinage, n'atteint pas 20 p. 100; elle est de 4 p. 100 dans les cancers de l'œsophage moyen.

Tout le problème est dans la précocité du diagnostic; on peut considérer que, en moyenne, le cancer est déjà inopérable 6 mois après l'apparition des premiers symptômes. Or, les malades sont souvent vus beaucoup plus tard, à une période où le seul but thérapeutique est de les empêcher de mourir de faim.

C'est alors qu'il faut préférer à la déprimante gastrostomie, l'anastomose palliative qui, avec les forces, redonnera au malade quelque espoir : anastomose œso-tubérositaire pour les cancers œsophagiens bas et du cardia, œso-gastrique, avec mobilisation de l'estomac pour les cancers moyens, œso-jéjunale pour les cancers hauts.

R. Gueullette.

E. B. Cohen (Los Angelès, Californie). — **Infarctus de l'estomac** (*American J. of Medicine*, vol. **11**, n° 5, Nov. 1951, p. 645-652).

Il s'agit là d'une lésion extrêmement rare, ce qui n'est pas étonnant, vu la vascularisation particulièrement riche de l'estomac. Des résultats des expériences publiés dans la littérature médicale, il semble que pour produire un infarctus de l'estomac, il faut pratiquer des ligatures à la fois artérielles et veineuses sur à peu près tous les vaisseaux.

C. rapporte 3 cas d'infarctus complet de l'estomac et un cas d'infarctus partiel découvert à l'autopsie. Un des cas d'infarctus total est associé à un infarctus de la totalité du tractus digestif sous-diaphragmatique.

Paul Banzet.

George B. Packard (Denver, Colo). — **Résultat du traitement des hémorragies ulcéreuses** (*The Review of Gastro-Enterology*, vol. **18**, n° 12, Déc. 1951, p. 903-907).

L'analyse de 86 cas observés en 12 ans du Colorado General Hospital conduit l'auteur à des conclusions très classiques. La transfusion est la clef du succès, le premier geste à accomplir : toutes les 6 à 8 h, il faudra la répéter. Après 24 h on devra envisager de confier le malade au chirurgien, si l'état général s'est aggravé, si la tension artérielle baisse ou si les hématémèses reparaissent. Il en sera de même plus tard en cas de reprise du saignement. L'opération devra comporter obligatoirement l'hémostase de l'ulcère. Sur l'ensemble des malades, 20 ont été traités chirurgicalement (3 morts) et 66 médicalement (14 morts). Mais ainsi que le signale chemin faisant l'auteur, dans une restriction heureuse, le problème clinique est moins simple car le diagnostic n'est pas toujours possible : en ce cas, ajoute-t-il, il n'est plus question de chirurgie.

Cl. Olivier.

B. B. Crohn et **H. D. Janowitz.** — **Le traitement moderne des hémorragies ulcéreuses massives.** (*Gastro-Enterology*, vol. **19**, n° 4, Déc. 1951, p. 608-623).

Cet article constitue le rapport des auteurs devant le sous-Comité *hémorragies* du Comité National de l'Association américaine de Gastro-Entérologie pour l'étude de la maladie ulcéreuse.

Il rappelle tout d'abord quelques vérités premières sur la difficulté, dans les enquêtes de ce genre, d'apprécier :

1° L'importance réelle de l'hémorragie et même son étiologie.

2° Les résultats du traitement conservateur et du traitement chirurgical, puisque certains succès chirurgicaux auraient peut-être guéri spontanément, et que les statistiques des résultats du traitement médical sont faussement améliorées et les statistiques chirurgicales injustement chargées, par les cas mortels opérés *in extremis* après échec du traitement conservateur, qui, en réalité, doivent être considérés comme des décès à imputer au traitement médical.

3° Dans l'étiologie d'un décès, la part réelle d'autres causes que l'hémorragie, telles que infarctus du myocarde, hémorragie cérébrale, etc.

4° Enfin, le rôle de l'âge, car la mortalité de 4,3 p. 100 au-dessous de 40 ans est de 25 p. 100 au-dessus de 70 ans.

5° Il n'y a aucun rapport entre les résultats de la chirurgie précoce, exécutée de propos délibéré, dans des bonne conditions matérielles et de la chirurgie exécutée tardivement, après échec du traitement médical, par des opérateurs peu entraînés.

Ce rapport ajoute aux statistiques déjà existantes quelques statistiques nouvelles : la mortalité moyenne des hémorragies ulcéreuses traitées médicalement serait de 6,9 p. 100. La mortalité des hémorragies massives de 10,7 p. 100; après 45 ans, de 15 p. 100, après 70 ans de 50 p. 100. Mais on ne peut en tirer aucune conclusion précise ni nouvelle sur les indications opératoires, ni sur la conduite à tenir.

J. Mialaret.

M. Zwicker (Berlin). — **Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère gastrique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 20, 1952, p. 817-822).

La pseudo-perforation n'est pas rare si l'on en croit de nombreuses publications. Z. expose les multiples affections qui peuvent donner le change, affections non seulement abdominales, mais encore thoraciques (pneumonie, pleurésie diaphragmatique, pneumothorax spontané).

Il insiste spécialement sur la gastro-duodénite, dont les poussées aiguës avec retentissement péritonéal relèvent peut-être d'une origine lymphangitique.

Souvent même on ne trouve rien à l'exploration chirurgicale; il peut s'agir alors de troubles purement fonctionnels neuro-végétatifs, de crises solaires. Il peut s'agir enfin de crises gastriques d'origine vagotonique.

Z. relate l'histoire d'un homme de 59 ans, traité depuis 30 ans comme gastritique, et qui présentait depuis 3 ans des crises régulières, avec nausées, vomissements, céphalées, vertiges; l'examen radiologique était négatif. On fit alors des infiltrations splanchniques; à la 4e piqûre, se déclencha une crise suraiguë, à type de perforation, sans pneumo-péritoine toutefois. On intervint; l'exploration gastrique fut totalement négative; il existait seulement 2 calculs, dont l'auteur crut pouvoir éliminer tout rôle dans la genèse des accidents (?). Les douleurs allèrent en s'atténuant dans les semaines qui suivirent l'intervention, grâce à l'emploi de l'atropine et du luminal, longtemps poursuivi. Tous les examens secondaires, toutes les recherches restèrent négatives. 6 mois plus tard, l'examen radiographique ne montrait rien, et le malade demeurait guéri.

Il y aurait dans ce cas une relation certaine entre l'infiltration splanchnique et le déclenchement de la crise; mais elle apparaît difficile à éclaircir, bien que l'on connaisse depuis longtemps les effets à distance de celle-ci (pâleur, accélération du pouls, palpitations, chute de tension allant parfois jusqu'au collapsus). Z. en tente une explication anatomo-physiologique et croit pouvoir conclure ici à une « colique gastrique vagotonique », hypothèse qui semblerait confirmée par l'effet de l'atropine et du luminal.

R. Gueullette.

F. Judmaier (Innsbrück). - **Complication rare au cours de la perforation ulcéreuse gastro-duodénale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 23, 1952, p. 967-969).

Un premier malade de 60 ans fait une perforation d'ulcère typique; on opère, et comme le passé gastrique est tout récent, on se contente d'une suture avec épiplooplas-

tie; dès le lendemain, nouvelle crise suraiguë, rapidement mortelle; l'autopsie montre qu'il s'est agi de la perforation d'un deuxième ulcère térébrant de la face postérieure du duodénum.

Un second malade, également après un passé gastrique très bref, est opéré de perforation, par suture simple; 5 jours plus tard, nouveaux accidents aigus avec fièvre élevée et signes cliniques assez localisés; pensant à une deuxième perforation couverte, on temporise; la mort survient 2 jours plus tard; à l'autopsie, on découvre un deuxième ulcère térébrant de la face postérieure du bulbe, ayant érodé la pancréatico-duodénale.

J. est partisan de la résection immédiate et réserve la suture aux cas vus tardivement, et lorsque l'état général apparaît précaire. Il ne traite jamais ses malades perforés gastro-duodénaux par l'aspiration continue, à laquelle il ne donne pas sa confiance.

A la suture, il reproche la fréquente nécessité d'une gastrectomie secondaire (30 à 50 p. 100 des cas), les risques de nouvelle perforation (17 à 20 p. 100), de dégénérescence. Il la pratique cependant lorsque les malades ne souffrent que depuis peu de temps, et pense que la section endoscopique des splanchniques, que la double vagotomie sont susceptibles d'en améliorer les résultats éloignés.

R. Gueullette.

Cicero Monteiro. — **La gastrectomie immédiate des ulcères perforés** (*Revista Brasileira de Cirurgia* (Rio), vol. **23**, n° 3, Mars 1952, p. 257-280, avec 19 fig.).

Sur 36 cas de perforation ulcéreuse observés en 2 ans dans un hôpital d'urgence, 30 gastrectomies d'urgence (anastomose pré-colique, anse longue), 1 décès.

J. Mialaret.

Ciancarelli (Rome). — **Traitement des perforations et des hémorragies gastro-duodénales** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], vol. **59**, n° 15, 14 Avril 1952, p. 481-484).

Cet auteur a opéré 60 cas de perforation dont 46 sans péritonite (résection sans aucun décès). 14 avec péritonite : 3 ont subi la résection dont 1 décès. 11 ont été opérés par suture simple : 8 guérisons et 3 décès. En cas de péritonite, l'aspiration gastrique permanente suivant la méthode de Taylor conserve ses indications afin de préparer le malade à l'intervention chirurgicale.

Quant aux hémorragies gastro-duodénales, la statistique de C. porte sur 36 cas : 18 ulcères du duodénum, 6 de l'estomac : 8 ont été opérés d'urgence sans mortalité et 10 opérés dans le délai de 24 h avec 2 décès. Dans 3 observations on ne trouva pas la cause de l'hémorragie : on se contenta de faire une suture des vaisseaux du territoire gastro-duodénal (2 guérisons), dans 8 cas terminés par décès, on n'intervint pas. Par conséquent, en cas d'hémorragie importante de l'estomac, il faut disposer d'abord de sang et de plasma puis intervenir, si possible par résection.

Olivieri.

M. Xhigne (Bruxelles). — **La gastrectomie d'urgence pour ulcères perforés gastro-duodénaux** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 8, Nov.-Déc. 1951, p. 939-949).

De 1935 à 1946, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, les perforations ulcéreuses ont été traitées systématiquement par suture. La statistique de 240 perforations a été analysée par Smets et Henrotin en 1947 (*Acta Chirurgica Belgica*, vol. **46**, p. 417, 1947).

Depuis 1946 les perforations ulcéreuses dans le même hôpital sont traitées par gastrectomie d'urgence systématique. L'auteur étudie 70 cas consécutifs, travail qui présente un intérêt particulier du fait qu'il s'agit d'un même hôpital et d'un traitement systématique, alors que beaucoup de statistiques comparent des gastrectomies pratiquées dans des cas sélectionnés à des sutures exécutées lorsque la résection paraît contre-indiquée. Mais la comparaison même ici n'est pas légitime, car les perforations opérées jusqu'en 1944 ne bénéficiaient pas des soins pré- et post-opératoires efficaces, ni des antibiotiques d'aujourd'hui.

Si l'on s'en tient aux chiffres, la mortalité de la suture des cas de Smets et Henrotin est de 21,40 p. 100, celle de la gastrectomie dans le travail de Xhigne de 4,3 p. 100, mais ces chiffres ne prouvent pas avec évidence la supériorité des résultats immédiats de la gastrectomie et l'auteur reconnaît que la mortalité des cas suturés a, elle aussi, partout, beaucoup diminué depuis les progrès chirurgicaux récents et certaines statistiques permettent de la situer aujourd'hui aux environs de 5 p. 100.

Ce travail vient à l'appui de la thèse qui soutient que l'on peut, sans aggraver le risque immédiat, améliorer par la résection d'emblée le résultat éloigné et il est fort intéressant, même si l'on pense que le traitement des ulcères perforés ne doit pas être systématique, mais choisi pour chaque cas parmi les différentes méthodes thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui.

J. Mialaret.

D. State, T. Barclay et **W. D. Kelly** (Minneapolis). — **Gastrectomie totale avec utilisation d'un segment du côlon transverse pour remplacer l'estomac enlevé** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 1035-1041, avec 5 fig.).

Dans les gastrectomies totales, le côlon transverse peut être utilisé pour remplacer l'estomac, en raison de sa disposition anatomique qui rend la chose facile, de son extensibilité qui lui permet de constituer un réservoir important pour la nourriture et par là de diminuer le syndrome de *dumping*, de restaurer la continuité normale du tractus gastro-intestinal en assurant l'arrivée des sucs biliaire et pancréatique à la sortie du nouvel estomac, enfin de permettre par sa mobilisation non seulement le remplacement de l'estomac, mais aussi d'un long segment d'œsophage quand la résection de celui-ci est nécessaire.

Les auteurs rapportent en détail l'observation d'un homme de 81 ans chez qui cette intervention fut pratiquée et accompagnée de splénectomie pour un cancer de la partie supérieure de l'estomac envahissant l'œsophage. A part une diarrhée pendant une dizaine de jours, le malade supporta bien cette opération et reprit même du poids pendant 4 mois; les rayons X montrèrent un bon fonctionnement du nouvel estomac. Cependant vers le 5e mois, apparurent des signes d'une récidive, prévue d'ailleurs à l'opération, en raison des métastases ganglionnaires nombreuses.

M. Guimbellot.

G. Barthold (Ballenstedt, Harr). — **Contribution à l'étude de la gastrectomie totale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 15, 1952, p. 622-625, avec 2 fig.).

Une exacte péritonisation de l'anastomose œso-jéjunale reste le point délicat de la technique de la gastrectomie totale. Plusieurs procédés ont déjà fait leur preuve; celui que propose l'auteur ne me semble pas y apporter d'amélioration considérable.

Voici en quoi il consiste : à 2 cm environ de son extrémité, on fixe sur l'œsophage par une série de points tant antérieurs que postérieurs la collerette du péritoine diaphragmatique incisé; on sectionne alors l'estomac et réalise une anastomose termino-latérale œso-jéjunale; il s'agit ensuite de péritoniser le dernier centimètre d'œsophage intermédiaire, dépourvu de péritoine; pour ce faire, on passe circulairement une série de points de soie, qui prennent le péritoine diaphragmatique et quelques fibres musculaires au voisinage presque immédiat de l'œsophage, descendent verticalement en faux-fil dans la musculature œsophagienne, prennent enfin la séreuse intestinale au voisinage presque immédiat de l'anastomose; ces fils, serrés, plissent quelque peu en accordéon le segment œsophagien intermédiaire et mettent au contact à son pourtour la séreuse diaphragmatique et la séreuse intestinale; l'anastomose ne s'invagine pas, mais se fait une sorte de loge dans la paroi latérale de l'intestin; elle est de toute part péritonisée.

B. a utilisé ce procédé dans 2 cas avec plein succès.

Ajoutons qu'il se facilite la tâche par quelques manœuvres opératoires : laparotomie médiane d'exploration; large thoraco-laparotomie après fermeture de la première incision; conservation et bascule de l'estomac sur le thorax pour rendre plus aisée

la fixation de la collerette séro-diaphragmatique, anse anté-colique longue, préparation du revêtement séro-séreux avant l'établissement de l'anastomose, fixation de l'anse efférente au péritoine pariétal postérieur pour éviter toute torsion, anastomose de Braun au pied de l'anse anastomosée.

R. Gueullette.

Joseph Dryjski (Varsovie). — **Gastrectomie totale avec exérèse d'une partie de l'œsophage thoracique pour carcinome** (*Polski Tygodnik Lekarski*, nos 33-34, 1950, p. 1217-1220, avec 2 fig.).

L'intervention est tentée chez un homme de 42 ans, malade depuis 18 mois, amaigri. L'examen radiologique montre un œsophage très dilaté avec un rétrécissement très accentué du cardia que la gélo-barine met une heure à franchir. Malgré que, de ce fait, les parois gastriques se dessinent mal, on note cependant leur épaississement et leur immobilité. L'opération s'accomplit en deux temps. Dans le premier, il est procédé à la gastrectomie par voie abdominale. Malgré les grandes dimensions de la tumeur, l'estomac est mobile. Le transverse est envahi, mais il n'y a pas de métastases visibles au niveau du foie ni de la rate. Après excision d'un segment du transverse, l'estomac est, avec de gros paquets ganglionnaires et le grand épiploon, enlevé dans sa totalité. Le moignon duodénal est suturé sur 3 plans. L'extrémité inférieure de l'œsophage, envahie par la tumeur, est provisoirement protégée par une compresse. La paroi abdominale est refermée et, aussitôt après il est procédé au deuxième temps, thoracique. Après exérèse de la 8e côte gauche, incision de la plèvre et du diaphragme, on atteint l'œsophage infiltré sur une hauteur de 4 cm. Après excision assez haute en tissu sain, on l'abouche au bord supérieur d'une anse jéjunale remontée dans le thorax postérieur (procédé de Hilarowicz). Entre les deux bras de l'anse, on a fait la jéjuno-jéjunostomie de Braun. Dans la poche ainsi créée passe une sonde gastrique introduite par le nez. L'anse jéjunale est fixée au diaphragme. On met un drain de Pezzer dans la cavité pleurale au travers du 9e espace intercostal. Au cours de l'intervention, perfusion de 2 l de sang total et 2 l de sérum glucosé salé.

La cavité thoracique est drainée pendant 4 jours. Le septième, la sonde gastrique est supprimée, le malade commence à s'alimenter normalement. Une phlébite du membre inférieur gauche cède rapidement à l'héparine. Transit satisfaisant, cicatrisation normale. 6 mois après le malade est en bon état et a repris 10 kg.

Wanda Caussé.

S. Giovannini (Bologne). — **Remarques sur le comportement de la glycémie après ingestion de glucose dans les suites de la gastrectomie totale** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, no 5, Juil. 1951, p. 537-546, avec 3 fig.).

G. a étudié la glycémie après ingestion de glucose avant et après gastrectomie totale chez 13 sujets opérés pour cancer diffus de l'estomac.

Aucun de ces malades ne présentait de dumping-syndrome, mais d'une façon générale entre 20 et 40 jours après l'opération, on put constater une glycémie à jeun inférieure au taux pré-opératoire.

Dans 7 cas, l'hyperglycémie *provoquée* a été plus élevée qu'avant l'intervention, 1 fois égale, 4 fois inférieure.

Dans 5 cas, le temps nécessaire pour enregistrer l'hyperglycémie maxima post-opératoire a été inférieur à celui de l'épreuve pré-opératoire: 1 fois seulement il fut supérieur.

La durée de la période hyperglycémique a été dans 10 cas sur 13 plus courte qu'avant l'opération.

On peut admettre qu'après gastrectomie totale, il se produit une absorption plus rapide du glucose ingéré à travers la muqueuse jéjunale, d'où la rapidité de l'hyperglycémie et son chiffre plus élevé, et une plus grande sécrétion d'insuline, ce qui explique la durée plus brève de la phase hyperglycémique.

Il semble que l'hypoglycémie pathologique soit plus rare après gastrectomie totale qu'après gastrectomie sub-totale. La section du pneumogastrique qu'entraîne la gastrectomie totale atténue peut-être les réactions hypoglycémiques.

J. Mialaret.

Shigeki-Yuya. — **Étude sur la digestion et l'absorption après gastrectomie totale** (*Kyushu Memories of medical Sciences*, vol. **2**, n° 3, Déc. 1951, p. 167-173).

La digestion et l'absorption des aliments ont été étudiées sur des malades ayant subi des gastrectomies totales ou sub-totales et chez des individus normaux.

Sur les sujets normaux la digestion et l'absorption étaient satisfaisantes, seuls les produits de putréfaction des protéines ont pu être décelés.

Sur les sujets porteurs d'une gastrectomie partielle, les processus de digestion et d'absorption étaient à peu près similaires à ceux des individus normaux. Après gastrectomie totale la digestion et l'absorption des protéines et des graisses sont insuffisantes, davantage après œsophago-jéjunostomie qu'après œsophago-duodénostomie.

La digestion et l'absorption sont donc améliorées si la technique chirurgicale employée contraint le bol alimentaire à traverser et à séjourner dans le duodénum.

Paul Banzet.

L. Sin (Szeged i.Ungarn). — **Le syndrome gastro-iléostomie** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol **77**, n° 21, 1952, p. 881-886, avec 1 fig.).

S. a pu relever dans la littérature une quarantaine de cas de gastro-entérostomies pratiquées « par erreur », sur l'iléon, parfois à peu de distance de la valvule iléo-cæcale; et l'on est en droit de penser qu'une large diffusion n'est pas donnée à tous les cas.

Ce chiffre est de nature à étonner; et plutôt que d'en rechercher avec l'auteur des raisons anatomiques imprécises et rarement valables, peut-être est-il plus logique d'en attribuer l'entière responsabilité à un opérateur à la fois inaverti et inattentif.

S'il n'y a pas eu de résection gastrique, et si le pylore a gardé une perméabilité tout au moins partielle, si l'anastomose corrige sagement l'excessif court-circuit par une oblitération de sa lumière (ce qui arrive), il n'y a que demi-mal.

Sinon, une diarrhée profuse, une perte massive de poids (25-30 kg), une chute considérable des protides, un état d'inanition progressive en sont les suites inévitables; les vomissements sont rares; on les a vus sanglants ou fécaloïdes. Il est curieux de noter que l'ulcère peptique n'apparaît guère que dans 20 p. 100 des cas.

Le diagnostic de certitude n'est pas facile à poser, même avec le secours de la radiologie.

Chez un malade de 47 ans, gastrectomisé pour ulcère, dont S. trace le triste portrait, le cliché radiographique montrait clairement la bouillie barytée se portant directement de l'estomac au cæcum au travers d'une courte anse grêle de 30 cm environ, dirigée en bas et à droite. Une intervention correctrice redonna au malade une santé fort compromise.

R. Gueullette.

C. Abbott Beling et **Paul J. Russomanno** (Newark, New Jersey). — **Une gastro-cæcostomie, involontaire** (*The Am. Journ. of Dig. Diseases*, vol. **19**, n° 4, Avril 1952, p. 115-116).

A la malade désireuse au lendemain de l'opération d'obtenir quelques précisions, le chirurgien avait répondu : vous avez un cancer de l'estomac et je n'ai pu faire qu'une dérivation. Peu surprise, dans ces conditions, de continuer à souffrir cette femme de 44 ans attendit 10 ans pour accepter enfin de B. et R. une nouvelle opération. Celle-ci confirma les données radiologiques : le cæcum, à 3 cm de l'appendice, avait été anastomosé à la face postérieure de l'estomac. Le plus curieux est que cette bouche anatomiquement et physiologiquement absurde était recouverte d'une muqueuse normale malgré le contact direct pendant 10 ans de la muqueuse colique avec un estomac hyperacide d'ulcus duodénal.

Cl. Olivier.

INTESTIN

Charles H. Brown et **A. G. Michels** (Cleveland, Ohio). — **Les invaginations de l'adulte** (*Surgery*, vol. **31**, n° 4, Avril 1952, p. 538-543, avec 2 fig.).

Cet article discute des différences fondamentales entre l'invagination aiguë des enfants et l'invagination chronique de l'adulte.

15 cas ont été observés à la clinique de Cleveland; 14 malades avaient des tumeurs (malignes dans 8 et bénignes dans 6 cas). Les manifestations cliniques étaient intermittentes : crises répétées de douleurs abdominales et de crampes suggérant des crises répétées d'occlusion, des vomissements, du sang dans les selles complétaient le tableau.

Le diagnostic radiologique est à peu près toujours possible. Le traitement a pu consister en une excision simple d'une tumeur bénigne, souvent la résection segmentaire est le seul procédé applicable.

PAUL BANZET.

W. Gemund (Oberhausen, Sterkrade). — **Sur un cancer de l'angle duodéno-jéjunal** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 13, 1952, p. 522-524, avec 2 fig.).

Parmi les cancers duodénaux, déjà rares, la localisation sur les segments distaux est exceptionnelle (9 fois sur 71 cas).

Siégeant loin de la papille, il ne se manifeste que tardivement par des signes de sténose intestinale; profond, il demeure longtemps inaccessible à la palpation. Sa découverte est le plus souvent radiologique, encore le prend-on aisément pour un néoplasme pancréatique. Son traitement chirurgical, trop tard entrepris, est lui-même difficile; 50 p. 100 seulement des opérés passeraient le cap des premiers jours postopératoires.

G. en a observé un cas, chez un homme de 42 ans, dont l'appétit avait disparu, en même temps qu'apparaissaient des vomissements, des douleurs, des selles sanglantes, accompagnés d'une chute de poids considérable; le taux de l'hémoglobine était tombé à 42 p. 100. On perçoit à travers la paroi une tumeur profonde, lisse, dure, du volume d'une pomme, dont seule la radiographie permet de préciser la localisation.

On réussit opératoirement à libérer sans accidents la tumeur des vaisseaux mésentériques; on réalise tout d'abord l'anastomose duodéno-jéjunale à 8 cm au-dessus de la lésion; on résèque ensuite la tumeur. Les suites sont favorables. L'opération ne date que de 3 semaines.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome papillaire; les ganglions prélevés étaient indemnes.

R. GUEULLETTE.

Julio Bahr S. — **Colectomie totale pour mégacôlon** (*Archivios de la Sociedad de Cirujanos de Chile* (Santiago, Chile), t. **2**, n° 4, Déc. 1950, p. 241-245, avec 2 fig.).

Une femme de 29 ans subit pour mégacôlon une résection du sigmoïde en 2 temps et paraît très améliorée, mais 8 ans plus tard, elle est réexaminée au cours d'une période de sub-occlusion et l'examen radiologique montre un mégacôlon de telle taille que la colectomie totale paraît la seule ressource.

Réintervention : on constate tout d'abord qu'il n'existe pas de sténose au niveau de la résection sigmoïdienne. Colectomie *totale* mais gardant la portion terminale du sigmoïde et le rectum. Anastomose latéro-latérale iléo-sigmoïdienne basse.

Bon résultat, les selles quelques mois plus tard ne sont ni très fréquentes (2 par jour), ni franchement diarrhéiques.

Suit une étude clinique et microbiologique détaillée des fèces qui met en évidence :

Un hypofonctionnement gastrique léger;

Une digestion pancréatique satisfaisante;

Une augmentation de la flore microbienne, aussi bien amylolytique que protéolytique;

Une entérite légère d'origine plus irritative que microbienne.

J. MIALARET.

N. H. Isaacson et **D. B. Greer** (Washington). — **Le traitement conservateur dans le volvulus aigu du côlon pelvien** (*Surgery*, vol. **31**, n° 4, Avril 1952, p. 544-551).

Alors que le volvulus du côlon gauche est rare aux États-Unis (1 à 4 p. 100 du total des occlusions) dans les pays scandinaves, il constitue une cause fréquente d'occlusion (25 à 50 p. 100 du total des occlusions et 60 à 75 p. 100 des occlusions du sigmoïde).

Dans les mains des chirurgiens américains, la mortalité de cette affection s'élève à 25 ou 60 p. 100, suivant les statistiques.

Les chirurgiens scandinaves tendent de plus en plus à introduire un tube rectal dans le pied du volvulus, comme méthode de traitement.

7 cas ainsi traités sont présentés par I. et G. 6 sont guéris. Le seul décès a eu lieu chez un homme de 94 ans qui est mort d'une embolie pulmonaire 48 h après une réduction satisfaisante du volvulus. Cette méthode ne doit être employée que si le volvulus est certain et si la circulation intestinale est intacte. La torsion doit être complètement réduite. Un rectoscope permet de voir le siège de la torsion, l'aspect de la muqueuse et d'apprécier sa vascularisation. Un long tube de caoutchouc, bien lubrifié, du volume du doigt, est alors guidé à travers le lieu de torsion. Toute manœuvre de force est proscrite. Lorsque le tube a pénétré dans le côlon, une vidange massive se produit aussitôt et le siège du tube peut être vérifié radiologiquement; il doit être laissé en place pendant 2 à 3 jours pour éviter une récidive.

Une résection secondaire à froid doit être envisagée pour éviter la reproduction tardive des accidents qui apparaissent dans 20 à 30 p. 100 des cas.

Brunsgard a rapporté 124 observations de volvulus; dans 1 cas la rupture de l'intestin s'est produite; dans 123 cas, la détorsion a pu être effectuée avec succès.

Paul Banzet.

P. C. Borsotti et **E. Masenti** (Turin). — **Considérations sur un cas de réticulosarcome du cæcum** (*Bollettino e Memorie della Societa Piemontese di Chirurgia*, vol. **21**, n° 8, Mars 1952, p. 309-320, avec 6 fig.).

Garçon de 12 ans se plaignant depuis environ 2 mois de douleurs iliaques droites post-prandiales suivies de vomissements. Accentuation récente. Défense pariétale évoquant l'appendicite aiguë et justifiant une opération d'urgence. L'appendice était congestionné et œdémateux. Son extériorisation était impossible en raison d'une invagination de l'iléon dans le côlon droit que l'on réduisit sans difficulté. On découvrit alors une seconde invagination du bas fond cæcal dont la réduction permit de palper enfin une masse de la paroi cæcale située entre la valvule et l'implantation appendiculaire. Nombreux ganglions. Hémicolectomie droite. Sur la pièce la tumeur avait un diamètre de 4 cm, une épaisseur de 2 cm. Sa couleur était verdâtre et sa surface dépourvue de muqueuse. Histologie : réticulo-sarcome. Malgré un traitement radiothérapique, généralisation néoplasique, 5 mois plus tard.

Cl. Olivier.

H. C. Spear et **S. C. Brainard** (Rochester). — **Cancer du gros intestin. Une analyse de 580 lésions** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 934-945).

S. et B. ont étudié et analysé en de nombreux tableaux 580 adéno-carcinomes du côlon et du rectum survenus sur 568 malades dans le même hôpital entre 1922 et 1949. Ils en étudient la fréquence suivant l'âge et le sexe; les symptômes, les constatations radiologiques et de laboratoire, les divers procédés opératoires, leur mortalité, sont précisés.

Le pourcentage de résécabilité de la tumeur fut de 56,8 p. 100 pour l'ensemble (63,2 pour le côlon droit).

Il y eut 28 décès opératoires sur 293 opérations de résection curative (9,6 p. 100). Plus de la moitié des décès auraient pu être évités par l'usage des antiseptiques intestinaux, des anticoagulants, des antibiotiques, comme le prouve le fait qu'entre 1944 et 1949 la mortalité est tombée à 4,4 p. 100.

La survie de 5 ans, ou plus, a été constatée dans 37,9 p. 100 des opérations curatives; (59,4 p. 100 pour le côlon droit, 25 pour le transverse, 30,9 pour le côlon gauche. 37,8 pour le rectum).

M. GUIMBELLOT.

A. W. Allen (Boston). — **Le développement de la chirurgie pour le cancer du côlon** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 5, Nov. 1951, p. 785-796).

Pour le discours annuel de l'Excelsior Club, A. a choisi comme sujet la chirurgie du cancer colique. Il en fait l'historique complet, remontant même jusqu'au XIII^e^ siècle.

Il s'attarde plus longuement sur les techniques modernes : soins pré-opératoires, anesthésie, voie d'abord, technique opératoire, soins consécutifs, etc.

Sur 73 cas opérés de 1940 à 1944, il a obtenu une survie de 5 ans dans 65 p. 100 des cas.

M. GUIMBELLOT.

David A. Susnow (San Francisco). — **Granulomes huileux du rectum consécutifs à l'injection rectale de produits à base d'huile minérale** (*The American Journal of Surgery*, vol. **83**, n° 4, Avril 1952, p. 496-499).

L'auteur rapporte 6 observations de granulomes huileux du rectum consécutifs à l'injection rectale de produits à base d'huile minérale. Les antécédents sont parfois assez nets pour faciliter le diagnostic, en particulier quand il y a eu injection sclérosante, à véhicule huileux, de paquets hémorroïdaires.

La symptomatologie clinique consiste en une sensation de plénitude ou de tension intra-rectale avec impression d'évacuation incomplète. La réaction fibreuse de la paroi rectale entraîne parfois de la constipation. Au toucher, le doigt perçoit une série de nodules à l'intérieur du canal anal et parfois un certain degré de rétrécissement. A l'anuscopie, ces tumeurs sont d'apparence jaunâtre, recouvertes par une muqueuse amincie parfois adhérente, mais intacte.

LUCIEN LEGER.

Mortimer Diamond (Beverly Hills, Calif.). — **Adénomes du rectum et du sigmoïde chez les alcooliques : étude sigmoïdoscopique** (*The Am. Journ. of dig. Diseases*, vol. **19**, n° **2**, Fév. 1952, p. 47-50, avec 2 fig.).

Depuis 1946, un examen proctologique complet fut effectué chez tous les entrants de l'Hôpital psychiatrique d'État à Camarillo, en Californie. Sur 5 980 malades il apparut ainsi que parmi les non-alcooliques la fréquence des adénomes rectosigmoïdiens était de 3,37 p. 100 pour les femmes et 5,46 p. 100 pour les hommes : les taux correspondant pour les 2 sexes chez les éthyliques étant respectivement de 4,50 p. 100 et 18,23 p. 100. En raison du grand potentiel malin de ces tumeurs les auteurs conseillent la sigmoïdoscopie systématique chez les alcooliques.

CL. OLIVIER.

George T. Pack (New York). — **Indications de la résection du rectum** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **19**, n° 6, June 1952, p. 445-453).

Moins de 10 p. 100 des tumeurs du rectum permettent la conservation du sphincter. Seuls les petits cancers situés au moins à 12 cm de la marge de l'anus, au-dessus du cul-de-sac de Douglas, sont justiciables de la résection. Encore même en ce cas ne doit-on jamais la promettre avant la laparotomie : il faut, en effet, préférer l'amputation si à ce moment l'extension locale semble plus importante ou les ganglions envahis. Une seule exception à cette limitation très stricte des indications conservatrices : la présence de métastases hépatiques. Du point de vue technique, P., lui aussi, n'a pas été satisfait du procédé de Bacon et Babcock. Il pratique soit la résection dite antérieure, par voie abdominale pure, soit l'invagination transanale du segment supérieur.

CL. OLIVIER.

J. F. Martin et **M. Dargent.** — **L'épithélioma mucoïde de la région périanale** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 7, Oct. 1951, p. 832-842, avec 9 fig.).

Il faut distinguer des épithéliomas de l'anus, les épithéliomas mucoïdes de la peau de la région périanale, souvent à point de départ au niveau des glandes de la région et des cryptes de Morgagni. C'est sans doute à ce type qu'il faut rapporter nombre de cas de prétendues dégénérescences cancéreuses de fistules anales qui ne sont en fait souvent que des cancers mucoïdes primitifs à aspect fistuleux.

Ces cancers ont une évolution très lente, contrairement aux cancers glandulaires de l'ampoule rectale et du canal anal fistulisés dans le creux ischio-anal. Le traitement doit en être purement chirurgical. La radio-sensibilité en est faible et l'exérèse large, suivie parfois de greffes cutanées, donne de bons résultats.

La nécessité d'un évidement ganglionnaire inguinal complémentaire, conseillé par certains, n'apparaît pas encore prouvée à M. et D.

Des récidives locales, d'évolution également lente, peuvent obliger à des réinterventions locales.

J. Mialaret.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

R. Boucher, J. Bernier, R. Lamarre et **L. Trempe** (Montréal). — **Ponction biopsique du foie compliquée d'une péritonite suivie d'un épanchement pleural biliaire** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, n° 14 et 15, 2 Mai 1952, p. 524-525).

L'observation rapportée est intéressante puisqu'elle montre, ce qui était à prévoir, mais qui était nié jusqu'à présent par les promoteurs de la méthode : les accidents qui peuvent résulter de la ponction biopsique du foie.

Il s'agit d'une malade atteinte d'une cirrhose biliaire consécutive à une affection biliaire ayant nécessité la cholécystectomie.

La ponction est faite en vue d'une étude complète, en même temps que les tests d'usage. Cette ponction est pratiquée par la voie sous-costale. Elle entraîne une douleur vive qui persiste les jours suivants, s'accompagne de fièvre et d'un tableau de péritonite. Un chirurgien appelé n'est pas d'avis d'opérer, mais conseille l'aspiration jéjunale et les antibiotiques.

L'état s'améliore et on découvre une pleurésie droite qui est ponctionnée. On retire 650 cm³ de bile. La reproduction de l'épanchement pleural fait décider une pleurotomie.

Les auteurs disent que l'évolution se fait vers la guérison.

Il est évident que la ponction d'un foie contenant des canaux biliaires dilatés doit entraîner de temps à autre de pareils accidents.

P. Moulonguet.

P. F. Fox et **L. F. Cella** (Chicago). — **Hémangio-endothéliome du foie** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 1042-1047, avec 3 fig.).

Les tumeurs primitives du foie sont très rares. F. et C. rapportent l'observation d'un hémangio-endothéliome développé dans la partie antéro-inférieure du lobe droit du foie, chez une fillette de 10 mois. Cette tumeur ne donnait aucun autre symptôme que la constatation, par la palpation, d'une masse arrondie, volumineuse de l'hypochondre droit, s'étendant du rebord costal aux crêtes iliaques.

La laparotomie montra que la tumeur ne présentait aucune adhérence sauf à la vésicule biliaire sur sa face inférieure ; mais elle était croisée par de nombreux gros vaisseaux. Sa base d'implantation sur le lobe droit fut circonscrite par de nombreux points de suture, destinés à assurer l'hémostase, et la section du foie en arrière de la tumeur ne donna lieu à aucune hémorragie. Par prudence la ligne de section fut recouverte de

Spongel imprégné de thrombine. La vésicule biliaire, qui avait été libérée et abaissée, fut refixée sur la tranche de section.

Les suites opératoires furent très simples. 3 mois plus tard on essaya préventivement de la radiothérapie qui fut mal supportée et dut être interrompue. L'enfant continue à aller bien et croître normalement.

M. Guimbellot.

P. Mallet-Guy, J. Feroldi, G. Devic, M. Gangolphe (Lyon) et **R. Almasque Dedeu** (Buenos-Aires). — **Etude expérimentale des ligatures de l'artère hépatique et de l'anastomose entre artère hépatique et veine porte** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 2, Fév.-Mars 1952, p. 155-179, avec 18 fig.).

Les résultats contradictoires obtenus par les différents expérimentateurs, après suppression plus ou moins totale de l'irrigation artérielle du foie par ligature de l'hépatique commune ou de ses branches chez le chien, ont incité Mallet-Guy et ses collaborateurs à reprendre cette expérimentation, en s'entourant des plus grandes précautions et de vérifications anatomiques, artériographiques et histologiques les plus soigneuses et sur un nombre important de cas (94 chiens). Ils ont constaté :

1° Que la suppression de tout apport artériel hépatique entraîne de façon constante la mort par nécrose massive du foie : nécrose qui semble bien due à la pullulation des germes anaérobies saprophytes normaux des voies biliaires.

2° La pénicillinothérapie évite constamment cette nécrose. Elle doit être continuée pendant 8 jours et peut par la suite être interrompue. Il ne semble pas qu'on puisse évoquer alors une revascularisation artérielle du foie, par formation d'adhérences; il semble que la vie tissulaire hépatique soit entretenue uniquement par le courant portal.

La pénicilline ne met pas à l'abri de la nécrose vésiculaire et une cholécystectomie doit être pratiquée chez l'animal d'expérience, en même temps que la ligature hépatique.

3° L'artérialisation de la veine porte par implantation de l'artère hépatique dans la veine porte permet d'éviter la nécrose du foie, même sans administration de pénicilline après ligature de toutes les artères hépatiques du chien. La vie cellulaire hépatique peut être entretenue par le seul courant portal s'il est oxygéné par l'artère hépatique. Vaisseau nourricier de la vésicule biliaire, l'artère hépatique n'est donc pas absolument indispensable à la vie du foie; si le sang artériel arrive par voie portale, il a la même efficacité.

En conséquence, en cas de blessure de l'artère hépatique une médication antibiotique intensive doit être instituée et l'implantation de l'artère hépatique sectionnée dans la veine porte semble légitime, si elle est réalisable.

J. Mialaret.

H. H. Hensel (Prenzlau). — **Rares et intéressantes constatations au cours d'opérations biliaires** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 18, 1952, p. 751-754).

Un malade de 41 ans présentait depuis 15 ans des crises de coliques hépatiques d'intensité croissante, les dernières s'étant accompagnées d'ictère. Devant l'inefficacité du traitement médical, on est finalement intervenu. On libère des adhérences, on enlève une vésicule bourrée de calculs cholestériniques; on ouvre alors le cholédoque d'où l'on extrait 64 calculs du volume d'une lentille; on le referme, sans contrôle manométrique (mais non sans quelque témérité); le malade guérit néanmoins sans incidents. Le calibre du cystique, qui ne dépassait pas 3 mm, laisse à penser à l'auteur qu'il s'agissait d'une lithiase primitive de la voie principale évoluant concurremment avec une cholécystite calculeuse.

La deuxième observation a trait à une fistulisation spontanée de la vésicule au niveau de l'ombilic, survenue sans accidents locaux, sans douleurs, 4 ans après une crise unique de coliques hépatiques. La fistule, qui existait depuis 4 mois déjà lorsque l'auteur la vit, était de la grosseur d'une tête d'épingle; son examen radiologique ne put être

pratiqué; on pouvait y introduire un fin cathéter de 18 cm de longueur; une sécrétion blanchâtre s'en écoulait (dont on ne nous dit ni le volume, ni les caractères chimiques). Son exploration opératoire conduisit, à travers de grosses adhérences épiplooïques, à une vésicule pleine de calculs. Il sembla que le cheminement de la fistule s'était fait au long du ligament rond.

R. Gueullette.

H. Wendt (Magdeburg). — **Péritonite biliaire consécutive à la perforation d'une vésicule accessoire intra-hépatique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 20, 1952, p. 825-829, avec 1 fig.).

La vésicule double est une rareté. W. en relate une observation.

Il s'agissait d'une femme de 70 ans, présentant des accidents biliaires depuis 1 an, et qui fut prise soudain d'une crise très violente avec ictère, accompagnée d'un syndrome péritonéal avec état de choc. On intervient avec le diagnostic de péritonite biliaire par perforation; on trouve une grosse quantité de liquide bilieux dans le péritoine, la vésicule, appendue à un long mésocyste, est bourrée de calculs, rouge, enflammée, mais non perforée; pas non plus de perforation duodénale ulcéreuse; on voit la bile s'écouler au niveau de la face inférieure du foie au voisinage de l'angle colique droit; le canal hépatique est distendu, le cholédoque est normal; à la jonction des deux segments de la voie principale, on observe une coudure par traction du cystique, mais pas de calculs; la cholécystectomie est facile; par le moignon du cystique, on explore la voie principale; et c'est alors que l'on découvre, branché sur l'hépatique, une sorte de diverticule qui conduit dans un recessus au niveau du bord antérieur du foie : il s'agit d'une 2e vésicule, intra-hépatique, qui possède sa petite artère nourricière, et que l'on enlève par une étroite résection cunéiforme. Cette vésicule accessoire présente au niveau de son fond élargi une petite perforation de la dimension d'une tête d'épingle et qui s'ouvre au niveau de la surface hépatique; elle contient en outre un calculin.

Ne pas oublier cette éventualité en présence de toute péritonite biliaire, dite « sans perforation », conseille l'auteur, qui croit même pouvoir lui attribuer un rôle dans certaines suites fâcheuses de la cholécystectomie.

R. Gueullette.

H. H. Patt et **A. R. Koontz** (Baltimore). — **Fistule cholécysto-cholédocienne** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 1064-1065).

P. et K. donnent 2 observations de fistules faisant communiquer le cholédoque avec le fond de la vésicule biliaire, constatées au cours d'opérations pour lithiase biliaire.

Dans 1 cas il s'agissait d'une vésicule adhérente remplie de calculs ainsi que le canal hépatique. La fistule fut trouvée en faisant la cholécystectomie. Le cholédoque fut sectionné par mégarde, et une petite partie de la vésicule fut anastomosée avec le jéjunum. Guérison.

Le second cas était un abcès périvésiculaire qui fut incisé, et on fit une cholécystostomie avec ablation de calculs. Quelques mois plus tard la malade fut réopérée pour ictère par rétention calculeuse et on trouva la fistule avec de gros calculs à son niveau et dans le cholédoque. Cholécystectomie, drainage du cholédoque par l'orifice fistuleux. Guérison.

M. Guimbellot.

Stanislas Sokol et **Georges Smigielski** (Gdansk). — **Fistule abdominale, complication de cholécystite** (*Polski Prezglad Chirurgiczny*, n° 4, 1950, p. 634-648, avec 8 fig.).

S. rapporte l'intéressante observation, qui s'étend sur plus de 20 ans, d'une femme atteinte de cholécystite et d'angiocholite.

Il s'agit d'une femme, qui, en pleine santé, a une première crise de coliques hépatiques en 1927. Le diagnostic de cholécystite est posé, mais la malade refuse l'intervention. Pendant 6 ans elle fait de fréquentes poussées avec, en 1932, léger ictère. En 1933,

fièvre très élevée et prolongée, douleur dans l'hypochondre droit, toux avec expectoration épaisse et purulente. Résection d'une côte pour empyème, drainage. La fistule est longue à se fermer. Les douleurs cessent, la malade semble guérie. 13 ans plus tard, en Août 1946, la fistule se rouvre, après une forte poussée fébrile avec grands frissons qui en imposent pour du paludisme. En Janvier 1947, nouvelle poussée thermique, avec frissons, nouvelle résection costale. Cicatrisation rapide de la plaie et de l'ancienne fistule. En Juillet 1948, à l'occasion d'une nouvelle poussée fébrile, le diagnostic de cholécystite est posé. La pénicilline amène une rémission temporaire, suivie d'un épisode de toux avec expectoration purulente.

En Décembre, intervention pour lithiase. La paroi de la vésicule est tellement altérée et adhérente qu'on ne peut réséquer que sa partie antérieure et on draine après ablation de très nombreux calculs de cholestérine. Cicatrisation rapide, suppression des drains le 16e jour. Mais à la fistule abdominale, de même qu'à la dorsale persiste un petit suintement muco-purulent. En Février, la température remonte, on draine à nouveau la cavité abdominale d'où s'écoule un pus épais et fétide. Retour de la température à la normale, fermeture de la fistule dorsale.

Après injection de lipiodol par le drain, sur la malade couchée, les radios, prises en position verticale, montrent des taches sous la coupole diaphragmatique et du lipiodol dans tout l'arbre bronchique du lobe inférieur droit et un peu dans la bronche gauche. Le drain introduit par l'abdomen a, lui-même, suivi la voie de communication passant au-dessus du foie, pénétrant dans le thorax et sortant par la fistule de la base du thorax.

Fermeture du trajet abdomino-thoracique par injections de nitrate d'argent à concentrations progressives.

Les auteurs passent en revue les difficultés diagnostiques et les procédés opératoires. Ils pensent que les complications thoraciques des cholécystites devraient aider au diagnostic d'abcès sous-phrénique et non le masquer.

WANDA CAUSSÉ.

I. R. Jankelson et **J. J. O'Conner** (Boston, Massachusetts). — **Cholécysto-duodénostomie spontanée. Relation d'un cas de longue durée** (*The American Journal of Dipestive Diseases*, vol. **19**, n° 3, Mars 1952, p. 66-69, avec 2 fig.).

La fistulisation spontanée de la vésicule biliaire dans le duodénum n'est pas très rare. Mais il est exceptionnel qu'après 10 ans, avec un reflux duodénal s'étendant jusqu'aux ramifications intra-hépatiques, elle entraîne aussi peu de retentissement hépato-biliaire que dans l'observation de J. et O. La symptomatologie se réduisant depuis une crise plus violente à quelques douleurs épigastriques; aussi cette femme de 63 ans refusa-t-elle tout traitement chirurgical.

CL. OLIVIER.

O. F. Longo, C. Sosa Gallardo et **A. Ferraris** (Cordoba, Argentine). — **Cholécystites expérimentales par reflux des ferments pancréatiques** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 8, Nov.-Déc. 1951, p. 958-965 avec 12 fig.).

Pour qu'un reflux pancréatico-vésiculaire puisse se produire, il faut que la terminaison des canaux pancréatique et cholédocien soit commune et que le cystique soit perméable. Si le Santorini débouche dans le duodénum isolément, la pression du suc pancréatique est inférieure à celle de la bile, mais si le Santorini se jette dans le Wirsung avant son abouchement, la pression pancréatique augmente beaucoup et le reflux pancréatique est possible.

Expérimentalement chez le chien, les auteurs ont étudié l'action du suc pancréatique et de la trypsine sur la vésicule biliaire par injection directe ou par anastomose Wirsung-vésicule et constaté la production d'altérations anatomiques très semblables à celles que l'on observe chez l'homme.

J. MIALARET.

B. Karitzky (Rostock). — **Justification et indications de la cholécystostomie** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 16, 1952, p. 655-660).

Tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la valeur de la cholécystostomie. L'auteur n'est pas d'avis d'enfermer les indications de cette intervention dans des règles rigoureuses. Tous les malades ne réagissent pas de la même façon aux affections biliaires; certains résistent mieux aux désordres fonctionnels; le retentissement sur les glandes à sécrétion interne est plus ou moins sévère et les accidents apparaissent plus ou moins précocement. Bien plus, il y aurait lieu de tenir compte de conditions géographiques; c'est ainsi qu'en Allemagne, les habitants du Nord se montrent beaucoup plus réfractaires aux complications que les habitants des provinces du Sud ou de l'Ouest.

L'aspect clinique est trompeur; et il convient, afin de juger de ces multiples facteurs personnels, de multiplier les épreuves fonctionnelles pré-opératoires (test au Véritol, électro-cardiographie, étude de la fonction hépatique, étude des métabolismes, etc...). On se rendra compte ainsi que le caractère clinique des lésions ne joue pas le rôle primordial et que l'âge n'intervient que peu dans l'affaire.

Grâce à l'observance de ces règles, l'auteur n'a eu à regretter depuis 6 ans aucun cas de décès en chirurgie biliaire.

Il considère la cholécystostomie comme indispensable :

lors d'empyème aigu ou chronique, quel que soit l'âge du malade;

en présence de cholécystites nécrotiques (qui ne risquent plus la perforation dès que l'on a abaissé la pression intra-vésiculaire);

au cours des cholécystites chroniques récidivantes après 60 ans, lorsque les épreuves de laboratoire ont confirmé l'existence de troubles fonctionnels irréversibles.

la cholécystostomie est à recommander :

au cours des ictères avec ou sans cholangite, par calcul enclavé au-dessous de l'abouchement du cystique;

chez les malades après 70 ans, ou atteints d'affections générales graves (myocardite, diabète, etc...).

La cholécystectomie secondaire, moins grave, restera nécessaire :

en cas de persistance ou de récidive de la fistule biliaire;

après l'extraction d'un calcul du cholédoque;

chez tous les malades qui n'ont pas atteint 60 ans.

Mais ces directives ne doivent en aucune manière être considérées comme des règles strictes.

K. insiste en terminant sur les dangers particuliers de l'anesthésie chez de tels malades, sur l'intérêt considérable de l'anesthésie locale, sur l'importance enfin de la thérapeutique post-opératoire (transfusions, sérum sucré, extraits surrénaux, vitamines).

R. Gueullette.

N. Frederich Hicken et **A. James McAllister.** — **Le reflux de bile dans les canaux pancréatiques est-il un processus physiologique normal ou anormal ?** (*The American Journal of Surgery*, vol. **83**, n° 6, Juin 1952, p. 781).

De l'étude des cholangiographies pratiquées chez 100 malades, les auteurs essaient de tirer des conclusions sur les possibilités de reflux de la bile dans les canaux pancréatiques.

La plus intéressante de leurs constatations est que chez 57 malades où le cholédoque et le Wirsung s'unissent directement à la papille sans ampoule intermédiaire, le liquide opaque s'écoulait du cholédoque dans le duodénum tandis qu'une partie refluait dans le canal de Wirsung. Mieux encore, chez 13 malades dont le cholédoque et le Wirsung s'ouvraient séparément dans le duodénum, les auteurs ont constaté que le liquide opaque injecté dans le cholédoque s'écoulait dans le duodénum, puis lentement refluait le long du canal de Wirsung. Ils insistent sur la fréquence de ce reflux pancréatique, beaucoup plus grande qu'il n'est classique de l'admettre. Les auteurs en arrivent à conclure que le reflux de bile dans les canaux pancréatiques survient non en raison d'une

obstruction lithiasique de l'ampoule de Vater, mais bien plutôt parce que les canaux pancréatiques sont béants.

Ces conclusions nous paraissent réduire singulièrement le rôle du reflux pancréatique dans la pathogénie de la pancréatite aiguë.

LUCIEN LEGER.

K. Jonscher et **R. Drews** (Poznan). — **Kyste congénital des voies biliaires. 1 cas suivi de guérison** (*Polski Przeglad Chirurgiczny*, n° 2, 1950, p. 275-282).

Janik en relève 5 cas dans la littérature polonaise et 83 en tout, dont 4 seulement au-dessous de 1 an. La mortalité opératoire très élevée, 71 p. 100, donne un intérêt particulier au cas personnel des auteurs. Il s'agit d'un nourrisson de 9 mois, qui, malgré une apparence normale à la naissance, tette toujours difficilement et vomit souvent. Les selles régulières, sont, dès le début, vert foncé ou décolorées; à partir de l'âge de 2 mois il maigrit et fait 4 ictères. Le ventre commence à grossir depuis le 4e mois.

Au premier examen, l'enfant, au teint terreux, émacié, ne s'assied pas, n'a pas de dents. Sous le rebord costal droit on perçoit une grosse tumeur rénitente. Légère anémie, G. B. : 6 800, sédimentation : 16 — 31; dans les urines : urobiligène et bilirubine. La ponction montrant l'origine biliaire de la tumeur, on opère. La tumeur de la grosseur d'une tête de nouveau-né, extra-péritonéale, est enlevée après aspiration de 460 cm³ de bile épaisse; l'origine normale des voies biliaires est abouchée à l'estomac au-dessus du pylore. Drainage très court. Suites opératoires normales. L'état général s'améliore rapidement, les selles sont normales. L'enfant sort de l'hôpital guéri, au bout de 2 mois. 5 mois plus tard le poids a augmenté de 3,600 kg, et, après 1 an encore de 1,500 kg.

Ce cas corrobore la théorie de l'origine congénitale des kystes des voies biliaires.

Les auteurs considèrent que le pronostic opératoire est incomparablement meilleur lorsqu'il est possible de procéder à l'ablation de la poche et à l'abouchement d'un canal biliaire au tube digestif, que lorsqu'on se contente d'un simple drainage, qui prive totalement de bile un organisme toujours très déficient.

WANDA CAUSSÉ.

R. D. O'Malley, A. H. Aufses et **A. O. Whiple** (New-York et Holyoke). — **Obstruction bénigne des voies biliaires extra-hépatiques** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 5, Nov. 1951, p. 797-807).

O., A. et W. étudient 54 cas de sténose bénigne des voies biliaires extra-hépatiques, opérées dans le même hôpital de 1936 à 1949. Sur ces 54 malades, 46 avaient été opérés antérieurement sur les voies biliaires.

73 opérations furent pratiquées pour ces 54 sténoses, dont 23 anastomoses de conduit à conduit sur 14 malades, 39 de conduit à duodénum sur 34 malades, 8 procédés en Y sur 8 et 3 implantations de fistules dans le tractus digestif sur 3.

40 guérisons complètes ont été constatées sur les 54 malades. Les anastomoses de conduit à conduit ont donné 71 p. 100 de guérison; les anastomoses de conduit à duodénum, 70 p. 100; les 8 anastomoses en Y ont donné 6 succès et les 3 implantations de fistules ont échoué.

Il y a eu 2 décès opératoires.

Des tubes de caoutchouc ou de vitallium ont été utilisés dans un certain nombre de cas. Ils ne doivent l'être que comme prothèse temporaire.

M. GUIMBELLOT.

Frédéric W. Bancroft (New-York). — **Rétrécissement de la voie biliaire principale après gastrectomie** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **18**, n° 12, Déc. 1951, p. 888-894, avec 5 fig.).

Cette observation intéressante est très caractéristique des problèmes diagnostiques et thérapeutiques difficiles posés par les ictères de la gastrectomie.

B. pratique le 26 Avril 1949 chez un homme de 44 ans une gastrectomie subtotale pour un ulcère duodénal. Ce dernier est caché en avant par un petit abcès et perforé

en arrière dans le pancréas. Il est enlevé et le duodénum fermé sans incidents. Suites opératoires simples. Mais le 15 Juin apparaissent des douleurs épigastriques, des frissons et un ictère qui (sans qu'il soit fait mention d'aucune recherche de laboratoire) est attribué à une hépatite transfusionnelle. Sa persistance conduit le 29 Juillet à une réintervention. Le cholédoque est dilaté : un seul explorateur, une seule fois, peut être introduit dans le duodénum. Pas de cholangiographie per opératoire. Drainage à la façon de Kehr, qui permit secondairement de vérifier aux rayons l'absence de passages vers le duodénum. Malheureusement 10 jours plus tard une infirmière, par inadvertance, enlève le drain. La fistule externe pourtant se tarit, l'ictère diminue. Un ulcère peptique est, entre temps, découvert; il guérira par le traitement médical.

Comme il fallait s'y attendre la jaunisse reparut, toujours accompagnée de frissons et de fièvre. Une 3e intervention fut exécutée le 17 Novembre. L'auteur put sectionner le cholédoque assez bas et mobiliser le moignon duodénal pour réaliser entre eux une anastomose termino-terminale sur drain ressortant à la façon de Volcker. Cette fois-ci ce fut le succès, contrôlé 1 an plus tard.

On aurait mauvaise grâce à discuter ce résultat. Mais si l'on admet avec B. que la sténose cholédocienne était secondaire à une réaction inflammatoire autour du moignon duodénal. On doit, à cette occasion, insister sur l'intérêt bien connu depuis les travaux de P. Duval et Fèvre d'éviter les opérations pour ulcère pendant les poussées évolutives.

Cl. Olivier.

H. Milhiet et **A. Laffitte.** — **Ampullome vatérien à forme angiocholitique, traité par duodéno-pancréatectomie céphalique** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **77**, n° 33, 5 Déc. 1951, p. 1017-1022, avec 2 fig. Rapport de M. J. Hepp).

Cliniquement cet ampullome vatérien était remarquable par la présence d'accidents fébriles, de type angiocholitique, sans aucune douleur, mais avec un amaigrissement de 10 kg, du sang dans les selles, et un ictère immuable depuis plus de 4 mois. L'opération fut faite en 2 temps, cholécystostomie première, duodéno-pancréatectomie céphalique ensuite. Il faut noter qu'en raison de son petit diamètre, le canal de Wirsung fut lié et non réimplanté : il survint pendant quelques jours un peu abondant écoulement de suc pancréatique, et 7 mois plus tard on dut inciser une collection sous-costale gauche de liquide clair. Il survint enfin du 20e au 30e jour après l'opération de très graves hémorragies digestives; liées sans doute à un trouble de la crase sanguine, elles n'empêchèrent pas la guérison.

Sylvain Blondin.

Biocca (Rome). — **La papillostomie comme drainage permanent des voies biliaires.** (*Il Policlinico* [*Sezione chirurgica*], vol. **59**, n° 2, Mars-Avril 1952, p. 106-117).

Pendant un intervalle de 2 années, 16 malades atteints de syndrome papillaire non lithiasique cicatriciel ou néoplasique, ont été traités par papillostomie. Cette intervention faite sous anesthésie générale a donné une guérison rapide dans 14 cas. 1 cas a été peu favorable puisque, après quelques semaines, le syndrome a réapparu. Il y a eu en outre 1 décès par pancréatite aiguë secondaire à une occlusion iléale par bride.

Les succès obtenus par cette intervention dans des cas bien déterminés (état biliaire hypertensif plus ou moins stable sans calcul, cicatrice ni néoplasme) n'empêchent pas l'auteur de rester fidèle à la cholédoco-duodénostomie antérieure comme traitement de la lithiase cholédocienne (statistique basée sur 200 cas).

Olivieri.

Jacques Hepp. — **Le drainage transpapillaire en chirurgie biliaire** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **77**, n° 33, 5 Déc. 1951, p. 1030-1033).

Quelle est la place du drainage transpapillaire, par un tube en T à très longue branche inférieure (Catell, de Boston, Maingot, de Londres) à côté du simple drainage externe de Kehr, du drainage interne de Sasse ou du drain cholédoco-duodénal de Vœlcker et J. Gosset ? Hepp, d'après 52 observations, lui trouve les avantages suivants : drai-

nage prolongé, sans déperdition de bile, assurant la perméabilité sphinctérienne, mise au repos calibrée du canal, améliorations des lésions de la papille ou du pancréas. Il l'utilise, avec Carelli, si, après ablation des calculs, la radiomanométrie montre une importante hypertonie du sphincter, si le cholédoque est encombré de boue biliaire molle, si, en cas de récidive douloureuse, le cholédoque est gros, sans calcul, mais avec une oddite persistante, s'il existe une pancréatite chronique nette, aussi dans certains cas de réparation de la voie principale, de plaies incomplètes de l'hépato-cholédoque, enfin après sphinctérectomie pour papillite ictérigène. La mise en place de ces drains se fait soit directement de haut en bas par le cholédoque, soit après une petite duodénotomie qui permet de faire passer un fil conducteur à travers la papille, soit si la papille est imperméable, par sphinctérectomie segmentaire après duodénostomie large.

Ce drainage, qui est très fixe, n'a pas causé d'accidents : le reflux duodénal est aisément supprimé par l'équilibration des pressions, son obturation précoce empêche une déperdition de bile trop prolongée, enfin il n'a eu de mauvais effets, sclérose ou dilatation inconstante, sur la papille. Son extraction se fait sans produire de lésions du cholédoque. Il semble donc particulièrement intéressant.

SYLVAIN BLONDIN.

Champeau. — **Le drainage transpapillaire** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **77**, n° 34, 12 Déc. 1951, p. 1037-1038).

Sur 107 cas, ce mode de drainage a donné 2 morts (abcès du poumon et embolie pulmonaire) : les principales indications furent : calculs du cholédoque avec papillite (35), papillites, le plus souvent consécutives à une cholécystite, lithiasique ou non (51), sphinctérectomie pour oddite scléreuse irréversible (16), pancréatites (4). Ce mode de drainage, pour C., n'est pas dangereux (pancréatites, infections ascendantes, reflux duodéno-pancréatique). Le drain doit être laissé en place 6 à 8 semaines, son ablation est facile et non traumatisante.

SYLVAIN BLONDIN.

N. Blixenkrone-Moller (Aarhus, Danemark). — **Accidents opératoires en chirurgie biliaire** (*Nordisk Medicin*, t. **47**, n° 16, 18 Avril 1952, p. 523-528, avec 15 fig.).

L'auteur étudie (avec nombreuses figures de pièces à l'appui) un certain nombre d'anomalies portant lés unes sur les canaux biliaires, les autres sur les artères. Ces dispositions anormales favorisent les blessures accidentelles du cholédoque, au cours d'intervention. Parmi les plus curieuses de ces anomalies, notons un très long canal cystique accolé en canon de fusil au cholédoque qui fut blessé au cours de la dissection ; la branche droite de l'artère hépatique pré- ou rétro-cholédocienne — la vésicule très distendue au niveau du bassinet et adhérant fortement au cholédoque — diverses anomalies de l'artère cystique, triple dans un cas avec blessure du canal hépatique en cours de libération.

M. DENIKER.

A. E. Pearce, A. W. Ulin, J. H. Entine et **G. F. Froio** (Philadelphie). — **Reconstruction expérimentale du système biliaire extra-hépatique en utilisant des greffes veineuses libres** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 5, Nov. 1951, p. 808-814, avec 6 fig.).

P., U., E. et F. ont essayé sur 32 chiens des greffes veineuses autogènes (fémorale ou jugulaire externe) pour reconstituer des canaux biliaires, qu'ils sectionnaient. Les greffons ont été interposés entre les 2 bouts du cholédoque, entre cholédoque et duodénum, entre vésicule et cholédoque. Ils ont été placés avec ou sans coiffes de vitallium. La mortalité a été de 93 p. 100 des animaux opérés. La mort est résultée, soit de la nécrose et de la perforation du greffon veineux, soit de l'obstruction par rétrécissement de la veine ou par précipitations de sels biliaires dans la coiffe de vitallium. La pose de greffon veineux paraît donc chez le chien un procédé inutilisable.

M. GUIMBELLOT.

Zanetti (Turin). — **Quelques cas d'anastomose bilio-digestives pour tumeurs du pancréas** (*Bolletino e Memorie della Soc. Piemont. di Chirurgia*, vol. **22**, n° 3-4, Mars-Avril 1952, p. 143-151).

Depuis l'année 1945, l'auteur a observé 22 cas de tumeurs pancréatiques (15 au niveau de la tête, 4 étendus au corps, 3 localisés à la pupille de Vater. Ces malades ont été opérés après 3-4 mois d'ictère continu. A part 3 décès post-opératoires la survie moyenne a été de 7 mois environ. Quant aux 3 cas de tumeurs de la papille de Vater l'un a été opéré avec bon résultat il y a 2 ans par ablation simple de la tumeur par voie transduodénale — un autre, du volume d'une orange, paraissait entouré d'une sorte de capsule et a pu être énucléé : il s'agissait d'un cysto-adénome papillifère — quant au 3e, il ne put être extirpé par suite d'adhérences vasculaires. Une cholédoco-duodénostomie avait amené une rémission de 19 mois. Mais devant une récidive on fit une cholécysto-gastrostomie avec résultat temporaire, elle fut réopérée quelques mois plus tard et mourut peu de jours après.

Dans l'ensemble, il y eut 8 cholédocoduodénostomies, 5 cholécystogastrostomies, 2 cholécystoduodénostomies, 3 cholécystostomies, 2 laparotomies exploratrices.

Olivieri.

PANCRÉAS

W. E. Sullens (Great Falls) et **M. E. Lichtenstein** (Chicago). — **Pancréatite aiguë, diagnostic et traitement** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 5, Nov. 1951, p. 853-862).

Ce travail est basé sur 50 cas de pancréatite aiguë, observés dans le même hôpital en 4 ans. S. et L. en résument les observations dans une série de tableaux.

En raison de son aspect protéiforme la pancréatite aiguë doit être suspectée dans presque tous les cas de douleur abdominale aiguë; et on doit faire le dosage de l'amylase du sérum aussitôt que possible; on doit doser aussi le sucre et le calcium du sang, et la bilirubine dans le sérum.

Sur les 50 cas, 24 furent opérés avec 10 décès (soit 41,6 p. 100); 26 ne furent pas opérés et il y eut 7 décès (soit 26,9 p. 100).

S. et L. considèrent que l'intervention chirurgicale aggravé la pancréatite aiguë; néanmoins, dans les cas où l'on n'est pas certain du diagnostic, l'intervention s'impose; mais si l'on constate qu'il s'agit d'une pancréatite aiguë, on doit refermer sans drainage, ni autre complément d'opération. Le traitement de la pancréatite aiguë doit être purement médical : papavérine, atropine, sédatifs pour diminuer la sécrétion pancréatique; transfusions de sang et plasma; injections de dextrose, chlorure de sodium; correction de l'hypokaliémie et de l'hypocalcémie si elles existent; aspiration stomacale continue, etc.

M. Guimbellot.

P. Mallet-Guy, L. Eicholz et **R. Almasque Dedeu.** — **Compressions cholédociennes par pancréatite chronique** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 3, Avril 1952, p. 279-303, avec 12 fig.).

La compression cholédocienne par pancréatite chronique, sans lithiase, sans cancer, est rare. Les auteurs sur 1 575 interventions biliaires exécutées sous contrôle manométrique et radiographique per-opératoire n'en ont observé que 36 cas :

2 sténoses totales.

18 sténoses relatives où s'associent des courbes manométriques anormalement élevées et des images cholangiographiques témoignant à la fois d'une gène à l'évacuation et d'une déformation du segment pancréatique du cholédoque avec dilatation en amont.

16 sténoses virtuelles : images cholangiographiques analogues aux cas précédents, mais s'accompagnant de données manométriques normales, appartenant eux aussi au même syndrome, mais observés et opérés à un stade plus précoce.

M. G. insiste à nouveau sur les difficultés du diagnostic clinique et opératoire avec les cancers du pancréas et les tumeurs vatériennes et estime que seule la radiomanométrie peut permettre un diagnostic exact. En cas de cancer du pancréas, la dilatation cholédocienne est plus considérable, plus uniforme, l'arrêt est net, linéaire. En cas de tumeur vatérienne entourant le segment inférieur du cholédoque, l'image ne montre pas les sinuosités, les bosselures irrégulières du cholédoque sur toute l'étendue du segment intra-pancréatique qui sont caractéristiques de la compression par pancréatite chronique.

Du point de vue thérapeutique, M. G. a renoncé à la dérivation externe (cholécystoou cholédocostomie) et pratique systématiquement une dérivation interne (cholédocoou cysticoduodénostomie : 21 cas, 21 guérisons).

L'avantage de la cysticoduodénostomie serait la conservation d'un appareil sphinctérien qui préviendrait le risque d'angiocholite ascendante. Il faut pour pouvoir la pratiquer, que le canal soit dilaté, épaissi et, naturellement, perméable. Elle est particulièrement indiquée pour terminer la cholecystectomie dans les cas de pancréatite chronique d'origine lithiasique vésiculaire. C'est la cholécystectomie qui assure la guérison de la pancréatite chronique secondaire, l'anastomose met à l'abri de son retentissement sur le cholédoque.

Si la pancréatite ne semble pas d'origine vésiculaire, il faut associer à la dérivation interne une splanchnicectomie gauche.

Il semble que, lorsque la pancréatite est guérie et la pression biliaire diminuée, l'anastomose ne fonctionne plus, soit parce que le sphincter cystique n'est plus forcé par l'hyperpression biliaire, soit parce que, devenue inutile, elle s'est oblitérée.

J. Mialaret.

Irving Innerfield, Alfred Angrist et **James W. Benjamin** (New-York). — — **Taux de l'antithrombine dans les cas de kyste pancréatique** (*The American Journal of Surgery*, vol. 83, nº 4, Avril 1952, p. 538-543).

Angrist et Benjamin ayant signalé l'élévation du taux d'antithrombine du plasma dans 91 p. 100 des cas de pancréatite aiguë, les auteurs ont recherché ce test biologique dans les cas de kyste du pancréas dont on sait la difficulté du diagnostic clinique. 80 témoins ont été explorés sous cet angle ainsi que 8 malades qui présentaient un kyste du pancréas. 79 sur les 80 témoins avaient un taux d'antithrombine du plasma normal. Dans le seul cas où ce taux était anormalement élevé, il existait une pancréatite chronique associée. Par contre, dans les 8 cas de kyste du pancréas, le taux d'antithrombine du plasma était manifestement augmenté.

Il semble que l'antithrombine du plasma traduise le taux de formation de la trypsine. C'est ainsi, en particulier, que ce taux d'antithrombine est élevé dans les cas où la trypsine est abondante (pancréatite aiguë) et, au contraire, abaissé dans le cas où l'activité trypsinique du pancréas se trouve réduite (fibrose kystique du pancréas, cancer diffus du pancréas).

Lucien Leger.

H. E. Feather et **C. L. Kuhn** (Pittsburg). — **Pancréateectomie totale pour sarcome du pancréas** (*Annals of Surgery*, vol. 135, nº 5, Nov. 1951, p. 904-912, avec 4 fig.).

Le sarcome primitif du pancréas est très rare. F. et K. en rapportent 1 cas envahissant la totalité du pancréas, la paroi duodénale et les ganglions lymphatiques péri-pancréatiques.

Il s'agissait d'un homme de 29 ans, ayant de vives douleurs abdominales depuis 8 mois. Ces douleurs prenaient ces derniers temps l'aspect de « crises cœliaques » durant plusieurs heures, obligeant le malade à se coucher sur le ventre. Un ictère apparut dans les derniers jours.

A la radiographie, l'anneau duodénal paraissait distendu et la paroi duodénale infiltrée.

Le malade fut opéré. Une grosse tumeur envahissait la totalité du pancréas, et il était impossible de trouver une limite entre les tissus malades et des tissus sains. On fit une pancréatico-duodénectomie totale, avec ablation de la partie distale de l'estomac. Les 2 bouts (gastrique et jéjunal) furent fermés, le cholédoque réimplanté dans le jéjunum et on termina par une gastro-jéjunostomie.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

Le malade restait encore vivant et bien portant 1 an plus tard.

M. Guimbellot.

Yngve Edlund (Falun, Suède). – **Cancer pancréatico-duodénal** (*Norsk Medicin*, t. **47**, n° 18, 2 Mai 1952, p. 584-586).

De l'étude de 37 cas de cancer céphalique et de 2 ampullomes vatériens, E. conclut à l'évolution abrégée des symptômes (douleur, ictère et amaigrissement) à la gravité plus considérable des cancers céphaliques, dont les trois quarts seraient inopérables, vu leur extension et leurs métastases et par suite à la plus grande fréquence des succès post-opératoires dans les cancers ampullaires. En tout état de cause, la duodéno-pancréatectomie doit être pratiquée dans les 2 formes. Ce court mémoire n'ajoute donc rien aux conclusions du rapport Leger-Bréhant, non cité d'ailleurs dans la bibliographie, où figure toutefois le travail princeps de Sauvé.

M. Deniker.

E. M. Miller et **O. T. Clagett** (Rochester). — **Survie de 5 ans après pancréato-duodénectomie pour cancer de la tête du pancréas** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 6, Déc. 1951, p. 1013-1017, avec 3 fig.).

M. et C. donnent en détail l'observation d'un malade de 41 ans atteint d'un cancer de la tête du pancréas avec ictère. La tumeur avait environ 4 cm de diamètre, et ulcérait la muqueuse duodénale près de l'ampoule de Vater. La tête du pancréas fut enlevée en bloc avec le tiers inférieur de l'estomac, les trois quarts du duodénum et la partie inférieure du cholédoque et du cystique.

Le malade guérit et plus de 5 ans plus tard était en parfait état de santé, et continuait à exercer son métier.

M. et C. n'ont trouvé aucun autre cas publié de pancréatico-duodénectomie pour cancer survivant après 5 ans. C'est le seul cas sur 11 opérés à la clinique Mayo pour cancer de la tête du pancréas avant 1945.

Dans 7 autres cas la pancréatico-duodénectomie avait été pratiquée à cette clinique avant 1945 pour cancer de la papille de Vater. 3 opérés (42,9 p. 100) sont encore vivants et bien portants après 5 ans.

Cette intervention est donc beaucoup plus rarement suivie de succès dans le cancer de la tête du pancréas que dans celui de la papille de Vater.

M. Guimbellot.

RATE

E. M. Miller et **A. B. Hagedorn** (Rochester). — **Résultats de la splénectomie** (*Annals of Surgery*, vol. **134**, n° 5, Nov. 1951, p. 815-821).

L'hypersplénisme est une suractivité d'une ou plusieurs des fonctions normales de la rate, accompagnée généralement, mais non toujours, d'une splénomégalie.

M. et H. étudient 140 cas consécutifs de splénectomies effectuées à la clinique Mayo, et leurs résultats pendant 5 ans. Il y eut 6 décès post-opératoires (4,3 p. 100).

Des rates accessoires furent trouvées et enlevées dans 25 cas (18 p. 100).

38 malades avaient un ictère hémolytique congénital. Il y eut 1 décès. 29 opérés suivis plus de 5 ans restaient guéris.

47 opérés avaient un purpura thrombo-cytopénique essentiel. 1 décès opératoire.

Sur 35 opérés suivis plus de 5 ans, 32 étaient bien portants; les autres avaient quelques petits épisodes d'épistaxis.

L'anémie hémolytique répond moins favorablement à la splénectomie. Sur 5 opérés, il n'y eut guère que 2 cas d'améliorations prolongées.

45 cas de splénomégalie congestive (maladie de Banti) furent opérés avec 4 décès; 17 seulement survécurent plus de 5 ans, dont pas plus de 10 étaient complètement guéris.

M. Guimbellot.

GLANDE SURRÉNALE

R. Leriche. – **Hypertension avec ou par tuberculose surrénalienne** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 3, Avril 1952, p. 257-259, avec 2 fig.).

Une femme de 37 ans, présentant une hypertension essentielle à 24-15 sans signes rénaux, est opérée en 2 temps.

1° Surrénalectomie gauche. Splanchnicectomie gauche et ablation des 3 premiers ganglions lombaires.

2° 15 jours plus tard, sympathectomie droite (résection des ganglions lombaires 1, 2, 3) et splanchnicectomie droite.

Guérison. Tension stabilisée à 14-9, 6 mois plus tard.

L'examen histologique de la surrénale montre une hyperplasie médullaire avec essaimage de tubercules caséeux. La tuberculose surrénalienne serait donc susceptible d'avoir d'autres manifestations cliniques que le syndrome d'Addison.

J. Mialaret.

L. Kinrell et **H. Linee** (San Francisco). — **Tumeur corticale déterminant de l'hirsutisme sans autre signe de virilisation** (*The Journ. of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. **12**, n° 1, Janv. 1952, p. 50-55).

K. et L. ont observé 1 cas d'hypertrichose chez une jeune fille de 28 ans, à hérédité chargée du point de vue pilosité (ancêtres indiens, espagnols et français), ne présentant par ailleurs aucun signe de virilisme. Le seul symptôme ayant fait penser à une tumeur surrénale, après plusieurs années d'évolution de l'hirsutisme, fut un dosage de 17-cétostéroïdes à 82 mg par 24 h. Une exploration chirurgicale révéla l'existence d'une volumineuse tumeur surrénale gauche, qui fut enlevée. Après l'intervention, le taux des 17-cétostéroïdes tomba à 6 mg par 24 h. 3 ans après l'intervention, le taux des 17-cétostéroïdes est resté subnormal. Mais l'hirsutisme persiste.

R. Rivoire.

APPAREIL URINAIRE

M. Plauchu et **F. Potton.** – **Essai de pronostic histologique du cancer du rein** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 6, Août-Sept. 1951, p. 715-723, avec 8 fig.).

Étude de la statistique globale du professeur Cibert :

	MORTALITÉ
146 cas opérés	13 p. 100
Survie de plus de 3 ans	51,7 p. 100
Survie de plus de 5 ans	39 p. 100
Survie de plus de 10 ans	16 p. 100

Si l'on envisage les résultats d'après l'aspect histologique, on constate que :

Les épithéliomas atypiques et typiques ont un pronostic analogue à celui de la statistique globale (survie de plus de 5 ans : 39 p. 100).

Parmi les épithéliomas typiques, la forme papillaire pure a un pronostic plus sombre (succès de plus de 5 ans : 25 p. 100).

Les sarcomes et les épithéliomas des voies excrétrices sont plus graves (succès de plus de 5 ans : 18 p. 100).

L'intensité des signes histologiques habituels de malignité (mitoses, monstruosités, atypies cellulaires, aspect infiltrant, nécrose tissulaire et hémorragie) est proportionnelle à la gravité réelle.

Les différences entre les caractères histologiques (importance de la stroma-réaction, caractère plus ou moins endocrinien des cellules, degré de l'éosinophilie, etc...) ne semblent pas susceptibles d'orienter le pronostic qui est cependant plus grave lorsque l'on constate un aspect inflammatoire de la stroma-réaction, ou des thromboses néoplasiques des vaisseaux.

En résumé, l'examen histologique ne permet guère à lui seul un pronostic valable, lorsqu'il s'agit de tumeur rénale.

J. Mialaret.

F. Bilger et **J. X. Müller** (Strasbourg). — **Les ruptures vésicales spontanées et les ruptures vésicales au cours des manœuvres endoscopiques** (*Strasbourg médical*, t. **3**, n° 1, Janv. 1952, p. 14-37).

Étude des caractères de ces ruptures portant sur les observations publiées (60 de ruptures spontanées, 26 survenues au cours de manœuvres endovésicales), auxquelles B. et M. ajoutent 3 cas personnels.

L'étiologie de ces ruptures est très variée, mais qu'elles surviennent spontanément dans certaines altérations anatomiques ou fonctionnelles de la vessie ou secondairement à des manœuvres endovésicales, leur mécanisme relève autant de l'altération de la paroi vésicale que de la distension de la vessie, celle-ci pouvant être la conséquence d'une obstruction du col par tumeur, hypertonie ou sclérose sphinctérienne. La fréquence des ruptures dans les cystites bacillaires, spontanément ou à la suite de manœuvres endoscopiques, est à noter. La perforation siège le plus souvent sur la paroi postérieure de la vessie et aboutit à des lésions graves : gangrène vésicale, cellulite pelvienne, péritonite.

Les perforations intra-péritonéales peuvent se manifester soit par un syndrome abdominal aigu, soit par un ballonnement ou par des signes plus insidieux encore aboutissant cependant à la péritonite ou à des abcès localisés. Elles peuvent évoluer en deux temps. Les perforations extra-péritonéales, en règle plus insidieuses au début, aboutissent aussi à la cellulite pelvienne ou à la péritonite.

L'erreur de diagnostic est fréquente dans ces ruptures spontanées; la cysto-radiographie peut fournir d'utiles renseignements.

Le pronostic d'ensemble est mauvais : 62 p. 100 de mortalité globale, sans différences sensibles entre les perforations spontanées ou instrumentales, les ruptures extra- ou intra-péritonéales. La perforation de la vessie tuberculeuse équivaut presque en pratique à un arrêt de mort.

Le traitement est essentiellement chirurgical, quoique la sonde à demeure garde des indications.

Suit une importante bibliographie.

J. Meillère.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

Filippo Gallizia (Turin). — **La méthode de Millin dans le traitement de l'adénome et du cancer de la prostate** (*Bollettino e Memorie della Societa Piemontese di Chirurgia*, vol. **21**, n° 8, Mars 1952, p. 295-309).

En 4 ans, l'auteur a opéré par la voie rétro-pubienne de Millin 266 adénomes et 34 adéno-carcinomes. Mortalité de 3 1/2 p. 100 : 3 insuffisances cardio-circulatoires, 2 embolies pulmonaires, 3 entérites aiguës, 2 pyélonéphrites, 1 septicémie. Morbidité faible : une hémorragie au 2e jour, 3 ostéites du pubis guéries en 2 à 8 semaines, une seule incontinence orthostatique persistante chez un cancéreux.

Cl. Olivier.

Gunnar Thorsrud (Dramman). — **Myoblastome de l'urèthre périnéal** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 1, p. 61-64, avec 2 fig.).

L'auteur rapporte un cas de myoblastome bénin de la portion périnéale de l'urèthre, observé chez un garçon de 11 ans et ayant entraîné une rétention d'urine. Résection de la tumeur et de 2 cm d'urèthre. Guérison.

MÉTIVET.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

Andrex A. Marchetti et **Lloyd G. Lexis** (Washington). — **Tumeurs homologues de l'ovaire et du testicule** (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, vol. **63**, n° 2, Fév. 1952, p. 294-306, avec 10 fig.).

Jusqu'à la sixième semaine, la structure des gonades primordiales est identique au testicule et à l'ovaire. Les tumeurs développées à leurs dépens, dénommées par Teilum gonocytomes, semblent bien, en effet, homologues chez l'homme et chez la femme : par exemple le séminome testiculaire et le dysgerminome plus volontiers ovariens, ou encore le tératocarcinome; ou le chonoépithéliome que l'on reconnaît plus souvent au testicule qu'à l'ovaire. Il semble par contre plus difficile d'attribuer la même homologie aux néoplasmes génitaux à action endocrinienne, masculinisante ou féminisante.

CL. OLIVIER.

Paul Pedowitz et **Laurence B. Felmus** (Brooklyn, New-York). — **Rupture d'abcès annexiels avec péritonite généralisée** (*The American Journal of Surgery*, vol. **83**, n° 4, Avril 1952, p. 507-515).

Étude analytique de 35 péritonites généralisées par rupture de lésions annexielles dont 21 cas, soit 60 p. 100, sont survenus alors que la malade était hospitalisée et sous traitement médical. Le streptocoque et le colibacille sont responsables de ces péritonites dans lesquelles on n'a jamais identifié le gonocoque.

Dans cette série, c'est la rupture de l'abcès de l'ovaire qui l'emporte en fréquence sur la rupture des lésions salpingiennes. La minceur et l'absence d'élasticité de la paroi ovarienne semblent expliquer cette tendance à la perforation.

Avant 1947, le traitement était exclusivement médical avec éventuellement incision de drainage. Le taux de mortalité était de 100 p. 100. Au contraire, depuis 1947, 19 malades ont été traités sans mortalité et le procédé de choix consiste en une hystérectomie avec ablation des annexes quand elle est possible, sinon il faut s'en tenir à la castration du côté malade.

LUCIEN LEGER.

H. Heidler (Wien). — **L'endométriose est-elle une maladie gynécologique rare ?** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **102**, n° 3, 19 Janv. 1952, p. 48-50).

Question que H. est en droit de se poser, puisqu'il peut en réunir ici 5 observations personnelles.

La première malade, de 40 ans, avait subi en vain curetages et irradiations contre des ménorragies incessantes; l'hystérectomie seule la guérit, qui montra, dans l'épaisseur du muscle utérin hypertrophié, des nodules d'endométriose.

Une deuxième malade, vierge de 41 ans, présentait des douleurs et des altérations des règles; on l'opéra avec le diagnostic de fibrome et double réaction annexielle et l'on fit l'hystérectomie, au cours de laquelle on put constater au niveau du ligament sacro-utérin la présence de petits nodules à contenu bleuâtre. L'histologie montra qu'il s'agissait d'endométriose para-métriale et des deux ovaires, qui contenaient eux-mêmes des formations kystiques à contenu chocolat.

Endométriome typique de la paroi postérieure du vagin chez la troisième malade, localisation rectale bien perceptible par le toucher rectal chez la jeune fille de 29 ans qui fait l'objet de la quatrième observation, sont des cas fréquemment rencontrés.

La dernière observation a sans doute un intérêt plus grand. Il s'agit d'une femme de 38 ans, mère d'un enfant de 10 ans et présentant une stérilité secondaire dont on rechercha l'origine par utérographie; l'oblitération des deux trompes à leur origine fut attribuée à une endométriose interstitielle, ce qui serait une cause fréquente de stérilité secondaire pour certains auteurs.

H. fait suivre ses observations de quelques considérations d'ordre général, portant notamment sur les localisations les plus fréquentes, bien connues, sur les voies d'implantation (tubaire ou sanguine). Et il rappelle un cas publié en Amérique de localisation scrotale.

S'il est vrai que bon nombre d'états pathologiques catalogués hémorragies cataméniales, paramétrites, inflammations annexielles sont parfois des endométriomes, si l'on peut admettre l'endométriose comme cause de stérilité après 35 ans, s'il est plus difficile de concevoir que cette affection puisse donner le change avec un cancer du col, du rectum, du sigmoïde, de la vessie, le chiffre de 154 cas d'endométriose, histologiquement constatée, au cours de 600 interventions pour affections gynécologiques diverses, n'en paraîtra pas moins quelque peu surprenant. Retenons seulement que l'endométriose est relativement fréquente, que, affection bénigne en elle-même, elle peut amener de graves complications (iléus, anurie par blocage des uretères, voire évolution secondaire vers l'épithélioma ou le sarcome que l'auteur a pu constater dans 2 cas).

R. Gueullette.

Joseph Hyde Pratt, Robert S. Huggins et **Glenn T. Foust** (Rochester, Minn). — **La rupture de kystes endométriaux comme cause de symptômes abdominaux aigus (pelvi péritonite endométriale)** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **63**, n° 1, Janv. 1952, p. 90-98).

A la Mayo Clinic, de 1933 à 1951, 10 malades ont été atteintes de cette complication. Le diagnostic fut posé 2 fois et soupçonné à 2 autres reprises. P. estime qu'il faut y penser chez une femme à la trentaine ayant ressenti une douleur abdominale basse à début aigu, sans altération profonde de l'état général et en particulier sans collapsus. On recherchera des antécédents de dysménorrhée ainsi que la présence au toucher de nodules sensibles dans le Douglas ou sur les ligaments utéro-sacrés. A l'ouverture du ventre la couleur chocolat de l'hémopéritoine évoque aussitôt l'endométriose. Le traitement sera en principe conservateur.

Cl. Olivier.

M. Dargent, P. Ponthius, L. Eicholz et **P. Rochet.** — **Les résultats du traitement du cancer du col utérin (1 374 cas du Centre anticancéreux de Lyon)** (*Lyon Chirurgical*, n° 2, Fév.-Mars 1952, p. 215-230, avec 5 fig.).

Sur ces 1 374 cas, 1 240 ont été traités par radio- ou curiethérapie, associées ou non. 121 seulement ont subi un traitement chirurgical associé ou non à la physiothérapie.

Dans 12 cas, ce traitement chirurgical a été dirigé contre une récidive après Wertheim ou radiumthérapie.

Dans 13 cas, le traitement a été uniquement palliatif, médicamenteux.

Les survies ont été de 53 p. 100, stade I; 31 p. 100, stade II; 15,1 p. 100, stade III; 4,1 p. 100, stade IV.

D'après cette statistique, il semble que ni l'âge de la malade, ni le type histologique de néoplasie n'influent sur le pronostic.

La mortalité de la radiothérapie a été de 2 p. 100 (péritonites aiguës et septicémies), les complications vésicales ont été rares : 1,04 p. 100, les complications rectales beaucoup plus fréquentes (8 p. 100 au moins d'ulcérations, rétrécissements ou fistules).

L'association de la rœntgenthérapie à la curiethérapie semble nécessaire au stade II, mais non au stade I. Les récidives locales ou ganglionnaires et les métastases ont été observées dans 429 cas.

Depuis 1947, au stade II en particulier, il semble qu'après curiethérapie, l'hystérectomie complémentaire associée à la lymphadénectomie pelvienne constitue un 2e temps nécessaire.

J. Mialaret.

J. Baud et **F. Blanchet.** — **Évolution clinique de 44 cas d'épithéliomas du col utérin au cours de la gestation traités par la radiothérapie à la Fondation Curie de 1929 à 1950** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*. t. **39**, n° 1. 1952, p. 48-62, avec 3 tabl.).

Le présent article est difficile à résumer parce qu'il expose en ordre successif tous les détails de ces observations de cancer du col utérin en rapport avec de la gestation.

Ce que l'on peut en retenir, sans vouloir généraliser les conclusions fondées sur un nombre limité de cas, c'est que la grossesse n'imprime pas au cancer du col une gravité particulière.

Si la statistique n'est pas très bonne (3 guérisons sur 7 cas au stade I. 4 guérisons sur 11 cas au stade II), c'est, semble-t-il, parce que les circonstances d'apparition de ce cancer en rendent le diagnostic plus difficile, empêchent les femmes de s'inquiéter et, en définitive, rendent le traitement très tardif.

En ce qui concerne le sort du fœtus, cette série de cas n'est pas très instructive car 10 femmes seulement ont été reconnues porteuses de cancer au cours même de la gestation. Pour les autres, le diagnostic n'a été fait que plus ou moins tôt après l'accouchement ou après un avortement. Pour les 10 malades gestantes, on trouve 3 avortements thérapeutiques, 6 césariennes et un accouchement par les voies naturelles. On ne peut donc pas tirer de cette série des règles sur la conduite à tenir lorsque le cancer est reconnu au cours de la grossesse.

P. Moulonguet.

S. Laborde. — **Rapport sur le traitement du cancer du col utérin au stade I** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*. t. **39**. n° 2. 1952. p. 141-158).

Ce rapport fait au Congrès de Madrid marque le ralliement de son auteur à la technique associée radio-chirurgicale dans le traitement des cancers du col utérin au stade I.

Après avoir rappelé les principes du traitement par les agents physiques et reconnu que cette thérapeutique, qui fut un grand progrès, n'a pas amélioré ses résultats depuis quelques années, Simone Laborde discute de la chirurgie complémentaire. Elle rappelle les travaux démontrant que les causes d'échec les plus fréquentes sont la persistance de cellules cancéreuses au niveau du col et surtout l'existence des adénopathies latéro-pelviennes dont la stérilisation par les radiations est très aléatoire.

Le point le plus intéressant de ce rapport est l'élément statistique : si l'on admet qu'il y a 30 p. 100 d'échecs du traitement par les agents physiques, il en faut soustraire 4 p. 100 de morts pour causes diverses, qu'indiquent les tables de mortalité à l'âge moyen du cancer et 7 p. 100 d'échecs inévitables dus à des métastases lointaines: resteraient 19 p. 100 d'échecs évitables dont il faudrait demander la guérison à la chirurgie. Si on admet que celle-ci comporte 3 p. 100 de morts opératoires, on voit que les avantages théoriques de cette chirurgie complémentaire ne sont pas très étendus.

N'est-ce pas la preuve des progrès en cours dans le traitement du cancer du col utérin reconnu à son début, que l'on poursuive activement l'amélioration de cette statistique déjà très satisfaisante ?

P. Moulonguet.

J. Baud et **J. Courtial.** — **La roentgenthérapie à 500 kV modifie-t-elle les résultats du traitement des cancers du col utérin ? Résultats obtenus à la Fondation Curie chez les malades traitées en 1942-1943-1944 par la roentgenthérapie péripelvienne à 500 kV associée à l'application intra-cavitaire de radium** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*, t. **39**, n° 2, 1952, p. 134-140).

L'étude physique des radiations émises sous la tension de 500 kV est faite par les auteurs. Il en résulte que l'usage de cette forte tension permet une irradiation à plus grande distance (1 m), avec filtration à travers une plaque d'acier de 6 mm et que la dose reçue par la lésion profonde correspond exactement à la moitié de la dose cutanée.

D'autre part, la traversée des pièces squelettiques étant très aisée à ces radiations sous forte tension, on peut n'employer que deux champs, l'un antérieur, l'autre pos-

térieur, au lieu des quatre champs obliques qui sont habituels à la tension de 200 kV. Les réactions cutanées sont très faibles; par contre, les réactions sur les muqueuses profondes sont importantes et il semble que ce soit là l'obstacle principal à l'emploi de ces fortes tensions. En effet, sur les 200 malades traitées, les auteurs relèvent 4 fistules recto-vaginales et 3 sténoses rectales. Il faut signaler encore des complications osseuses dans 4 cas : 2 fractures du col du fémur et 2 radiolésions de la hanche.

Au point de vue des résultats sur le cancer, ils sont comparables à ceux obtenus avec les tensions habituelles, peut-être un peu meilleurs. Pour les malades traitées d'abord par la curiethérapie, puis par les irradiations à 500 kV, il y a 100 guérisons de 5 ans sur 204 cas (49 p. 100) avec 80 p. 100 au stade I et 48 p. 100 au stade II.

Le principal avantage de l'emploi de ce puissant appareil est la réduction de la durée du traitement qui peut être mené dans le délai d'une quarantaine de jours.

P. Moulonguet.

J. Keith Cromer, Jeanne C. Bateman, G. Neuill Berry, John M. Kennelly, Calvin T. Klopp et **Lois I. Platt** (Washington). — **Emploi de N^2H intra-artériel dans le traitement du cancer cervical et vaginal** (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, vol. **63**, n° 3, Mars 1952, p. 538-548, avec 2 fig.).

Après avoir introduit un cathéter de polyéthylène par la fémorale profonde ou l'épigastrique jusqu'à la bifurcation aortique, les auteurs ont administré 2 mg dans du sérum salé, toutes les 8 h. Un garrot serré à la racine des cuisses au moment de l'injection empêche la diffusion vers les membres inférieurs. La dose totale fut de 40 mg dans les premiers cas; pour les suivants elle fut déterminée par les examens de sang et de moelle osseuse. Des frottis cervicaux répétés et souvent des biopsies furent, en outre, exécutés. La disparition de la douleur, de la dysurie, un accroissement de l'appétit, une sensation de bien-être, furent parmi les effets favorables. Cependant on nota aussi quelques nausées ainsi que des hémorragies au point d'entrée des canules après arrêt du traitement. Sur 16 malades traitées il y eut 2 échecs : parmi les autres patientes il y eut régression de la lésion locale. Les auteurs estiment que ce traitement, seul ou associé aux rayons, peut rendre service dans la thérapeutique palliative du cancer du col. Peut-être même pour la guérison.

Cl. Olivier.

J. Baud. — **Les résultats de la radiothérapie (Curie et roentgenthérapie) de 124 cas d'épithéliomas sur col restant traités dans les services de la fondation Curie de 1919 à 1944 inclus** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*, t. **39**, n° 1, 1952, p. 100-104, avec 1 fig.).

Le traitement des épithéliomas sur col restant est tenu pour plus aléatoire que celui du cancer banal du col utérin. La statistique de la Fondation Curie ne confirme pas ce pronostic :

Sur 124 cas, 51 guérisons de 5 ans, soit 41 p. 100, dont 72 p. 100 au stade I, 44 p. 100 au stade II.

D'autre part, il faut remarquer que les femmes plus vite alertées viennent consulter plus tôt, puisque 84 malades sur 124 ont été vues aux stades I et II, ce qui est un meilleur pourcentage que dans la statistique globale des cancers du col utérin.

Le traitement a été fait, tantôt par la curiethérapie seule, tantôt par la curiethérapie associée à la roentgenthérapie ou à la télécuriethérapie. Les résultats obtenus ont été du même ordre. Le point particulier est dans la possibilité, ou non, de placer une sonde porte-radium dans le moignon de col. Cela n'a été possible que dans 28 cas, et les résultats pour ces derniers n'ont pas été sensiblement meilleurs. Ce qui prouve la valeur du colpostat seul dans les cancers sur moignon de col : conclusion opposée à celle qui est maintenant bien démontrée pour le traitement du cancer du col sur utérus entier, où la nécessité de la sonde porte-radium dans le canal est universellement admise.

P. Moulonguet.

W. G. Cosbie (Toronto. Ont.). — **Le traitement du cancer de la vulve** (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, vol. **63**, n° 2, Fév. 1952, p. 251-259).

Cette statistique intéressante provient de l'hôpital Général de Toronto. Elle repose sur 185 malades examinées depuis 1929. *Avant* 1935, 20 patientes seulement vinrent consulter; presque toutes furent traitées par radiothérapie, avec 4 survies supérieures à 5 ans. Aussi, en 1935, l'auteur commença-t-il, sous l'influence de Taussig, à pratiquer la vulvectomie radicale. D'abord selon la technique de Basset; puis en supprimant l'ablation des ganglions profonds par section de l'arcade crurale et en remplaçant ce temps par une lymphadénectomie pelvienne profonde extra-péritonéale, quand celle-ci paraissait utile. Le siège de la lésion, son étendue, l'extension lymphatique, enfin, l'âge et l'état général de la malade sont les 4 facteurs qui influencent le pronostic et le traitement. *Dans ce deuxième groupe* 100 malades furent traitées : 55 avaient des lésions dites avancées en raison d'une extension bilatérale ou d'adhérences profondes. Pour 9 d'entre elles aucune thérapeutique ne fut même possible. Parmi les 91 malades restantes C. pratiqua 49 vulvectomies radicales avec lymphadénectomie pelvienne. La proportion de survies de 5 ans fut de 74 p. 100 pour les cas modérés, de 50 p. 100 dans les autres. Il y eut 2 morts. L'envahissement ganglionnaire fut retrouvé 1 fois sur 3. Pour l'ensemble des 91 cas traités ainsi ou par vulvectomie simple et radiothérapie, il y eut 67 p. 100 de guérisons de plus de 5 ans pour les cas modérés et 24 p. 100 pour les formes avancées. En résumé la tendance thérapeutique de C. semble être de plus en plus chirurgicale; les comptes rendus de 16 autopsies prouvent d'ailleurs que l'extension lymphatique dépasse rarement le premier groupe ganglionnaire. Les métastases pelviennes ou lombaires sont rares.

Cl. Olivier.

MEMBRE SUPÉRIEUR

M. Guilleminet et **R. Lacour.** — **La pseudarthrose intentionnelle du cubitus dans les troubles de la prosupination** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **38**, n° 1, Janv.-Mars 1952, p. 3-12, avec 4 fig.).

Dans les troubles de la prosupination, la pseudarthrose intentionnelle du cubitus n'est pas assez utilisée. Destot avait montré, il y a bien longtemps, que les pseudarthroses basses du cubitus étaient sans inconvénient et devaient parfois être respectées.

A 4 observations déjà publiées isolément (Le Fort et Coliolan, Oberthur, Monsaingeon et Morel-Fatio, Santy et Duroux) où il s'agissait de fractures du radius vicieusement consolidées, G. et L. ajoutent une observation personnelle de dystrophie de l'extrémité inférieure du cubitus dans laquelle l'impotence fut nettement diminuée par une opération de pseudarthrose cubitale avec interposition entre les fragments d'un manchon aponévrotique.

Cette pseudarthrose intentionnelle peut fournir de bons résultats dans les cals vicieux de l'extrémité inférieure du radius. Il semble qu'on puisse aussi la recommander dans les *radius curvus* (maladie de Madelung) où la prosupination est sérieusement limitée.

Albert Mouchet.

MEMBRE INFÉRIEUR

H. Bremen et **M. Wolkas** — **Intérêt de la voie postéro-externe dans la chirurgie de la hanche** (*Acta Orthopœdica Belgica*, t. **18**, fasc. 3, Mars 1952, p. 129-133).

B. et W. recommandent la voie postéro-externe comme la plus favorable aux manœuvres opératoires (incision partant de 2 travers de doigt en dehors de l'épine iliaque postéro-supérieure dirigée obliquement vers le grand trochanter jusqu'à 5 ou 6 cm en dessous de celui-ci).

On arrive plus aisément sur la tête et le cotyle, on luxe plus facilement la tête. Il n'y a pas d'œdème post-opératoire comme à la suite des incisions par voie antérieure et on évite les hématomes.

ALBERT MOUCHET.

A. Lossen (Dusseldorf). — **Réaction inflammatoire à type « corps étranger », au niveau de la prothèse fémorale en polyuréthane** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 15, 1952, p. 631-635, avec 3 fig.).

La prothèse en polyuréthane, dont les qualités de résistance mécanique, d'élasticité ont été vantées, n'est cependant pas sans défaut : elle est notamment sensible au choc, comme tous les matériaux prothétiques. L. l'a rejetée, depuis que, une tête ayant éclaté sous les coups de maillet, il y a constaté l'existence de géodes, depuis que, sur une tête qu'il dut extraire, il a pu vérifier la présence de profondes rayures de surface. Ayant prélevé un fragment de tissu cicatriciel de voisinage, il y a vu des cellules géantes groupées en amas, enveloppant des formations fasciculées détachées de la surface de la prothèse et qui vraisemblablement jouent le rôle de véritables corps étrangers. Il s'agit en somme d'un processus inflammatoire chronique, qui se retrouve aussi bien dans le tissu de granulation jeune qu'au sein du tissu cicatriciel proprement dit. Là serait la source des troubles fonctionnels et des douleurs.

Depuis 1950, l'auteur utilise des têtes prothétiques en plexiglass; il lui semble que dans un cas et bien qu'il n'ait pas encore été amené à extirper la prothèse, un processus inflammatoire chronique du même ordre se soit produit.

Il laisse au lecteur le soin de conclure.

R. GUEULLETTE.

R. Merle d'Aubigné, J. Ramadier et **R. Timal.** — **La voie d'abord postéro-externe dans la chirurgie du fémur (Étude anatomique et technique opératoire)** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **38**, n° 2, Avril-Juin 1952, p. 119-136, avec 13 fig.).

Les auteurs reconnaissent à la voie d'abord postéro-externe dans la chirurgie du fémur d'énormes avantages : un avantage fonctionnel surtout, celui de respecter la physiologie du genou, de permettre la flexion de la hanche et du genou et le relâchement musculaire désirable. Un autre avantage est celui d'être utilisable sur toute la hauteur du fémur. Il n'y a pas lieu de reprocher à cette voie d'abord de nécessiter pendant l'opération l'attitude du membre en décubitus latéral. Cette position est facile à réaliser, même sur la table orthopédique.

Étudiée dans son ensemble pour aborder le fémur sur toute sa hauteur, la longue ligne d'incision s'appuie sur 3 repères osseux : 1° un point sur la crête iliaque, 3 travers de doigt en avant de l'épine postéro-supérieure; 2° saillie du grand trochanter; 3° en bas, la dépression antépéronière.

En conclusion les auteurs insistent sur les faits suivants. Cette voie postéro-externe ne traverse aucune masse musculaire hémorragique, elle met sous les yeux la ligne âpre du fémur au niveau de laquelle on contrôle les vaisseaux perforants et on évite de les blesser. On évite les adhérences cicatricielles du quadriceps à l'os. Au tiers supérieur on n'est nullement gêné par le pédicule du vaste externe qu'on ne voit même pas; au tiers inférieur, on évite la blessure du cul-de-sac sous-quadricipital, si développé en avant.

L'expérience de nombreuses interventions (plus de 100 arthroplasties de la hanche, des arthrodèses ischio-fémorales, des réductions de luxations traumatiques, avec fractures du cotyle, etc.) a prouvé les incontestables avantages de la voie postéro-externe dans la chirurgie du fémur.

ALBERT MOUCHET.

J. Morel, P. Bastien et **F. Vanvelcenaher.** — **La régénération des ménisques du genou après méniscectomie** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **38**, n° 2, Avril-Juin 1952, p. 137-153, avec 6 fig.).

Après avoir étudié le problème de la régénération méniscale chez l'homme sur des

documents peu nombreux, les auteurs ont suivi pendant 2 ans l'évolution de ce processus chez le lapin.

Ils arrivent à cette conclusion que la régénération méniscale est un phénomène à peu près constant chez l'homme et chez l'animal.

Le ménisque régénéré reproduit morphologiquement l'aspect de l'organe normal, le remplaçant parfaitement dans son rôle physiologique.

Histologiquement, le néo-ménisque se compose de tissu fibro-cartilagineux parfois chez l'homme, mais de tissu fibreux surtout ; chez les animaux de tissu fibro-cartilagineux ou de tissu tendineux.

Il est probable que, malgré sa régénération, le ménisque est exposé à des lésions itératives si l'appareil capsulo-ligamentaire n'est pas soigneusement réparé.

ALBERT MOUCHET.

H. W. Schega (Mainz). — **Anévrysme spontané de l'artère poplitée avec gangrène du pied par embolie** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 17, 1952, p. 720-722, avec 1 fig.).

Il s'agit d'un homme de 52 ans, jusqu'ici bien portant, qui, après quelques sensations de froid au niveau du pied droit, a ressenti brutalement, il y a 10 jours, une douleur violente de la jambe et du pied avec pâleur de l'extrémité; le traitement médical a amené tout d'abord une certaine sédation des symptômes. Mais, dans la suite, l'impotence est allée s'aggravant, en même temps que le pied devenait cyanosé.

C'est dans cet état que S. trouva le malade; il constata un abaissement de la température locale, une immobilité des orteils, une disparition du pouls pédieux. De plus, il découvrit un anévrysme du creux poplité, du volume d'un œuf de poule, typique dans ses caractères cliniques.

Les infiltrations sympathiques se montrant sans effet sur l'extension de la gangrène, on dut se résoudre à l'amputation.

L'examen de la pièce montra, outre des lésions marquées d'artério-sclérose et d'athérome et l'anévrysme cliniquement reconnu, un deuxième anévrysme de la tibiale antérieure, avec thrombose sous-jacente étendue.

L'intérêt de cette observation réside essentiellement dans l'absence de toute étiologie syphilitique; le Wassermann était, en effet, négatif. L'origine de cet anévrysme doit être attribuée à l'artério-sclérose, ce qui n'est d'ailleurs pas exceptionnel au-dessus de 50 ans.

R. GUEULLETTE.

L. Laurent (Helsingfors). — **Ostéosynthèse tibio-péronière dans les pertes de substances du tibia** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 1, Mars 1952, p. 32-43, avec 11 radiographies).

L'auteur rapporte 7 cas de perte de substance du tibia : 5 par blessure de guerre et 2 par ostéomyélite. Ils furent traités par la méthode de Hahn : ostéosynthèse tibio-péronière supérieure. Un échec complet par infection. 6 consolidations. Dans un cas, on aura recours à une ostéo-synthèse péronéotibiale inférieure, afin de conserver le jeu de la tibio-tarsienne.

L'auteur conseille de recourir à cette méthode quand les autres ont échoué. Il faut toujours pratiquer une ostéosynthèse supérieure. Complétée par une ostéosynthèse inférieure (dans le même temps ou dans un second temps) si l'on peut conserver une parfaite mobilité de la tibio-tarsienne.

MÉTIVET.

Le Gérant : G. MASSON.

13.600. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1er trimestre 1953. — N° d'ordre 1667, MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Technique d'amputation large du sein avec ablation des muscles pectoraux et triple curage mammaire interne, sus-claviculaire et axillaire.

Par MM.

Henri REDON et J. LACOUR

(Paris).

L'opération de Halstedt a été longtemps considérée par l'ensemble des chirurgiens comme le meilleur traitement des cancers du sein au début, lorsque n'existait pas d'envahissement ganglionnaire ou lorsqu'il était minime.

Mais dans les formes plus évoluées, à envahissement ganglionnaire étendu, les résultats médiocres traduisent l'insuffisance de cette intervention à laquelle on peut reprocher, à juste titre, de n'enlever qu'un des territoires ganglionnaires, et de respecter les aires sus-claviculaires et mammaires internes qui drainent, secondairement ou directement, les lymphatiques du sein.

Nombre d'échecs de la chirurgie nous paraissent pouvoir être mis, non sur le compte d'une malfaçon de l'opération de Halstedt, mais sur celui d'une insuffisance thérapeutique.

De nombreux auteurs ont imaginé et réalisé des techniques de curage sus-claviculaire, puis plus récemment, grâce aux progrès de l'anesthésie, de curage mammaire interne, mais ils ont été peu suivis.

Parmi les raisons qui se sont particulièrement opposées à la vulgarisation de l'évidement sus-claviculaire, on doit, à notre sens, en signaler deux: la difficulté de faire accepter aux malades une intervention itérative, et sans doute le scepticisme de beaucoup de chirurgiens.

Il nous a semblé qu'il était plus conforme aux principes de la chirurgie du cancer de réaliser en un seul temps l'exérèse de la tumeur et des trois territoires ganglionnaires tributaires.

Notre intention est précisément de décrire cette technique que nous suivons depuis plusieurs mois et que nous avons réalisée près de 40 fois.

Technique.

L'incision cutanée comprend 2 branches, interne et externe, circonscrivant la glande et se rejoignant en haut en queue de raquette, non pas sur l'extrémité supérieure du bras, mais plus en dedans, au niveau de l'apophyse coracoïde, atteignant en haut le bord supérieur de la clavicule. On évite ainsi la formation de brides cicatricielles thoraco-brachiales si gênantes pour l'abduction du bras.

En bas, les deux branches s'unissent au voisinage du rebord costal inférieur, débordant souvent sur la paroi abdominale (fig. 1).

Quelle étendue faut-il donner à cette résection cutanée ? Il nous semble

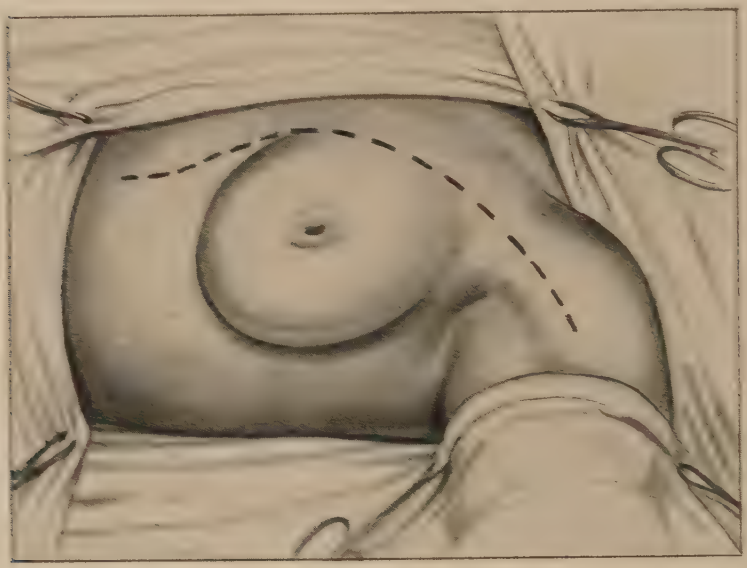


Fig. 1. — Incision interne.

que les règles de Halstedt sont nécessaires et suffisantes et nous réséquons la peau sur quatre travers de doigt de part et d'autre des limites extrêmes de la tumeur.

Nous n'avons jamais eu recours aux grandes incisions préconisées par certains auteurs, et grâce à un large décollement des lambeaux au bistouri électrique, nous avons presque toujours pu refermer sans recourir à des greffes.

L'extrême rareté des récidives cutanées sur des centaines d'opérations de Halstedt pratiquées jusqu'à ce jour nous paraît justifier cette règle de conduite.

Il est bien évident que la situation et l'étendue de la tumeur vont conditionner le tracé de l'incision et qu'il ne peut, de ce fait, exister une incision standard.

Si l'on décide de pratiquer le curage sus-claviculaire par la voie d'abord

classique, cette incision est recourbée en dedans et prolongée de 3 à 4 cm au-dessus de la clavicule, dans l'axe du creux sus-claviculaire, un peu en arrière du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Les différents temps opératoires vont se dérouler dans l'ordre suivant :

1° ÉVIDEMENT CELLULO-GANGLIONNAIRE DE LA CHAINE MAMMAIRE INTERNE

Il se propose d'enlever au niveau des 4 premiers espaces intercostaux les vaisseaux mammaires et le tissu cellulo-adipeux contenant les lym-

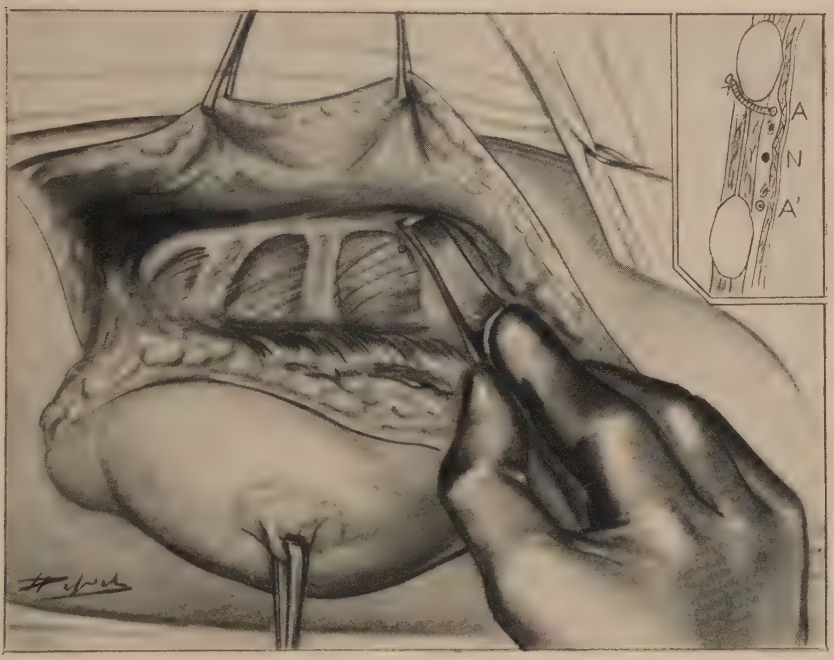


Fig. 2.

phatiques et les ganglions presque constants au niveau du 2e espace.

Seule la branche antérieure de l'incision est tracée d'emblée au bistouri, puis le décollement du lambeau cutané est effectué au bistouri électrique, il déborde largement le sternum en bas et atteint en haut le bord antérieur du S. C. M.

La graisse et la partie tout interne de la glande sont réclinées en dehors et l'aponévrose du grand pectoral découverte, puis incisée au niveau de la limite externe des 5 premiers cartilages costaux, et rabattue en dedans vers le sternum (fig. 2).

Les faisceaux chondro-sternaux du grand pectoral sont alors sectionnés et le muscle est recliné en dehors pendant que l'on amorce au bistouri électrique la section du chef claviculaire de façon à bien dégager le 1er espace intercostal.

On a, chemin faisant, lié les artères perforantes branches de la mammaire interne qui apparaissent le plus souvent au niveau du bord inférieur du cartilage, à l'extrémité antérieure de l'espace, mais les anomalies sont fréquentes et il n'est pas rare qu'existe une 2e perforante à l'extrémité postérieure de l'espace, près du bord supérieur du cartilage sous-jacent.

Les 2e, 3e et 4e cartilages costaux ainsi mis à nu ont été libérés de leurs insertions musculaires. Utilisant la pointe du bistouri électrique, branché en coagulation, on sectionne les attaches des muscles intercostaux sur les bords supérieur et inférieur des cartilages. Puis avec l'aide d'une rugine fine et mousse, la libération du cartilage est complétée sur sa face posté-

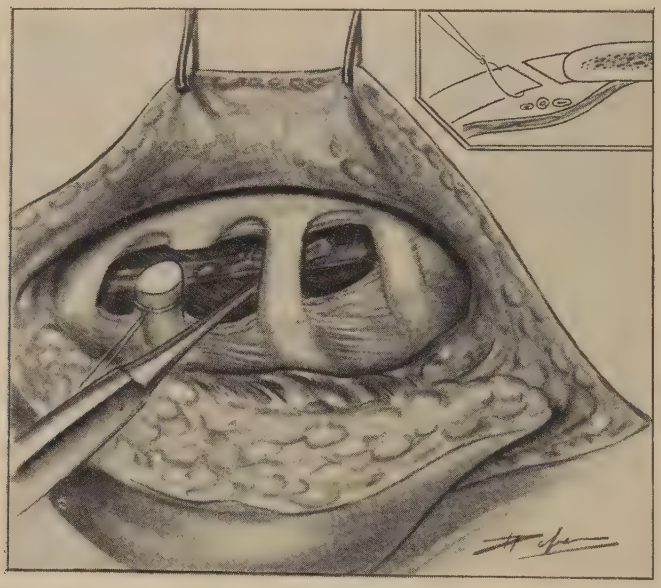


Fig. 3. — Isolement des cartilages.

rieure. Cette manœuvre sera exécutée prudemment, la rugine restant sous-périchondrale pour éviter une perforation de la plèvre. Les cartilages sont alors sectionnés au bistouri, près de leur insertion sternale. Cette section est menée selon une double obliquité, d'avant en arrière et de dehors en dedans dans le plan horizontal et dans le plan frontal, de haut en bas et de dedans en dehors (1). Les 2 extrémités du cartilage sont ainsi taillées en biseau à pointe supérieure et postérieure pour l'extrémité du fragment costal, à pointe inférieure et antérieure pour l'extrémité sternale. Cet artifice évite la luxation en avant du cartilage lors de la fermeture qu'il facilite grandement. Une grosse soie n° 3 est solidement amarrée à l'extrémité costale du cartilage et repérée par une pince de Terrier (fig. 3).

Elle permettra, par traction, d'ouvrir l'espace interfragmentaire et de mener à bien la dissection mammaire interne.

(1) Cette double obliquité n'a pas été représentée sur le dessin par suite d'une erreur.

Auparavant, l'ablation des muscles intercostaux externe et moyen a été achevée aux ciseaux, et, le couvercle de la région mammaire ainsi enlevé, on découvre la graisse sous-pleurale dans laquelle cheminent les vaisseaux mammaires.

La lame cellulo-ganglionnaire est attaquée à la partie externe du 4e espace, après incision du fascia endo-thoracique. Elle est séparée de la plèvre par de prudentes manœuvres d'écartement de la pointe des ciseaux-mousses, et les vaisseaux mammaires apparaissent par leur face profonde. Ils sont isolés et la ligature effectuée au lin, au ras du 5e cartilage (fig. 4).

La dissection va se poursuivre prudemment, de bas en haut, et les

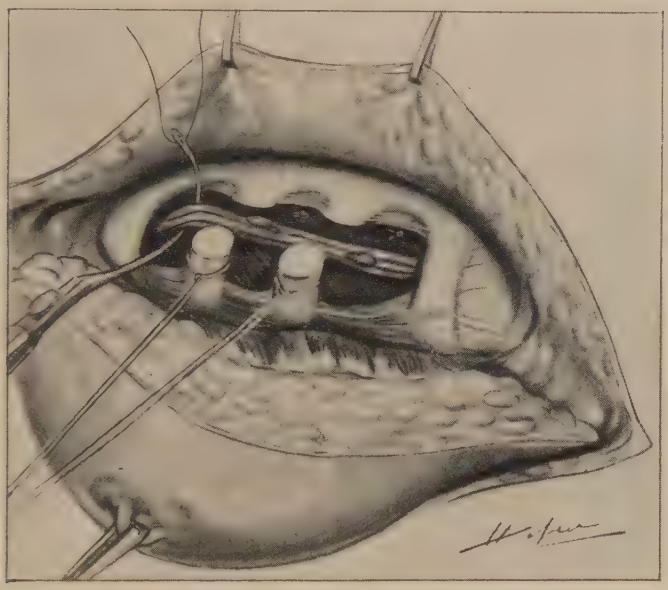


Fig. 4. — Ligature du pédicule mammaire.

branches sternales et intercostales de la mammaire interne seront liées dans chaque espace. On termine au ras du 1er cartilage par la ligature des vaisseaux, la veine et l'artère s'écartant légèrement l'un de l'autre à ce niveau (fig. 5).

La suture des cartilages costaux s'effectue très simplement grâce à la double obliquité de la ligne de section. Un simple fil de nylon tressé passé autour des 2 biseaux suffit le plus souvent à assurer une bonne coaptation (1) (fig. 6).

Lorsqu'elle a été respectée, l'aponévrose du grand pectoral est rabattue sur les cartilages et solidarisée aux muscles intercostaux par quelques points séparés de catgut. Mais c'est là une éventualité rare, réservée aux petits cancers du quadrant externe; dans tous les autres cas, en particulier dans les cancers

(1) La conservation des cartilages nous apparaît aujourd'hui facultative.

médians et internes, nous la réséquons toujours en raison de l'envahissement

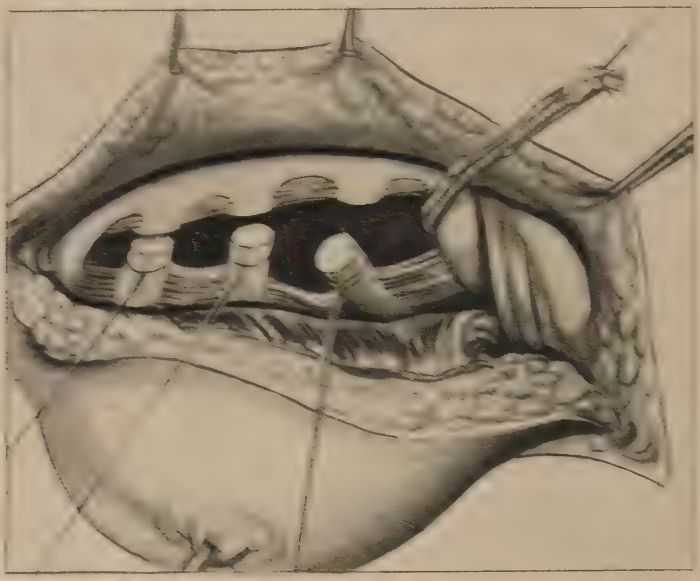


Fig. 5.

possible des lymphatiques gagnant directement la chaine mammaire interne.

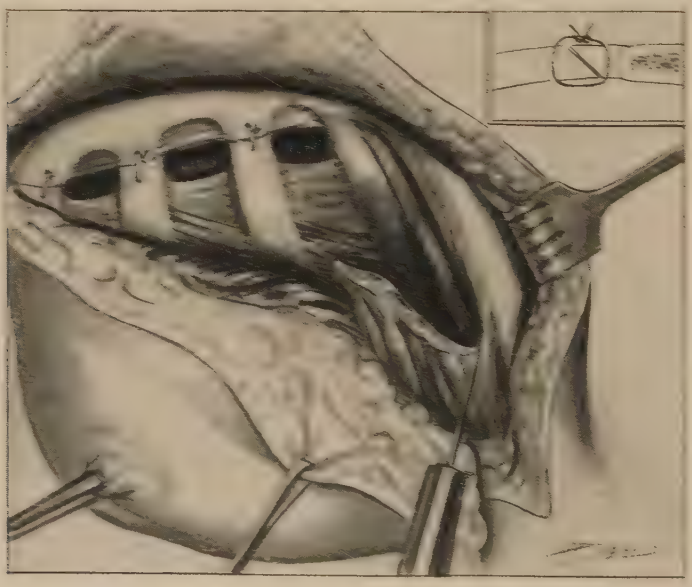


Fig. 6. — La paroi est reconstituée.

Avant d'aborder le curage sus-claviculaire, on trace la partie supérieure

de la branche externe de l'incision, et l'on amorce le décollement du lambeau cutané.

Puis, de la pointe du bistouri électrique en coagulation on rugine la face inférieure et le bord antérieur de la clavicule, achevant ainsi la section du chef claviculaire du grand pectoral dont on sectionne de la même manière le tendon terminal.

L'aponévrose clavi-pectoro-axillaire est alors incisée dans l'angle costo-

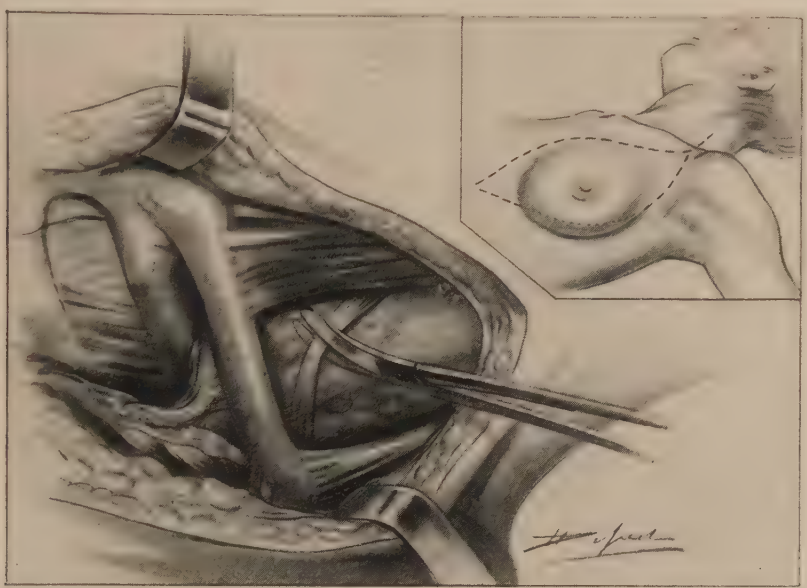


Fig. 7. — Section de l'omo-hyoïdien.

claviculaire, l'insertion costale du sous-clavier sectionnée et le muscle réséqué le plus largement possible comme l'un de nous l'avait décrit jadis avec Pierre Duval. La face antérieure de la veine axillaire est complètement libérée ainsi que son bord supérieur, et l'on va aborder le 2e temps de l'opération.

2° L'ÉVIDEMENT SUS-CLAVICULAIRE

Il se propose d'extirper les groupes ganglionnaires suivants et l'atmosphère cellulo-graisseuse qui les entoure : groupe externe de la jugulaire interne; groupe sous-sterno-mastoïdien de la jugulaire antérieure; groupe du nerf spinal; chaîne jugulaire externe; groupe sous-trapézien profond et confluent ganglionnaire sous-clavier.

Nous avons utilisé, pour réaliser cet évidement, 2 voies d'abord : la voie classique sus-claviculaire; la voie sous-claviculaire.

A. *Voie classique sus-claviculaire.* — Notre technique s'est inspirée largement de celle de Duval et Rouvière, aussi la décrirons-nous assez succinctement. Elle s'en différencie cependant sur deux points :

Nous ne sectionnons pas la clavicule;

Notre incision cutanée est de dimension beaucoup plus modeste. Elle donne cependant un jour suffisant, grâce à la large mobilisation des

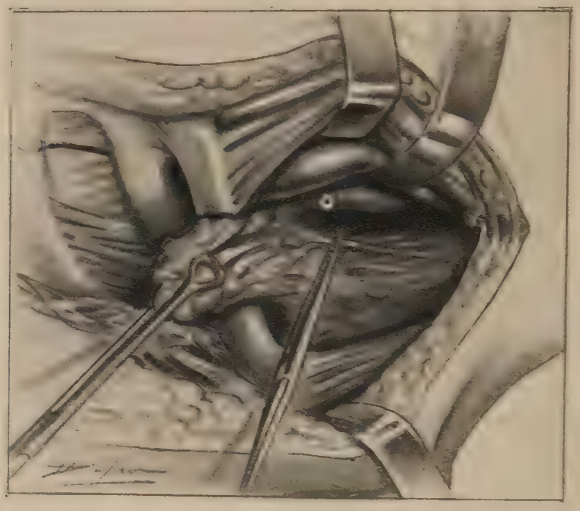


Fig. 8.

lambeaux cutanés, un écarteur placé dans l'angle supérieur de l'incision

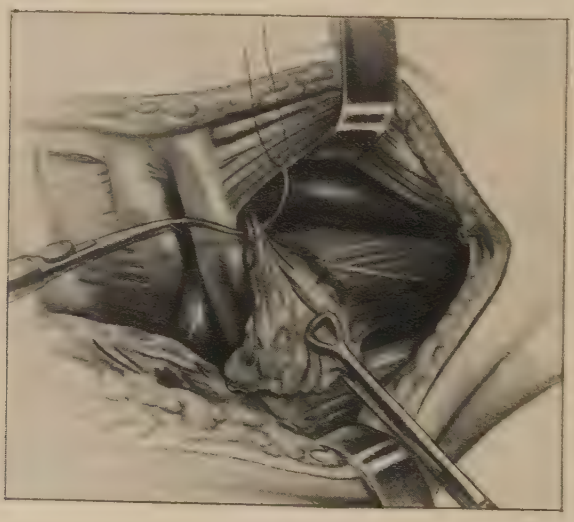


Fig. 9.

permettant d'atteindre la jugulaire interne à quatre travers de doigt au-dessus de l'omo-hyoïdien.

Voici, très résumés, les temps essentiels de cette technique :

La gaine du sterno-cléido-mastoïdien est ouverte au bord postérieur du muscle sur toute la hauteur et le muscle récliné en dedans. Il est parfois nécessaire de sectionner le chef claviculaire du muscle qui sera suturé en fin d'intervention.

La veine jugulaire externe est sectionnée entre deux ligatures le plus haut possible, et l'on découvre la branche externe du spinal que l'on ménagera chaque fois que cela sera possible.

Le tendon intermédiaire de l'omo-hyoïdien est sectionné et l'aponévrose cervicale moyenne ainsi ouverte sera incisée le long de la veine jugulaire

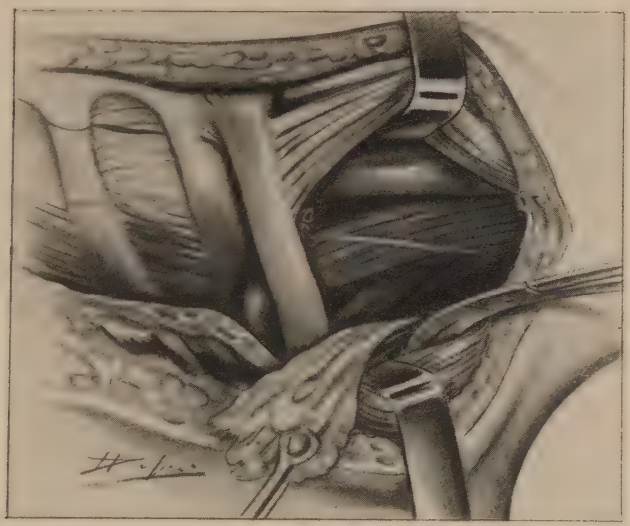


Fig. 10.

interne. Celle-ci est disséquée le plus haut possible et l'on amorce le décollement en bloc de la lame cellulo-ganglionnaire de haut en bas (fig. 7 et 8).

On trouve aisément le plan de clivage postérieur assez lâche, séparant la lame ganglionnaire du scalène antérieur sur lequel chemine le phrénique, et l'on arrive ainsi à la partie basse de la jugulaire interne et au confluent sous-clavier. Les vaisseaux cervicaux transverses et sus-scapulaires sont liés une première fois à ce niveau. La jugulaire antérieure a déjà été sectionnée au début, lors de la section du chef claviculaire du muscle (fig. 9).

On dissèque alors minutieusement le confluent jugulo-sous-clavier, en prenant garde à gauche, de ne pas blesser le canal thoracique.

La veine jugulaire externe est liée à sa base, et la face antérieure de la sous-clavière est libérée de toute la graisse par la manœuvre des ciseaux-mousse introduits derrière la clavicule.

La lame cellulo-ganglionnaire est alors retournée et rabattue en dehors, la chaine spinale ayant été disséquée chemin faisant, il ne reste plus qu'à enlever les ganglions sous-trapéziens. Pour cela, le muscle est retourné sous

un écarteur et une incision verticale va mettre à nu sa face profonde, après avoir sectionné le plexus cervical, la cervicale transverse et la sus-scapulaire qui seront liées une seconde fois (fig. 10).

La lame enlevée, il reste en arrière le plan profond, scalène en dedans avec le phrénique et plexus brachial en dehors (fig. 11).

Fig. 11. — Photographie au 8e jour après l'intervention.
Les fils viennent d'être enlevés. Noter la rétraction du prolongement supérieur de l'incision, qui dépasse à peine le bord supérieur de la clavicule.

B. *Voie sous-claviculaire.* — L'évidement sus-claviculaire par voie directe, tel qu'il vient d'être décrit est sans aucun doute celui qui assure l'exérèse la plus complète de l'atmosphère cellulo-ganglionnaire sus-claviculaire.

Mais beaucoup de femmes, si elles acceptent difficilement l'amputation du sein, refusent formellement toute cicatrice apparente.

C'est dans cette éventualité que nous avons cru pouvoir tenter de réaliser, par voie sous-claviculaire, l'évidement sus-claviculaire.

On n'obtient évidemment pas la facilité d'abord que donne la voie classique, mais l'ablation de la chaine rétro-claviculaire et de la partie sous-omo-hyoïdienne de la chaîne jugulaire est réalisable dans des conditions acceptables. Voici la technique que nous proposons :

L'incision cutanée reste l'incision habituelle de l'opération de Halstedt, et les téguments sont décollés jusqu'au bord supérieur de la clavicule.

La clavicule est ruginée comme dans la technique précédente, puis sectionnée très obliquement, en bas et en dedans; le biseau doit se terminer au bord inférieur de l'articulation sterno-claviculaire et être le plus long possible. Nous donnons la préférence à ce type de section qui assure une coaptation solide et facile par un seul point de suture : la désarticulation est difficile et dangereuse et la suture le plus souvent insuffisante. Quant à la section franche, elle pose le difficile problème de la contention des frac-

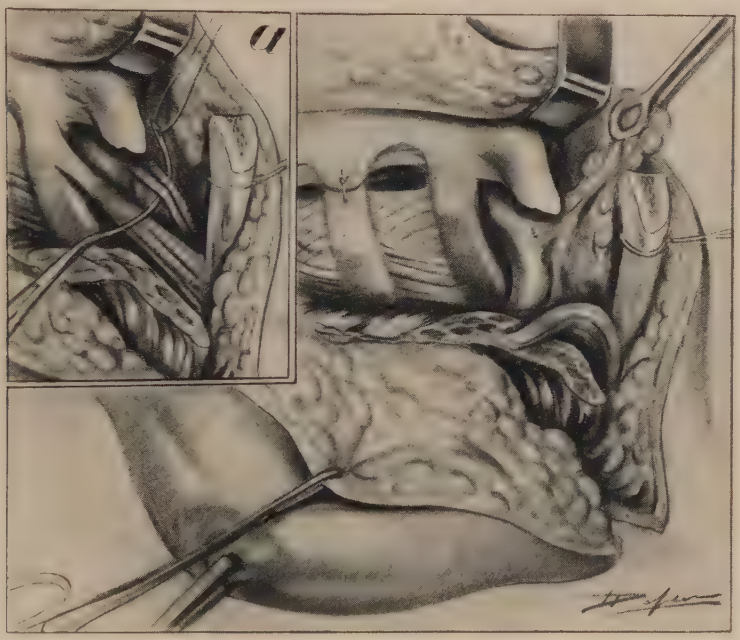


Fig. 12.

tures de la clavicule : sa solution par une broche ne peut être recommandée car elle s'accommode mal d'un traitement secondaire par les rayons X.

La clavicule sectionnée est luxée, puis solidement attirée vers le cou à l'aide d'un tracteur ou d'une solide boucle de soie. On sectionne alors le muscle sous-clavier et son chef interne est réséqué (fig. 12).

Puis glissant les ciseaux-mousses sous le bord postérieur de la clavicule, on prend le contact de l'aponévrose cervicale moyenne, par sa face profonde et l'on doit reconnaitre qu'il est un peu troublant d'aborder à l'envers cette région sus-claviculaire.

Dans l'angle inférieur, on repère facilement le confluent veineux jugulo-sous-clavier. La veine rétro-claviculaire, puis la jugulaire externe sont sectionnées entre deux ligatures. Le contact est maintenu avec la jugulaire interne jusqu'au croisement des vaisseaux par le tendon intermédiaire de l'omo-hyoïdien. Il est impossible de remonter au-dessus (fig. 13).

La nappe cellulo-ganglionnaire est alors rabattue en bas et en dehors, vers la veine sous-clavière; l'artère scapulaire supérieure est liée et sectionnée, et la jonction se fait très simplement avec l'évidement axillaire. On est d'ailleurs stupéfait de trouver la veine axillaire aussi superficielle.

Nous savons certes que cette exérèse lympho-ganglionnaire ne remonte pas assez haut au niveau du groupe jugulaire, mais l'évidement sus- et rétro-claviculaire proprement dit nous ont toujours paru suffisants. On peut d'ailleurs se demander si l'ablation des ganglions envahis sus-omo-hyoïdiens serait très utile, et nous croyons cette extension rare, tout au moins dans les cancers mammaires au stade d'opérabilité.

La reconstruction de la région est facile. Deux perforations sont faites

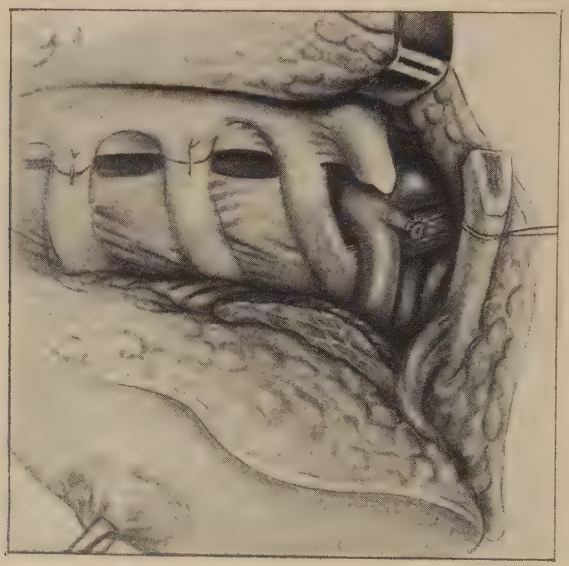


Fig. 13.

au niveau des deux extrémités de la clavicule, un fil d'acier torsadé est passé dans les canaux, puis le biseau claviculaire externe est réintégré sous le fragment interne. Le fil serré et noué assure une contention à peu près parfaite et nous n'avons rien changé à la mobilisation post-opératoire de nos opérés qui ont d'ailleurs ignoré l'extension inhabituelle de l'opération.

Il ne reste plus alors qu'à achever le curage axillaire.

3° L'ÉVIDEMENT AXILLAIRE

La section de l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire est achevée après section du petit pectoral, et l'évidement axillaire exécuté. Nous n'en décrirons pas la technique qui est trop classique pour qu'il soit utile d'y revenir.

On achève alors le décollement de la partie inférieure de l'incision externe et l'on termine par la section des derniers chefs costaux des pectoraux.

La suture cutanée s'effectue le plus souvent sans difficulté. Un drain axillaire est mis en place par une contre-incision assez basse et externe. Il est inutile de drainer le creux sus-claviculaire.

Conclusion. — Nous avons eu la chance de ne compter ni accident ni décès dans cette série évidemment courte, et nous n'avons pas noté que les suites opératoires fussent en rien modifiées par le triple curage.

Par contre, il faut bien reconnaître que c'est une opération délicate et longue : on ne nous en voudra pas de ne pas préciser davantage sa durée. Celle-ci est aussi variable que celle de toute intervention, selon l'opérateur et l'opéré; et chaque chirurgien juge optima la durée utilisée par lui, ce qui est d'ailleurs souvent vrai.

Telle est l'opération que nous défendons aujourd'hui dans le traitement des cancers mammaires aux stades I et II, avec ou sans envahissement ganglionnaire clinique.

Il est bien évident que nous parlons de cancer histologiquement confirmé : nous sommes de ceux qui estiment que l'on n'a pas plus le droit d'amputer un sein qu'une cuisse sur un diagnostic exclusivement clinique, c'est dire toute l'importance que nous attachons à l'examen histologique per-opératoire, et à son défaut seulement, à la biopsie-exérèse pré-opératoire que nous considérons comme un pis-aller.

Nous tenons à bien préciser, pour terminer, que nous n'avons pas voulu aborder la question générale du traitement des cancers du sein : il reste sous-entendu que l'intervention chirurgicale peut, suivant les indications, être primitive, secondaire à la radiothérapie, pré-radiothérapique ou même intercalée entre 2 irradiations.

Cette extension opératoire nous paraît peu discutable : elle s'inscrit dans le type d'opérations à visée curatrice. L'exérèse chirurgicale des cancers apparaitra sans doute un jour, que nous voulons proche, une absurdité : elle reste, à l'heure actuelle, le plus sûr traitement des cancers mammaires, et nous espérons qu'ainsi étendue, elle améliorera nos résultats éloignés.

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière
Professeur : H. Mondor

Rupture spontanée de l'œsophage.

Par MM.

G. CERBONNET et Cl. COUINAUD

(Paris).

Le cas récemment observé par le docteur R. Soupault et l'un de nous (1) a confirmé à nos yeux l'intérêt d'une étude détaillée de la rupture spontanée de l'œsophage.

La symptomatologie en est à la fois si singulière et si nette que le diagnostic ne doit pas être une prouesse rare dès que l'on sait devoir y penser et lui faire une place parmi les *diagnostics urgents du thorax.*

La guérison peut être obtenue d'une intervention précoce rendue aujourd'hui possible par les progrès et les enseignements diffusés de la chirurgie thoracique et particulièrement œsophagienne.

L'attention nouvelle que ces progrès font actuellement porter aux lésions œsophagiennes par traumatisme externe ou endoscopique (2) doit être étendue à la rupture spontanée. Depuis une dizaine d'années déjà celle-ci a cessé d'être pour les chirurgiens anglo-saxons la curiosité rare et sans intérêt pratique qu'elle demeura longtemps après sa première description.

Historique.

La première description, clinique et anatomique, est de 1724 et due à Boerhaave. Elle relate la mort du Baron Wassenaer, Grand Amiral de Hollande qui rompit son œsophage au décours d'un plantureux repas.

Après quoi des observations sont de temps en temps relatées; le plus souvent isolées et de diagnostic nécropsique. Pourtant dès 1858 Meyer porta le premier diagnostic ante-mortem et la première étude d'ensemble par Fitz est de 1877. Après lui cette étude fut reprise entre autres par Mackenzie en 1884, Walker en 1914, Smead en 1931, Ridgeway et Duncan

(1) Soupault, R., et Couinaud, Cl., *Ac. de Chir.* séance du 7 Mai 1952. Cette observation figure dans ce travail (obs. II) grâce à l'obligeante autorisation de M. le docteur Soupault.

(2) Pour ne citer que des auteurs français :
Perrotin, J., et Frileux, Cl., *Mém. Ac. de Chir.*, 1949, p. 237, (rapp. J. Quenu).
Blondin, S., *Mém. Ac. de Chir.*, 1949, p. 286.
Thevenin, *Mém. Ac. de Chir.*, 1951, p. 818, (rapp. J. Quenu).
Lortat-Jacob, *Mém. Ac. de Chir.*, 1951, p. 839.

en 1937, Terracol en 1938 (1). Ce dernier pouvait à l'époque faire état d'une *quarantaine* de cas connus.

C'est depuis 1940 que les observations deviennent assez fréquentes (un peu plus nombreuses actuellement que pour la longue période précédente) et prennent un intérêt pratique, en montrant des exemples de diagnostic exact, de tentative et bientôt de réussite thérapeutique. Ainsi Graham en 1944 obtient la première guérison par traitement palliatif, et Barrett en 1947 le premier succès du traitement direct par suture.

En France l'observation de Soupault et Couinaud est le premier exemple de diagnostic clinique et de tentative chirurgicale. La première observation (identifiée à l'autopsie) semble être celle de Charbonnel et Darmaillacq (1940). La guérison obtenue en 1911 par Sencert (2) d'une perforation de l'œsophage abdominal nous semble devoir être mise à part, non seulement à cause du siège de la lésion, mais aussi parce qu'il s'agissait d'une perforation d'ulcère œsophagien.

Au reste les seules publications postérieures à 1940 ont servi de base à ce travail. On en trouvera la liste à la bibliographie. Parmi celles que nous avons pu consulter, nous avons retenu 51 *observations* répondant pour nous à la définition de la rupture spontanée de l'œsophage.

Définition.

Rupture spontanée désigne la déchirure non traumatique de la paroi œsophagienne normale.

De son cadre sont ainsi rejetées :

Les perforations par manœuvre endoscopique, par corps étrangers.

Et aussi les perforations d'une lésion œsophagienne maligne, ou bénigne et en particulier d'un ulcère peptique.

L'aspect clinique justifie d'ailleurs cette exclusion tout autant que le mécanisme et l'anatomie pathologique. L'habituel syndrome aigu de survenue inopinée, et d'évolution rapide, est particulier à la rupture spontanée. Les perforations instrumentales voient leur diagnostic aidé par l'antécédent récent ; et leurs symptômes sont en règle d'évolution subaiguë. Si l'antécédent n'est pas toujours connu dans les perforations de lésions œsophagiennes, les signes sont, là aussi, souvent atténués. Elles semblent d'ailleurs plus rares que la rupture spontanée : en regard de 51 cas de celle-ci nous n'avons retrouvé que 2 cas de perforation d'ulcère peptique (Culver-Mallory) et 2 cas de perforation d'ulcère au décours de brûlure (Rankin-Robson).

A vrai dire la perforation d'ulcère peptique pose un problème particulier car elle peut évoluer sur un mode aigu et dramatique, et sa distinction non seulement peropératoire, mais nécropsique et histologique, peut être impossible. Aussi certaines observations sont-elles discutables.

La rupture peut d'ailleurs survenir en zone saine sur un œsophage porteur d'une lésion, peptique ou autre, ou sur un œsophage fragilisé peut-être par le retentissement d'une lésion gastrique émétisante.

A cette première restriction quant à l'intégrité œsophagienne préa-

(1) Terracol, *Les maladies de l'œsophage*, Masson et Cie, édit., Paris 1938.
(2) Sencert, Perforation de l'œsophage abdominal, Péritonite diffuse. Laparotomie. Guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1911, p. 37.

lable, il faut en adjoindre une seconde quant à la spontanéité. Dans la majorité des cas la rupture semble déclanchée par le traumatisme spécial que crée un vomissement (Samson préfère d'ailleurs le qualificatif *post-emétique* à *spontané*). Plus rarement la cause déclanchante paraît être un effort d'autre nature, une contusion thoracique, ou manque totalement.

Ces notions, que développera l'étude étiologique et anatomique, et le siège constamment thoracique de la lésion, invitent à préciser avec plus de rigueur la définition de la rupture spontanée : *déchirure d'une zone macroscopiquement saine de la paroi de l'œsophage thoracique, habituellement consécutive à un effort, de vomissement le plus souvent.*

Anatomie pathologique.

La déchirure œsophagienne est habituellement *longitudinale*, intéressant toutes les tuniques, se prolongeant parfois en une fissure muqueuse plus étendue.

La rupture transversale complète est exceptionnelle : le cas princeps

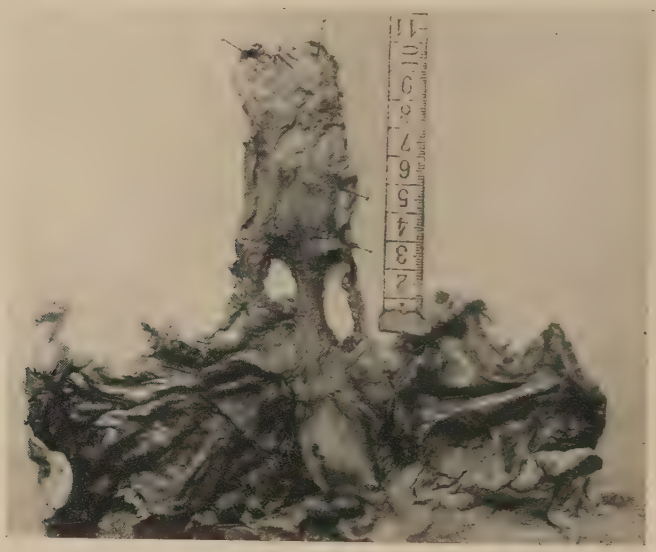


Fig. 1 (obs. I). — Rupture de l'œsophage après hémorragie cérébrale.

de Boerhaave était de ce type. Sur 51 observations analysées nous ne l'avons relevée qu'une fois (Higginson et Clagett) : les deux segments n'étaient plus reliés que par les pneumogastriques.

La localisation de la déchirure longitudinale sur la circonférence œsophagienne est variable. Sur 26 observations la précisant :

Bord gauche	13
Face postérieure	7
Bord droit	3
Face antérieure	3

Dans notre première observation la déchirure était double, droite et gauche; elle siégeait sur le bord droit dans la seconde. Dans l'ensemble la localisation *postéro-gauche* est la plus commune.

La longueur est variable : 2 à 6 cm, parfois plus (10 cm dans notre observation II).

Le siège est constamment *sus-diaphragmatique;* l'extrêmité inférieure de

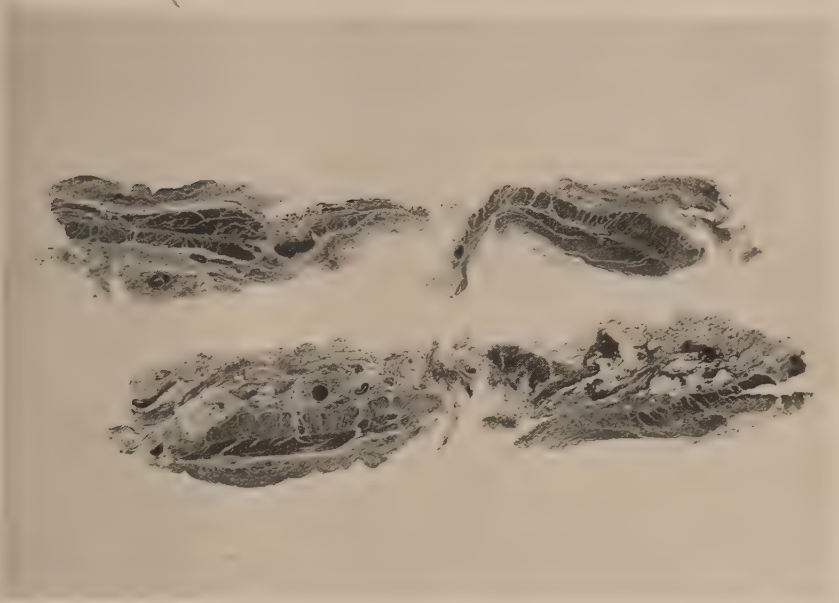


Fig. 2 (obs. I). — Examen histologique. Le prélèvement pratiqué au niveau de la rupture montre une brusque interruption des couches de l'organe laissant un hiatus important. Les faisceaux musculaires de chaque côté de la rupture sont distendus et étirés. Vers les zones distales ils sont dissociés par un tissu interstitiel assez épais. Le tissu cellulaire péri-œsophagien montre des graisses hydrolysées, formant des lobules graisseux de taille variable, mais sans réaction conjonctive ou inflammatoire nette. On note une importante dilatation de toutes les veines de la sous-muqueuse et quelques infiltrats hémorragiques. La lecture est rendue difficile par une lyse cadavérique importante (Debrux).

la déchirure est située un peu au-dessus ou au contact de l'orifice œsophagien du diaphragme. La seule exception connue est celle d'Allen rapportée par Terracol : la lésion siégeait en regard de la bifurcation trachéale.

Les quelques *examens histologiques* rapportés ne montrent au contact de la déchirure que de banales lésions d'œsophagite avec infiltration de polynucléaires, parfois des plages de nécrose parcellaire de la muqueuse, lésions vraisemblablement secondaires et d'ailleurs d'autant plus nettes que le prélèvement est plus tardif. Mais elles surviennent assez rapidement et répondent sans doute de l'échec des sutures trop tardives.

***

Le médiastin souffre vite et directement de la déchirure œsophagienne. Il est envahi par l'air, les débris alimentaires, et le suc gastrique, en abon-

dance d'autant plus grande que la rupture a été précédée d'un repas copieux et suivie de nouveaux efforts de vomissements et d'ingestions liquidiennes.

A l'intervention ou à l'autopsie le médiastin apparaît comme une longue masse oblongue, brunâtre ou rougeâtre, tendue, gonflée d'emphysème. Son ouverture donne issue à de l'air, à des particules alimentaires et surtout à un épanchement louche et sale chargé souvent de débris nécrotiques.

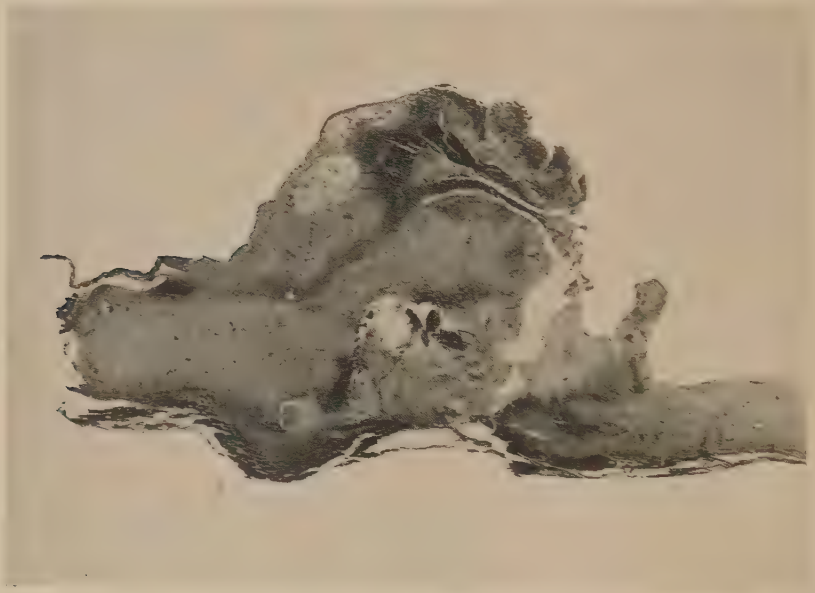


Fig. 3 (obs. III). — Examen histologique. La rupture est ici perdue au milieu d'une importante réaction gangréneuse. On note de larges bandes de nécrose massive, d'hémorragie avec suppuration (polynucléaires altérés). Toutes les couches de l'œsophage sont frappées: les phénomènes gangréneux s'infiltrent dans le tissu péri-œsophagien. A noter l'importance des phénomènes vasculaires, dilatation et hémorragie. Persistance d'un point de suture (Debrux).

qui témoigne de l'action corrosive du liquide gastrique sur le tissu médiastinal.

Plus rarement, dans les formes à évolution lente, le médiastin est le siège d'un épanchement cloisonné et passé à la purulence.

Les plèvres sont aussi constamment atteintes, mais plus tardivement et pas toujours directement.

La plèvre du côté de la déchirure, est souvent envahie par *l'irruption directe du contenu médiastinal.* Dans quelques cas de déchirure gauche la déhiscence pleurale siège en regard de la lésion œsophagienne et semble entraînée par elle à cause du contact intime pleuro-œsophagien à ce niveau. Le plus souvent l'ouverture pleurale siège au-dessus de la rupture œsophagienne: elle est due sans doute à la double action mécanique et peptique de l'épanchement médiastinal. De toute façon, le liquide pleural d'abondance variable (800 à 2 000cm³) a l'aspect du contenu médiastinal : liquide

sale, parfois chargé de particules alimentaires, d'odeur aigrelette, de réaction acide; souvent mais non constamment un *pneumothorax* s'y associe.

Dans le cas de Desjardins et dans notre observation I l'irruption pleurale directe était bilatérale.

La seule plèvre homolatérale, ou les deux, peut être le siège d'un *épanchement réactionnel* ou *par transsudation* au contact de la plèvre médiastine enflammée, peut-être perméable, mais non perforée. L'épanchement clair ou hématique ne dépasse habituellement pas 1 000 cm³. Il n'y a pas de pneumothorax associé.

Au total, l'envahissement pleural direct, rarement bilatéral, par le contenu médiastinal est le plus fréquent et comporte souvent un pneumothorax. Un épanchement contro-latéral réactionnel peut s'y associer (12 fois sur 30 observations suffisamment explicites).

Un épanchement réactionnel, parfois bilatéral, peut exister seul : 8 observations nous ont paru indiscutables.

L'épanchement pleural n'est pas, comme l'effusion médiastinale, une lésion immédiate, mais secondaire. Habituellement précoce, il peut être très retardé, surtout l'épanchement réactionnel contro-latéral : dans notre observation II celui-ci n'apparut qu'après l'intervention.

Dans 2 cas (Foggitt, Higginson et Clagett) aucune lésion pleurale ne fut relevée.

Le poumon n'est pas lésé directement. Mais il est souvent fortement refoulé et collabé par un épanchement pleural abondant surtout hydro-aérique, et peut présenter des infarcissements liés par réflexe à la souffrance médiastinale.

Des lésions associées œsophagiennes ou plus généralement digestives peuvent être constatées à l'autopsie ou à l'intervention, ou encore connues antérieurement, ou reconnues après intervention par un examen radiologique. Leur rôle prédisposant ou déclenchant doit être considéré. L'étude étiologique va les préciser.

Étiologie et mécanisme.

Si l'œsophage est toujours rompu en zone macroscopiquement saine, il peut être ailleurs porteur d'une lésion organique. D'autres fois c'est au niveau de l'estomac qu'existe une lésion pouvant retentir sur l'œsophage.

De telles associations existaient dans 15 des observations que nous avons consultées. Sept fois il s'agissait de *lésions œsophagiennes* d'ailleurs variées :

Le plus souvent sous-jacentes :	
Ulcère œsophagien	2
Hernie diaphragmatique	3
Moins souvent sus-jacentes :	
Sténose caustique	1
Diverticule midthoracique	1

8 fois coexistaient des *lésions gastriques ou duodénales* à retentissement pylorique : à part 1 cas de cancer pylorique il s'agissait toujours d'*ulcère duodénal* sténosant.

Dans 7 autres observations existaient des antécédents de troubles digestifs plus ou moins anciens avec vomissements post-prandiaux intermittents. Ainsi dans plus du tiers des observations consultées le malade était porteur avant la rupture de lésions ou de troubles émétisants ou pouvant créer un dysfonctionnement œsophagien.

On pourrait penser que l'œsophage fut ainsi fragilisé par des lésions peptiques, en particulier dans les cas de hernie diaphragmatique ou de sténose pylorique. En fait rien ne permet de l'affirmer. Des 8 cas de hernie diaphragmatique, seule l'observation de Higginson et Clagett laisse un doute : la rupture était complète, véritable désinsertion œso-gastrique, et l'extrémité rompue du brachy-œsophage était *enflammée, friable et nécrotique*. Dans le cas de Moore et Murphy par contre, l'œsophage déchiré sur 4 cm. au-dessus d'une hernie hiatale, ne présentait aucune lésion peptique malgré l'existence de troubles digestifs depuis 10 ans. Quant au malade de Carter sa hernie ne fut dépistée que par le contrôle radiologique après guérison. D'ailleurs l'absence de vomissement déclanchant laisse penser qu'il s'agissait peut-être d'une perforation de lésion peptique plutôt que d'une vraie rupture œsophagienne.

Dans aucun des 8 cas de *sténose pylorique* n'existait, au niveau ni au voisinage de la rupture, de lésion peptique œsophagienne.

Ainsi le retentissement œsophagien d'un ulcère gastro-duodénal semble pouvoir être soit de type peptique (œsophagite ou ulcère) comme l'a souligné l'un de nous dans sa thèse (1), soit de type mécanique (rupture). La rupture paraît beaucoup plus fréquente que la perforation d'ulcère œsophagien.

L'*association* des 2 retentissements, peptique et mécanique est rare. Nous n'en avons relevé que 2 observations. Dans la première (Foggitt) coexistaient un ulcère muqueux peu profond juste au-dessus du cardia (développé d'ailleurs sur un îlot de muqueuse gastrique ectopique) et une déchirure œsophagienne longitudinale sus-jacente; l'état du pylore n'est d'ailleurs pas précisé. Dans la seconde (Layne et Hildebrand) une déchirure de 3 cm était exactement sus-jacente à un ulcère œsophagien; il existait en outre une sténose pylorique ulcéreuse.

Rien ne permet donc d'invoquer une action prédisposante des lésions associées par retentissement peptique. Par contre ces lésions favorisent sans doute le vomissement post-prandial habituellement déclanchant. Elles doivent aussi dans certains cas répondre d'une dyskinésie qui rend anormalement intense et violente l'action du vomissement sur la paroi œsophagienne. C'est de ce point de vue qu'il faut marquer de l'intérêt aux lésions sus-jacentes, rares il est vrai : sténose caustique (Weder), diverticule intrathoracique (Kraeft). Nous croyons pouvoir en rapprocher la présence dans notre second cas d'un polype laryngé sus-glottique.

Aux antécédents lointains variables et de rôle discutable, on peut opposer la quasi-constance des *antécédents immédiats* : très souvent un repas copieux et généreusement arrosé, ou des libations seules, au moins un repas normal, ou léger, ont précédé la rupture qui est presque toujours déclanchée par

1. COUINAUD, Cl., Maladie peptique de l'œsophage chez l'adulte. *Thèse de Paris*, 1951.

un vomissement. On compte les rares cas qui échappent à ce schéma. Dans 3 observations la rupture fut causé par un vomissement *post-opératoire.* Pour l'une d'elles (Higginson et Clagett) le malade opéré de calcul uretéral, était d'ailleurs porteur d'une hernie diaphragmatique. Pour les 2 autres, seule celle d'Eliasson et Welty répond à des vomissements post-opératoires véritables (24e h.); par contre la malade de Barrett rompit son œsophage au 15e jour d'une hystérectomie de suites normales, et l'origine post-opératoire du vomissement est donc discutable. Dans 1 observation de Kraeft la rupture parut déclanchée par un effort de *toux.* Dans 3 observations elle parut causée ou favorisée par une *contusion thoracique* dans les heures précédentes (Gardner; Strong et Wilson; Carter). Plus anciennement Sheldon, et Whipple (cités par Barrett) avaient rapporté chacun un exemple de rupture déclanchée par l'effort de défécation.

Le mécanisme de la déchirure semble donc lié à la pression brutalement exercée sur la paroi œsophagienne par un vomissement ou un effort de vomissement. Un spasme crico-pharyngien associé (il s'expliquait très bien par la présence du polype laryngé dans notre observation II) augmente sans doute la tension intra-œsophagienne. On peut dans certains cas penser au rôle possible de l'alcoolisme dans cette incoordination.

Cette tension n'est d'ailleurs pas nécessairement très forte. Mackensie (1884), Burt (1931), Kinsella (1948) obtiennent, sur le cadavre, la déchirure avec une pression de 3 *à* 6 *livres par pouce-carré;* la *soudaineté* de l'élévation de pression semble plus importante que son chiffre.

La déchirure cadavérique expérimentale siège comme sur le vivant au 1/3 inférieur de l'œsophage thoracique. Pour expliquer ce siège électif Mosher (1930) a cru pouvoir invoquer la fragilité de la musculeuse de l'œsophage inférieur en particulier au niveau de son effilement conique, l'existence parfois (2 cadaves sur 7) de défects segmentaires dans la couche circulaire, l'angulation donnée à l'œsophage par la saillie du pilier diaphragmatique gauche.

La pathogénie de la rupture spontanée n'est donc pas totalement élucidée. Elle paraît essentiellement liée à l'action mécanique d'un vomissement sans qu'il soit nécessaire d'invoquer ni possible de prouver une fragilisation œsophagienne préalable.

Seule une variété très spéciale semble bien favorisée par des altérations œsophagiennes : ce sont les *ruptures survenant au cours d'affections encéphaliques aiguës,* le plus souvent à type de compression. Ces accidents, signalés déjà par Cushing, ont été mentionnés à plusieurs reprises dans la littérature et récemment Fincher et Swanson lui ont consacré un travail important. Leur mécanisme exact est difficile à déterminer, mais certainement mixte : altérations pariétales d'origine nerveuse centrale (comme c'est fréquent en n'importe quel point du tube digestif) et rupture conditionnée par les efforts de vomissement (ce qui autorise à les conserver dans le cadre des ruptures *spontanées*). 4 des 5 observations de Priviteri et Gay étaient de cette sorte et d'étiologie variée (anévrysme cérébral, hématome extradural traumatique, syphilis, épilepsie). Notre première observation est une découverte d'autopsie chez un malade mort d'hémorragie cérébrale :

Observation I. — Homme de 47 ans entré à l'hôpital Tenon, 18 h, après le début d'un coma apparemment d'origine vasculaire (T. A. 20-10). Mort au bout de 10 h.

L'autopsie montre une hémorragie cérébrale avec énorme inondation ventriculaire. Elle permet, en outre, la découverte d'une rupture du tiers inférieur de l'œsophage : la pièce prélevée et ouverte montre sur les flancs postéro-droit et postéro-gauche de l'œsophage sus-diaphragmatique deux déchirures longitudinales de 2 cm et 3 cm de long. L'attention avait été attirée lors de l'ouverture thoracique par l'aspect anormal des plèvres et du médiastin :

Épanchement pleural hématique bilatéral;
Poumon gauche refoulé en avant;
Médiastin infiltré, violacé et saillant;
Plèvre médiastine porteuse d'une perforation à droite et à gauche à 4 travers de doigt au-dessus du diaphragme.

Signes cliniques.

La rupture œsophagienne survient le plus souvent chez *l'homme après* 35 *ans.* Sur 53 observations (dont les 2 nôtres) nous comptons 44 hommes pour 9 femmes. Et 43 malades étaient âgés de 31 à 70 ans; dont 16 de 41 à 50 ans, 11 de 61 à 70 ans, 10 de 51 à 60 ans, et 6 de 31 à 40 ans.

Le début des troubles est fait d'un *vomissement* unique ou répété, parfois seulement d'efforts de vomissement. Ceux-ci succèdent souvent à un repas abondant et de copieuses libations; mais il ne faut pas compter comme constante cette circonstance pittoresque; le repas précédent peut avoir été aussi très normal ou même léger. Rarement l'effort est autre que de vomissement.

Dès le premier vomissement, ou plus tard, survient une *douleur* très vive. Elle est d'une intensité atroce et donne une sensation de déchirure ou d'éclatement : le malade de notre observation II hurlait qu'en vomissant il s'était *rompu un organe à l'intérieur.* Douleur haute et profonde, rétrosternale et dorsale, irradiant à la partie supérieure de l'épigastre, et souvent aussi dans la région thoracique latérale. Malheureusement le type perforatif de cette douleur et son siège en grande partie épigastrique orientent souvent d'emblée à tort vers la perforation gastro-duodénale.

Très vite s'affirme un *retentissement général grave :* sensation d'angoisse, polypnée, altération et accélération du pouls, abaissement tensionnel. Ce n'est pas un choc passager comme dans les perforations gastriques; il va au contraire s'aggraver progressivement.

L'examen n'a pas été souvent très précoce ou, du moins, précocement orienté vers le bon diagnostic. Aussi est-il impossible de préciser avec certitude les délais d'apparition des signes abdominaux, médiastinaux et pleuraux.

Les signes abdominaux habituellement notés sont la contracture et la douleur épigastrique. Elles répondent malheureusement de nombreuses erreurs diagnostiques et de laparotomies blanches. Pourtant, à lire les observations suffisamment détaillées, on retient que non seulement la contracture n'est jamais généralisée en ventre de bois, mais que c'est plutôt une défense ou une tension pariétale qu'une contracture vraie. Cette importante nuance sémiologique permit à Desjardins, tout en ignorant le vrai diagnostic, de repousser celui de perforation gastrique. De plus la matité hépatique n'est jamais modifiée, ni le Douglas douloureux. Au reste les signes abdo-

minaux trompeurs de nombre d'affections thoraciques sont une éventualité très classique. Douleur et défense épigastrique ne doivent pas faire négliger mais rechercher systématiquement les signes thoraciques. Ils sont d'ailleurs plus éclatants.

Aux signes médiastinaux doivent être rattachées la *cyanose* et la *dyspnée*. Elles se rattachent également aux lésions pleuro-pulmonaires ; mais celles-ci sont d'apparition souvent retardées. Or la gêne respiratoire, le bleuissement des extrémités apparaissent tôt et augmentent rapidement. Elles sont aggravées par le décubitus dorsal, et, dans notre observation II, s'accompagnaient de *turgescence veineuse*. Ce signe, qui nous a paru important, n'a été ailleurs signalé qu'une fois. De même le *pincement de la pression artérielle différentielle* nous a semblé significatif de la gêne circulatoire. On y insiste habituellement peu; pourtant sur 17 observations précisant les chiffres tensionnels, il existait huit fois et dans 4 cas participait à une élévation globale (chiffres relevés : 18-12; 18-10; 14-9; 13-10; 10-7; 10-6; 9-7; 8 1/2-6).

Le signe médiastinal principal est l'*emphysème*. Sa valeur diagnostique est considérable. Parfois manifeste, gonflant le cou, atteignant l'occiput, les paupières; il est aussi bien discret, limité au creux sus-sternal où la seule recherche systématique le décelera, facilement d'ailleurs. Ainsi a-t-il pu être méconnu car il n'est pas constamment noté dans les observations (25 fois sur 53). Peut-être aussi manque-t-il en cas de communication pleurale large et précoce. Enfin son délai d'apparition semble variable : 2 à 3 h dans certains cas, 12 à 15 h dans d'autres. Dans notre observation II c'est à la fin de la cœliotomie exploratrice que l'anesthésiste le décela; l'anesthésie par inhalation avait certainement hâté son extériorisation.

Les signes pleuraux peuvent être considérés logiquement comme une complication évolutive. De fait leur apparition est souvent retardée; ce n'est qu'après plusieurs examens même attentifs et orientés qu'ils sont décelés dans certaines observations. Mais d'autres notent l'existence d'un épanchement manifeste dès un premier examen précoce.

Le signe habituel est une matité silencieuse d'épanchement, parfois surmontée d'une zone tympanique. Moins souvent la sonorité du pneumothorax prédomine. Ces signes sont le plus souvent *gauches;* parfois droits ou même bilatéraux. Ils peuvent être discrets ou très marqués et s'accompagner même de déplacement de la pointe du cœur, de déviation laryngo-trachéale.

La ponction peut ne retirer qu'un liquide clair. Parfois, surtout à gauche, l'aspect est très évocateur : liquide louche d'odeur aigrelette, de réaction acide, et même, si l'aiguille est assez grosse, particules alimentaires. Un liquide seulement hémorragique permet une forte présomption.

La symptomatologie ci-dessus analysée connaît des variations de netteté et surtout de rapidité de groupement des signes.

Il est des *formes aiguës*, quasi-foudroyantes parfois. Le choc et les signes d'anoxie sont vites intenses, car la compression médiastinale s'amplifie rapidement, et un gros épanchement pleural hydroaérique est tôt constitué.

Mais des *formes subaiguës* ne sont pas plus rares. Les signes médiastinaux ne s'affirment que 5 à 8 h après la douleur post-émétique et le choc

initial, qui peut alors connaître une certaine rémission. Les signes pleuraux n'apparaissent que plus tard encore, après 10-12 h.

Une évolution *lente* ou en *deux temps* est possible. Douleur et choc du début tournent court. Les signes médiastinaux manquent ou sont très estompés. L'épanchement pleural domine bientôt la scène; c'est son drainage qui permet le diagnostic en objectivant la communication œsophago-pleurale.

Ainsi s'explique que la *mort*, aboutissant constant de l'évolution spontanée, survienne après un délai très variable : *de la* 6e *h au* 6e *jour*. La mort tardive est due à la conséquence septique de l'ouverture œsophagienne; la mort précoce à la conséquence mécanique de l'effusion médiastinale. Celle-ci peut tuer avant l'apparition de l'épanchement pleural; le plus souvent du moins, cet épanchement, qui accroît à son tour l'anoxie, n'a pas le temps de passer à la purulence.

On peut donc distinguer schématiquement *trois stades* dans l'évolution clinique :

Le stade initial de la perforation;

Le stade du retentissement médiastinal;

Le stade du retentissement pleural.

Le dernier stade peut n'avoir pas le temps d'apparaître. A l'inverse lorsque le retentissement médiastinal a été très discret les signes cliniques seront essentiellement pleuraux. A part ce rare cas particulier des formes lentes, l'apparition des signes pleuraux apporte au tableau clinique un dernier argument d'évidence qu'il n'est pas indispensable d'attendre. A ce stade en effet le collapsus et l'asphyxie risquent d'être irréversibles; le malade paraît même parfois inopérable.

Les seuls signes médiastinaux doivent suffire au diagnostic; et en l'absence d'emphysème cervical il faut savoir donner toute leur valeur à la turgescence veineuse, au pincement de la tension artérielle, à l'accentuation de ces signes et de la dyspnée et de la cyanose en décubitus dorsal. Dès le stade initial même, les singularités de survenue et d'évolution de la douleur, et l'aspect immédiatement dramatique doivent donner l'éveil. A une époque encore ignorante de toute sémiologie physique précise Boerhaave avait porté toute son attention sur l'aspect très particulier de l'évolution clinique. Voici de cette observation princeps (1) le résumé que donne Michel de Nancy (2) :

« Le baron de Wassenaer, d'une excellente constitution, mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se faire vomir pour se débarrasser d'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac toutes les fois qu'il avait fait quelque excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent. Un soir, après un dîner copieux, comme la dose ordinaire de son émétique tardait un peu trop à produire le vomissement il l'excita en buvant une infusion de chardon bénit, et en faisant des efforts extraordinaires; tout à coup, il éprouve une douleur atroce, et se plaint d'avoir senti quelque chose se rompre vers la partie supérieure de l'estomac; il crie, se roule par terre, et présente une sueur froide, un pouls petit et une pâleur extrême du

(1) Boerhaave, H., Atrocis nec descripti prius Morbi Historia, *Secundum Artis Leges Conscripta*, 1724.

(2) Michel (de Nancy), *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, Paris 1880, art. Œsophage.

visage. Mis sur son lit, il ne peut y rester que debout, soutenu par 3 hommes, et fortement courbé en avant. Tout ce qu'il but dans cet état aggrava les accidents; tout ce que Boerhaave et un autre médecin purent ordonner fut inutile : le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier; la respiration devint de plus en plus laborieuse et rapide, et le malade périt après 18 h d'une souffrance inexprimable. »

La survenue brutale d'une douleur déchirante dorsale basse ou épigastrique haute, immédiatement après un vomissement; sa persistance, son exacerbation en décubitus dorsal et à la suite de nouvelle ingestion; le collapsus qui l'accompagne et persiste; voilà qui doit suffire à évoquer le diagnostic avant qu'un emphysème cervical et une matité pleurale ne le rendent évident. Dès ce stade initial il faut rechercher des signes encore discrets de souffrance médiastinale et réclamer un examen radiologique.

Signes radiologiques.

Encore muets cliniquement, l'emphysème médiastinal et l'épanchement pleural peuvent être déjà visibles sur les radiographies qui permettent ainsi un diagnostic précoce. A condition que la prise et la lecture des clichés soient d'emblée bien orientées.

Trop souvent des malades ont été radiographiés tôt mais seulement pour chercher confirmation d'une perforation d'ulcère. L'erreur est facilement réparable si l'absence de pneumopéritoine n'intrigue ou ne déçoit pas seulement, mais incite à une lecture plus attentive qui peut dépister une image anormale de la base thoracique souvent englobée dans le cliché abdominal. Il serait surtout préférable de prendre l'habitude d'inclure systématiquement un cliché thoracique dans l'examen de tout syndrome douloureux abdominal. Le risque d'erreur peut sembler moins grand si l'allure clinique fait penser plutôt à une affection aiguë thoracique. Mais dans ce cas on tarde trop souvent à demander l'examen radiographique; l'image d'un épanchement pleural peut paraître confirmer une erreur diagnostique; un emphysème médiastinal encore discret peut échapper à une lecture trop superficielle.

L'*épanchement pleural* donne une image très variable suivant son abondance, l'existence et l'importance du pneumothorax, l'unilatéralité ou la bilatéralité. Tous ces détails doivent d'ailleurs être précisés avec soin à cause de leur influence sur la tactique opératoire.

L'*emphysème* donne un aspect tigré à l'ombre médiastinale élargie par lui et par l'inondation liquidienne. Sa fusée cervicale peut être visible alors qu'elle avait échappé à l'examen clinique. Encore peu abondant l'emphysème est surtout dépistable de face au flanc droit de l'ombre cardiaque, et en arrière d'elle sur le profil.

La *visualisation directe* de l'ouverture œsophagienne est possible. L'ingestion d'une petite quantité de solution opaque iodée dessine l'œsophage sus-jacent puis la communication œso-médiastinale, et n'injecte pas l'œsophage sous-jacent ni l'estomac.

Cette ingestion qui entraîne toujours une exacerbation douloureuse n'est pas indispensable lorque l'emphysème est évident; on aurait très bien pu s'en passer dans notre observation II. Par contre elle peut permettre seule l'affirmation d'un diagnostic très précoce, ou l'identification de formes lentes évoluant sous le masque d'un épanchement pleural.

Diagnostic.

La liste des erreurs diagnostiques que nous avons relevées est longue et variée. Retenons seulement les plus fréquentes et les plus explicables.

Les syndromes abdominaux sont le plus souvent invoqués, et parmi eux la *perforation d'ulcère gastro-duodénal*, qui est le faux diagnostic le plus fréquemment posé. Pourtant la douleur initiale et la contracture épigas-

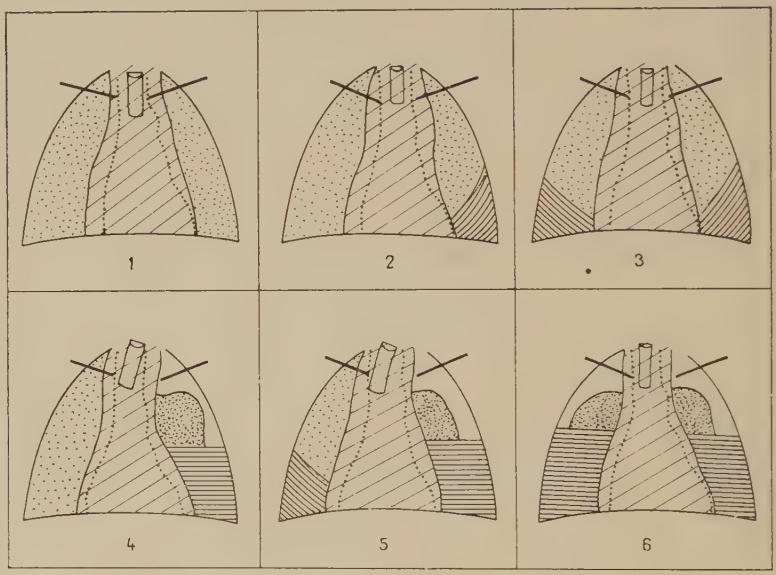


Fig. 4. — Schémas des signes radiologiques des ruptures spontanées de l'œsophage.

Schéma 1. — Inondation médiastinale simple.
Schéma 2. — Inondation médiastinale et épanchement pleural réactionnel unilatéral.
Schéma 3. — Inondation médiastinale et épanchement réactionnel bilatéral.
Schéma 4. — Perforation pleurale unilatérale et déplacement médiastinal.
Schéma 5. — Perforation pleurale et épanchement réactionnel du côté opposé.
Schéma 6. — Perforation pleurale bilatérale.

trique, voire des antécédents ulcéreux, ne suffisent pas à constituer un tableau vraiment trompeur. Le diagnostic est d'ailleurs presque toujours posé à contre-cœur, car la contracture n'est pas franchement généralisée, le toucher rectal est indolore, il n'y a de pneumopéritoine ni clinique ni radiologique, l'intensité et l'aggravation du collapsus sont inhabituelles.

Il est étonnant par contre que l'erreur n'ait pas été plus souvent commise avec un *infarctus intestinal*, une *pancréatite aiguë*, du fait de l'atrocité et de la persistance de la douleur et de l'intensité du collapsus. La notion d'excès alimentaire dans des heures précédentes ne serait pas pour démentir la pancréatite.

En fait toutes les erreurs diagnostiques avec une affection abdominale ont une source commune : la négligence des signes thoraciques. Rappelons

à ce propos que la rupture spontanée de l'estomac (étudiée dans ce journal en 1947 par Leger et Maes) s'accompagne de dyspnée, de cyanose, et parfois même d'emphysème cervical si elle siège près du cardia. Le choc y est également intense et une copieuse absorption alimentaire a précédé l'accident. Mais l'énorme pneumopéritoine distendant l'abdomen est très particulier.

Des syndromes thoraciques peuvent également être invoqués. L'erreur la plus fréquente semble commise avec la *thrombose coronarienne* qui, à un état hyperalgique avec collapsus immédiat, associe volontiers des vomissements et une contracture épigastrique. Mais l'analogie se borne là.

Bien que rare, l'*anévrysme disséquant de l'aorte* a été parfois invoqué, lui aussi à cause de la douleur atroce et du collapsus. On sait en outre qu'il peut entraîner un petit épanchement pleural gauche. L'élargissement médiastinal peut également se voir, mais sans jamais d'emphysème.

Le *pneumothorax spontané* offre certaines difficultés diagnostiques. La douleur brutale, la dyspnée et la cyanose vite installées, et surtout l'image pleurale sont des traits communs avec le syndrome de rupture œsophagienne. Celle-ci ne s'accompagne pas de penumothorax pur, mais une perforation d'abcès ou de kyste pulmonaire donne comme elle une image d'épanchement hydro-aérique. C'est sur l'emphysème médiastinal que repose la différenciation. En fait ce sont surtout les *rupture d'évolution lente* à symptomatologie pleurale qui prêtent le plus à erreur avec toutes les variétés d'épanchement y compris les purulents. L'opacification œsophagienne est alors une précieuse ressource.

Quant à l'*embolie pulmonaire* elle revêt rarement un aspect aussi dramatique que celui de la rupture œsophagienne. Elle a surtout été invoquée en cas de rupture survenant au cours de suites opératoires. La radiographie au moins permet aisément la différenciation. Les ruptures survenant chez les opérés peuvent aussi voir leurs signes trop facilement rapportés au choc ou à une pneumopathie post-opératoire.

C'est également le terrain très spécial sur lequel elles surviennent qui fait méconnaître les *ruptures compliquant un syndrome neurologique*. Si celui-ci était réversible ou curable, on regrettera de n'avoir ni dépisté ni traité la complication. La survenue de cyanose et de dyspnée en l'absence de signes d'aggravation neurologique devrait attirer l'attention et commander la radiographie thoracique.

Reste le cas des *perforations œsophagiennes*. Les traumatiques ne prêtent pas à confusion; sauf certaines au contact d'un corps étranger dont la déglutition a été méconnue. Les perforations de lésions préexistantes, comme les précédentes d'ailleurs, évoluent habituellement sur un mode moins aigu que les ruptures spontanées. L'absence de vomissement déclanchant explique sans doute que manque le syndrome aigu de souffrance médiastinale, caractéristique de la rupture spontanée dû à l'irruption brutale du contenu gastrique. Toutefois cette différence connaît des exceptions dans les deux sens. C'est ce qui nous avait paru justifier sur le plan pratique du diagnostic une étude commune des ruptures et perforations spontanées (1).

(1) Cerbonnet et Couinaud, Diagnostic des ruptures et perforations spontanées de l'œsophage, *Pr. Méd.*, 26 Avril 1952, p. 622.

Sans se préoccuper de son imitation possible par une perforation, dont le traitement sera identique, c'est à savoir reconnaître le syndrome de rupture spontanée qu'il faut s'apprêter en se mettant en mémoire son tableau caractéristique. Il se résume en peu de mots :

Après un repas souvent abondant
Un vomissement ou un effort de vomissement
Entraîne une effroyable douleur thoraco-abdominale;
Un état de choc immédiat avec dyspnée et cyanose;
Et bientôt emphysème médiastinal et épanchement pleural.

Seule sa méconnaissance explique que l'erreur la plus commune soit des plus grossières : après tant d'autres exemples cette confusion avec la per-

Fig. 5 obs. II. — Première radio thoracique montrant déjà un élargissement médiastinal et l'épanchement pleural droit. L'emphysème cervical méconnu cliniquement est déjà visible.

foration d'ulcère gastro-duodénal retarda le traitement correct du malade de Soupault et Couinaud.

Obs. II. — M. U.... Rodolphe 49 ans, d'origine hongroise, après un repas plus qu'abondant, et, semble-t-il copieusement alcoolisé, est pris dans la soirée de vomissements. A minuit et demi, lors d'un effort plus violent, il ressent une épouvantable douleur profondément située dans la région épigastrique haute. Il est hospitalisé à Saint-Antoine le 3 Février 1952 vers 5 h 30 du matin. Tension 15-8, température 37°, état d'agitation extrême. On pense à une perforation

d'ulcère gastro-duodénal, bien que n'existe aucun antécédent, hormis quelques crises d'aérophagie. Le siège épigastrique de la douleur, l'existence d'une contracture épigastrique sont en faveur de ce diagnostic, bien que la matité hépatique soit dans ses limites normales et que le Douglas soit indolent. Une radioscopie faite dans des conditions difficiles semble d'ailleurs montrer un léger croissant gazeux sus-hépatique. Il est décidé d'installer une aspiration gastrique continue. Mais le malade est particulièrement agité et indocile, semble souffrir horriblement et hurle qu'il s'est rompu *quelque chose* en vomissant. L'interne de garde prescrit alors un gardénal sodique et une injection de phénergan, pensant descendre le tube d'aspiration une fois le malade calmé. Vers 8 h du matin une radiographie de

Fig. 6 (obs. II). — Quelques heures plus tard énorme dilatation du médiastin avec halo gazeux autour des oreillettes.

l'abdomen est demandée. Le pneumopéritoine est discutable et il existe une image pulmonaire anormale de la base droite, opacité à limites peu nettes. On conçoit déjà quelques doutes sur le diagnostic, car la douleur siège plus haut que normalement, presque thoracique basse, et surtout, c'est une douleur en ceinture. Malgré tout, on pense à une lésion sus-mésocolique, peut-être une rupture d'un abcès hépatique. La température s'est maintenant élevée à 39°; tension artérielle 14-17, pouls 132. A 10 h, *coeliotomie exploratrice :* l'estomac, le duodénum, le foie sont d'aspect normal. Le ligament gastro-colique est effondré, le pancréas est peut-être très légèrement congestionné et œdémateux, mais cet aspect n'entraîne pas la conviction; le grêle est exploré en vain. On referme. L'anesthésiste signale alors une crépitation gazeuse au niveau de la gouttière carotidienne gauche. Une ponction pleurale à droite ramène quelques cm^3 de liquide sanglant. Un dosage de l'amylasémie est demandé : 128 UW.

A l'exposé de ces faits, le diagnostic de rupture spontanée de l'œsophage est alors suggéré en se basant sur : la notion de vomissements préalables, la douleur

haut située, le syndrome épigastrique pseudo-perforatif, l'absence de pneumo-péritoine, mais l'existence d'une image thoracique anormale, la reconnaissance d'un épanchement pleural sanglant, et surtout la présence d'emphysème cervical. L'examen clinique quelques minutes plus tard confirme cette hypothèse : le malade est agité, dyspnéique, la cyanose de la face et des doigts est évidente, il

Fig. 7 (obs. II). — Opacification œsophagienne au diodone : le produit opaque se perd dans le médiastin.

existe une turgescence veineuse nette dans le domaine de la veine cave supérieure, la voix est comme enrouée. L'emphysème cervical est indiscutable, il existe une matité peu étendue de la base droite, mais une nouvelle ponction ne ramène que quelques gouttes de liquide hématique, ce qui étonne un peu. Du fait de la coeliotomie récente, on ne peut explorer l'épigastre. La douleur est haut située, thoracique basse et profonde. La tension artérielle s'est considérablement abaissée : 8-5 à 13 h 30, mais le pouls, bien que rapide, reste bien frappé.

Un examen radiologique du thorax est demandé et pratiqué par le docteur Pierquin. Un cliché de face sans préparation montre un élargissement considérable du médiastin sur toute sa hauteur, siège d'un important emphysème qui donne un aspect tigré à l'opacité; un halo gazeux très net dessine le contour des

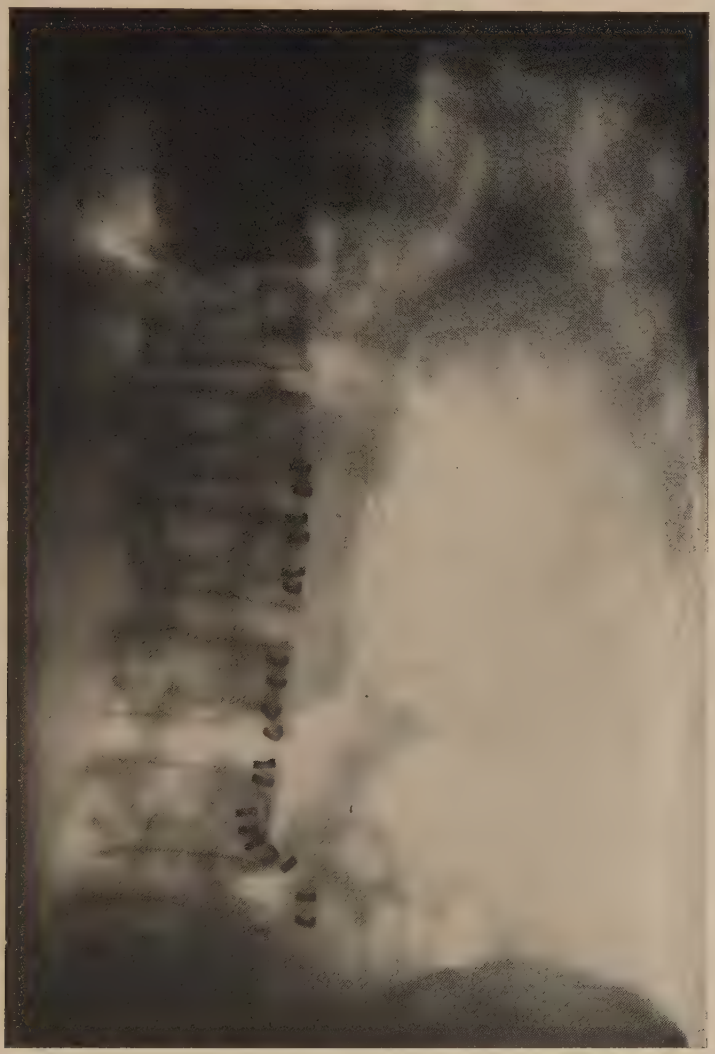


Fig. 8 (obs. II). — Le diodone n'est pas parvenu à l'estomac qui est distendu par un énorme magma alimentaire.

oreillettes. L'emphysème file dans les espaces celluleux du cou. L'estomac semble gonflé plus que normalement; il présente l'aspect marécageux que revêt le cæcum sur les radiographies sans préparation : l'organe est encore distendu par le repas de la veille. Il existe d'autre part un épanchement pleural gauche limité, mais indiscutable, il n'y a pas d'air dans la plèvre et le poumon n'est pas collabé.

On fait avaler 2 ampoules de diodone au malade; cette ingestion est suivie d'un paroxysme douloureux. L'œsophage est ainsi opacifié, mais au niveau du tiers inférieur le produit opaque se perd dans le médiastin, et l'estomac n'est à aucun moment injecté. Le diagnostic ne souffre donc aucun doute.

Fig. 9 (obs. II). — Opacification de l'œsophage par diodone, vue de 3/4.

Le malade est opéré à 17 h, à la 17e h après le début des accidents. Anesthésiste Mme Desvigne, opérateur M. le docteur Soupault, aides Couinaud et Redor.

Thoracotomie droite par la 8e côte. Il existe une faible quantité de liquide d'odeur aigrelette dans la plèvre. L'abord du médiastin est rendu très malaisé par l'existence d'une symphyse pleurale étendue ancienne. Le lobe inférieur refoulé en avant, le médiastin apparaît violacé, saillant; il existe une perforation pleurale un peu au-dessous du pédicule pulmonaire droit. La plèvre est incisée depuis la crosse de l'azygos jusqu'au diaphragme, ce qui permet d'évacuer un épanchement médiastinal assez important dans lequel se trouvent de nombreuses particules alimentaires parmi lesquelles on reconnaît un noyau de cerise. L'ingestion de diodone a donné aux tissus une coloration grisâtre. L'œsophage est reconnu avec quelques difficultés, et l'on descend une sonde par voie buccale. La déchirure, qui siège sur le bord droit est très longue, 10 cm., partant du niveau de la veine pulmonaire inférieure, jusqu'au diaphragme. Suture en deux plans à points séparés. Saupoudrage d'antibiotique Le médiastin est laissé ouvert dans la plèvre; fermeture du thorax. Drainage irréversible de la plèvre. Durée de l'intervention 2 h. L'état général s'est rapidement amélioré dès le débridement du médiastin et la levée de la compression.

Malgré les soins les plus attentifs, ce malade devait mourir le 7 Mars, 4 jours après l'intervention, de phénomènes respiratoires. Le syndrome infectieux entre sans doute pour une certaine part dans cet exitus : la température ne s'est jamais abaissée au-dessous de 38°2, mais le rôle nous en a semblé secondaire (leucocytose 15 700 dont PN = 71 p. 100); l'appareil cardio-vasculaire chez cet homme encore jeune n'a manifesté de souffrance que lors des dernières heures après une anoxie de 3 jours (TA 15-9 le 2e jour, 18-10 le 3e jour, 18'5-8 le 4e). Les fonctions rénales ont semblé satisfaisantes : diurèse toujours de 500 cm³, une élévation de l'urée sanguine à 1,89 g doit être mise sur le compte d'une rétention masquée avec mictions par regorgement, que nous avons méconnue un certain temps. Les constantes biologiques sont restées dans des limites normales.

Seulement le dernier jour on nota un abaissement de la réserve alcaline à 44 vol.

Par contre, toutes les difficultés vinrent de l'appareil pulmonaire. Il fallut avoir recours plusieurs fois à l'aspiration bronchique; dès le 2e jour apparurent des opacités radiologiques bilatérales; à gauche (côté opposé à la thoracotomie) il s'agissait d'un épanchement réactionnel, deux ponctions ramenèrent chacune 200 cm³ de liquide hématique. A droite les ponctions restèrent blanches, nous avions cru à un épanchement cloisonné et à l'inefficacité partielle du drainage aspiratif, qui cependant fournissait 4 à 500 cm³ de liquide par jour. Malgré tous les efforts, la dyspnée, la cyanose augmentèrent, on crut même à la possibilité d'une collection médiastinale. Finalement le malade succomba à l'asphyxie le 7 Mars dans la soirée.

Le lendemain, l'autopsie fut faite. Il n'existait aucun épanchement ni pleural ni médiastinal, preuve de l'efficacité du type de drainage adopté. Le médiastin était le siège d'une infiltration hématique diffuse, et l'on retrouva encore quelques débris alimentaires. La trachée et les bronches étaient encombrées de matériel muco-purulent fluide. Les 2 lobes pulmonaires inférieurs présentaient un infarcissement total. La suture œsophagienne avait parfaitement tenu. Il existait au niveau de la commissure antérieure de la fente glottique un petit polype, le larynx était congestif. Ce malade ne présentait aucune autre lésion œsophagienne, ni hernie diaphragmatique, ni ulcère gastro-duodénal, le pancréas était normal. Différents prélèvements furent effectués pour examen histologique (osœphage, larynx, foie, reins, glandes, endocrines). Signalons encore l'intégrité de l'encéphale.

Traitement.

La suture primitive de l'œsophage, pratiquée d'urgence, est le seul traitement logique. Sa nécessité et son efficience ne tiennent qu'en partie à la réparation de la rupture. Le débridement et la détersion du médiastin, l'évacuation pleurale, pratiqués en même temps, ne sont pas moins indispensables. Ce sont eux qui dans l'immédiat sauvent la vie du malade. La plupart des observations mettent l'accent sur la rapide amélioration de l'état général et le relèvement de la tension artérielle qui succèdent à l'ouverture du médiastin. L'observation de Foggitt montre à l'évidence que la suture de l'œsophage n'est pas tout le traitement : par voie abdominale la mobilisation et l'abaissement de l'œsophage permirent sa réparation correcte à laquelle on associa un drainage aveugle du médiastin antérieur; l'opéré mourut après deux jours d'aggravation progressive de la dyspnée et de la cyanose, et l'autopsie montra le médiastin encombré de débris nécrotiques. Par ailleurs l'évacuation large et précoce du contenu médiastinal et pleural met au mieux le malade à l'abri des complications septiques qui le menaceront s'il a résisté aux perturbations circulatoires et respiratoires dues à l'encombrement médiastinal et pleural.

La voie d'abord qui permet ce traitement est la *thoracotomie*, passant par la 7e ou 8e côte puisque la lésion est toujours basse. Du fait de ce niveau Desjardins avait évoqué la possibilité d'employer la voie thoraco-abdominale postérieure extra-séreuse de Grégoire et Braine. Mais de réalisation plus longue que la thoracotomie elle ne permettrait peut-être pas un débridement suffisant du médiastin et négligerait en tout cas l'épanchement pleural. *Le côté* de la thoracotomie devra par contre être discuté pour chaque cas. La plupart ont utilisé la voie gauche; de fait la rupture siège le plus souvent de ce côté. Mais Soupault et Couinaud ont tiré grand bénéfice de la voie droite dictée par le siège d'un discret épanchement, car la longue déchirure du bord droit aurait été d'abord et de réparation difficile par voie gauche. C'est le siège de l'épanchement pleural qui pourra par conséquent indiquer le côté de l'ouverture thoracique. Unilatéral il donne la plus claire

indication. S'il est bilatéral on passera du côté de l'épanchement hydro-aérique; sinon, du côté du plus abondant; ou à défaut, du côté du premier apparu. S'il est impossible de préciser ces inégalités, ou s'il n'existe aucun épanchement, l'argument de fréquence est pour le côté gauche d'autant que celui-ci permettra sinon facilement l'abord d'une déchirure droite, du moins celui d'une lésion antérieure ou postérieure. D'un autre point de vue, l'abord gauche a l'avantage de permettre l'accès complémentaire de l'abdomen par phrénotomie, si on jugeait nécessaire de rechercher, pour y pallier, une sténose gastrique.

Le thorax ouvert, il faut très rapidement débarrasser la cavité pleurale du liquide, du sang, des débris alimentaires qu'elle peut contenir, libérer et récliner en avant le poumon (ce qu'une symphyse peut rendre malaisé comme dans l'observation II) de façon à *débrider au plus tôt le médiastin.* Il apparaît tendu, violacé, laissant parfois échapper air et liquide par une perforation pleurale. Mais celle-ci ne siège habituellement pas en regard de la rupture œsophagienne. Il faut ouvrir largement la plèvre médiastine depuis le niveau du pédicule pulmonaire jusqu'au diaphragme. Air et liquide fusent parfois sous pression. Après évacuation des débris alimentaires et nécrotiques, l'œsophage peut être difficile à repérer au sein du tissu médiastinal ecchymotique, brunâtre, partiellement digéré; on peut s'aider de la descente d'une sonde œsophagienne. La dissection nécessaire à cette recherche et à l'exposition suffisante de la zone déchirée doit éviter d'ouvrir la plèvre opposée si elle est intacte. Il est parfois nécessaire de libérer l'œsophage de l'hiatus diaphragmatique pour dégager suffisamment le pôle inférieur de la rupture.

La levée de l'obstacle à la circulation de retour qu'obtient le débridement médiastinal amorce le déchocage et permet de le poursuivre dès lors par la perfusion. Aussi peut-on à ce moment se garder d'une hâte excessive et consacrer le temps nécessaire à une soigneuse *suture œsophagienne,* en deux plans à points séparés. L'impossibilité de suturer du fait de l'altération de la paroi œsophagienne est une éventualité que nous n'avons pas trouvée signalée. Sans doute devrait-on dans ce cas s'en remettre à l'aspiration œsophago-gastrique et à la succion pleuro-médiastinale pour assurer la cicatrisation secondaire; elles seront de toute façon mises en œuvre après suture.

Le drainage pleural aspiratif doit être employé systématiquement. Il a suffi le plus souvent à entretenir l'assèchement non seulement de la plèvre mais du médiastin dont le revêtement pleural aura été laissé largement ouvert. On pourrait craindre que le retour du poumon à la paroi, à quoi vise également l'aspiration pleurale, n'exclue le médiastin et ne gêne son drainage. La plupart des observations montrent que cette crainte est rarement justifiée; l'autopsie du malade de l'observation II trouva le médiastin parfaitement asséché. De plus, en visant la perfection par l'association d'un drainage médiastinal direct, on ferait courir le risque d'ulcération de l'aorte ou de vaisseaux du pédicule pulmonaire au contact du drain.

Une *aspiration par sonde œsophagienne* sera entretenue quelques jours pour tâcher de maintenir au sec la zone suturée. Celle-ci est surtout menacée par un nouveau reflux gastrique. La sonde maintenue au-dessus de la suture ne l'étanchera pas facilement et du moins ne le préviendra pas. L'aspiration gastrique est donc préférable mais nécessite entre la sonde et la suture un contact dont l'innocuité est discutable. En tout cas il nous paraît

important de tâcher pendant l'intervention d'aspirer le contenu gastrique par la brèche œsophagienne avant de fermer celle-ci. Nous reviendrons sur l'intérêt d'une gastrostomie ou d'une jéjunostomie.

L'*anesthésie* nécessaire à une telle intervention doit être administrée en circuit fermé avec intubation, et plus précicément soumise aux servitudes de la chirurgie thoracique; celles-ci pèsent également sur la *réanimation.*

La *préparation opératoire* doit être courte puisque le déchocage réclame comme premier temps la libération médiastinale. C'est seulement après celle-ci qu'on pourra commencer les perfusions liquidiennes qui doivent être proscrites avant l'intervention. Il faut également rejeter l'usage de la morphine, dépresseur respiratoire, et lui préférer novocaïne et phénergan. Si un déchocage pré-opératoire est nécessaire il repose essentiellement sur l'inhalation d'oxygène et la décompression pleurale par ponction. L'évacuation devra d'ailleurs être lente pour écarter le risque de flottement médiastinal et d'œdème pulmonaire. Il est difficile d'affirmer le bénéfice qu'on tirerait d'une ponction médiastinale pourtant logique, car personne ne semble avoir eu recours à ce geste.

Les *soins post-opératoires* sont dominés par la surveillance de la fonction respiratoire. Il faut sans relâche s'assurer du fonctionnement correct de l'aspiration pleurale; dépister l'apparition de cloisonnements, celle d'un épanchement contro-latéral fréquent. Malgré l'infiltration anesthésique des espaces intercostaux, l'amplitude respiratoire reste diminuée les premiers jours, plus encore si une cœliotomie exploratrice a été d'abord pratiquée. La broncho-aspiration peut être nécessaire pour pallier l'encombrement bronchique. Malgré tous ces soins d'ordre *mécanique* des infarcissements pulmonaires peuvent survenir. L'indispensable oxygénothérapie, si trop abondante, est capable de déprimer la respiration et de favoriser engorgement bronchique et atélectasie.

La crainte d'accidents de surcharge circulatoire et d'œdème pulmonaire doit faire réduire au strict nécessaire les perfusions veineuses administrées très lentement. En basant, comme chez tout opéré, sur l'aspect clinique et les mesures biologiques la quantité et la qualité des liquides, on se méfiera particulièrement du sang et des solutions chlorurées.

L'usage des antibiotiques sera systématique, et prolongé car une déhiscence de la suture œsophagienne peut au bout de quelques jours renouveler l'ensemencement pleural.

Le drainage sans suture est un traitement palliatif parfois employé. Il permit à Graham d'obtenir en 1944 les deux premières guérisons.

L'observation de Gardner est le seul exemple de médiastinotomie postérieure pour drainage simultané et distinct du médiastin et de la plèvre avec méchage au contact de l'œsophage.

Dans tous les autres cas c'est à une *pleurotomie* à minima ou avec étroite résection costale qu'on se fia pour le drainage pleuromédiastinal; l'aspiration œsophagienne y étant le plus souvent associée. Seul Lynch assura grâce à une résection costale large l'effondrement du médiastin. Le drainage indirect du médiastin non débridé constitue précisément le gros défaut de la méthode. Il laisse courir le risque immédiat de compression et secondaire de médiastinite.

Si le malade survit aux premiers jours, une fistule œsophagienne se

déclare presque toujours, qui se fermera lentement ou plus rarement nécessitera une suture secondaire. Il est également fréquent d'être obligé de parfaire et d'élargir le drainage du fait d'empyème ou d'abcès médiastinal cloisonnés. La guérison n'est donc obtenue que lentement et au prix de multiples incidents.

Tableau I. — relevé de 17 malades traités par suture primitive de l'œsophage.

AUTEURS	SEXE et âge	HORAIRE de l'intervention	TYPE DU DRAINAGE Jéjunostomie ou autre association	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
Collis (1944)	H. 41	9e h.	Drainage pleural.	Choc ?	Mort 21e h.
Foggitt (1946)	F. 55	12e h.	Suture par *voie abdominale* après abaissement. Drainage médiastinal antérieur.	Blocage médiastinal.	Mort 2e j.
Barrett (1947)	F. 46	10e h.	Drainage pleural.	Fistule œsophago pleurale 8e j. Abcès médiastinal drainé par costotransversectomie. Abcès pulmonaire droit.	Guérison 11e semaine
Kinsella (1948) (obs. 5)	H. 67	8 h. 30	Drainage pleural.	Embolie pulmonaire mortelle 8e j.	Mort 8e j.
Cliffton (1949)	H. 35	5 h. 30	Drainage pleural.	Épanchement pleural droit	Guérison 10e j.
Lynch (1949) (obs. 2)	H. 65	30e h. 10e j.	Drainage pleural. Jéjunostomie.	Fistule œsophagienne temporaire.	Guérison 6 semaines
(obs. 3)	H. 62	12e h.	Drainage pleural.		Guérison 14 j.
Scholefield (1949)	F. 63	20e h.	Drainage pleural.	Épanchement pleural Fistule œsophago pleurale de 8 semaines.	Guérison 8e semaine

AUTEURS	SEXE et âge	HORAIRE des interventions	TYPE DU DRAINAGE Jéjunostomie ou autre association	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
Boyd (1951)	H. 57	12e h.	Drainage pleural. Gastro-entérostomie + Dragstedt pour stérose ulcéreuse du pylore.	Thrombose artère cérébrale moyenne au 9e j.	Guérison 7e semaine
Samson (1951) (obs. 1)	H. 55	13e h.	Drainage pleural.		Guérison 15e j.
(obs. 2)	H. 45	8e h.	Drainage pleural.		Guérison 13e j.
Slesser (1951) (obs. 1)	H. 50	9e h.	Drainage pleural.	Empyème. Fistule œsophago pleurale.	Guérison
(obs. 2)	H. 50	6e h.	Drainage pleural. Jéjunostomie 12e j.	Lâchage de suture 4e j. Suture itérative 12e j. Nouveau lâchage. Drainage pleural-jéjunostomie.	Mort 24e j.
Carter (1951) (obs. 1)	H. 55	12e h.	Drainage pleural.	Empyème 10e j.	Guérison 30e j.
(obs. 2)	F. 66	20e j.	Drainage pleural.	Abcès peri-œsophagien 31e j.	Guérison 51e j.
Soupault et Couinaud 1952 (obs. 2)	H. 49	17e h.	Drainage pleural.	Complication pleuro-pulmonaire.	Mort 4e j.
Bugden 1952	F. 57	6e h.	Drainage pleural.		Guérison 14e j.

RÉSULTATS. — Sur 53 observations analysées ici 27 seulement comportent un traitement : 17 sutures primitives et 10 drainages palliatifs.

Sur les 17 sutures la guérison fut obtenue 12 fois dont 8 au prix de compli-

cations A part 1 cas de thrombose cérébrale, les accidents fréquents furent la déhiscence œsophagienne et la pleurésie (qui étaient seules en cause l'une dans 1 cas, l'autre dans 2, et s'associaient dans 2 autres cas); chez un malade survinrent à la fois fistule, abcès médiastinal et abcès pulmonaire. Des 5 morts 1 seule, tardive, fut liée au lâchage de suture; les 4 autres furent précoces et dues : au choc, au blocage médiastinal, à l'encombrement pulmonaire, à l'embolie pulmonaire.

Sur les 10 drainages palliatifs, 6 obtinrent la guérison, toujours au prix d'une complication. La fistule œsophagienne n'a manqué que dans un cas grevé d'ailleurs de pleurésie. Par contre elle ne fut en rien responsable des 4 morts. La plus tardive survint le 12e jour du fait d'une médiastinite; les 3 autres, précoces, du 1er au 3e jour, furent causées par le blocage pleural et médiastinal.

Tableau II. — relevé de 10 malades non traités par suture primitive de l'œsophage

AUTEURS	SEXE et âge	HORAIRE des interventions	TYPE DE L'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
Barrett 1949	H. 40	3e j. 6e j.	Ponction pleurale. Drainage pleural.	Pleurésie Atélectasie droite.	Mort 3e j.
Cleland 1946 (rapport) par Barrett)	H. 60	quelques heures	Drainage pleural.	Épanchement pleural bilatéral. Blocage médiastinal.	Mort 24e h.
Frink 1947	H. 42	5e j.	Drainage à plèvre fermée. Sonde gastrique.	Fistule œsophagienne tarie en 1 mois. Empyème guéri en 2 mois.	Guérison sans séquelles en 3 mois
Kinsella 1948 (obs. 3)	H. 70	24e j.	Drain à plèvre fermée.	Pleurésie bilatérale. Médiastinite.	Mort 3e j.
(obs. 4)	H. 74	17e j.	Drain à plèvre fermée.	Médiastinite.	Mort 12e j.
Moore et Murphy 1948	H. 33	14e j. 21e j.	Ponction de plèvre. Drainage pleural et aspiration gastrique. Jéjunostomie. Suture directe œsophage.	Fistule œsophagienne.	Guérison

AUTEURS	SEXE et âge	HORAIRE de l'intervention	TYPE DE L'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
Gardner 1949	H. 30	quelques heures	Médiastinotomie Obturation brèche œsophagienne par mèche. Drain médiastinal. Drain pleural.	Fistule œsophagopleurale tarie 18e j.	Guérison en 26 j.
Lynch 1949	H. 45	60e h.	Drainage pleural avec résection costale évacuation abcès médiastinal. Fermeture directe de la fistule à la 2e tentative. Fermeture de la jéjunostomie 1 mn. 30 s. après.	Fistule œsophago-pleurale.	Guérison.
Priviteri 1951	H. 55	quelques heures 36e h.	Coeliotomie blanche. Drainage pleural. Jéjunostomie.	Fistule abdominale d'origine œsophagienne.	Guérison
Kraeft 1952	H. 55	11e h. 7e j.	Drainage pleural fermé. Sonde gastrique. Drainage large. Jéjunostomie.	Hydropneumothorax.	Guérison

Indications. — Elles nous paraissent dominées par quelques notions tirées de l'analyse des résultats indiqués ci-dessus.

La fistule œsophagienne quasi constante après drainage palliatif n'est pas exceptionnelle après suture. Mais elle est rarement cause de mort si l'on sait assurer l'assèchement continu œsophago-gastrique et pleuro-médiastinal ainsi qu'une alimentation parentérale suffisante.

De même les accidents septiques, qui compliquent souvent le traitement palliatif et parfois la suture primitive, sont habituellement curables par les antibiotiques et le drainage; la médiastinite est plus grave que la pleurésie.

Ce sont les perturbations respiratoires et circulatoires précoces liées à l'épanchement médiastinal et pleural qui causent la mort dans la plupart des cas. Contre celles-ci seul l'abord direct et précoce du médiastin est efficace. Les succès du traitement palliatif ne doivent pas illusionner; ils sont obtenus sur une catégorie spéciale de malades, ceux qui résistent au choc immédiat et ne sont traités que secondairement.

Ainsi en cas de diagnostic précoce d'une forme aiguë typique la suture

primitive de l'œsophage avec débridement médiastinal est le seul traitement proposable. Plus elle sera précoce et plus elle aura de chance d'obtenir une guérison sans complication; la précocité en effet, amoindrit à la fois le risque des complications respiratoires et du lâchage de suture. Dans un tel cas le drainage palliatif n'est qu'un pis aller. On pourrait faute de mieux le tenter si on était dépourvu des conditions de matériel et d'anesthésie nécessaires au traitement direct. On le tentera si le malade paraît hors d'état de supporter la thoracotomie ; dans ce cas si le drainage obtenait une amélioration rapide il ne faudrait pas hésiter à effectuer alors le traitement idéal.

La rupture évoluant de façon subaiguë et reconnue tardivement sous forme d'un épanchement pleural constitue la seule indication du traitement palliatif. A ce stade en effet l'abord direct de l'œsophage passerait par une cavité pleurale et médiastinale déjà infectée. En tout cas, il ne diminuerait pas les risques de complications septiques; et la suture œsophagienne aurait toute chance de ne pas tenir. En bref le drainage palliatif n'expose alors pas plus aux complications secondaires qu'une thoracotomie plus choquante et qui a perdu à ce stade sa supériorité essentielle, le danger de blocage médiastinal étant spontanément écarté.

La *jéjunostomie* a souvent dû être associée au traitement palliatif; une fistule œsophagienne oblige en effet à poursuivre très longtemps l'alimentation parentérale et la voie veineuse devient vite insuffisante ou impraticable. Pour ces mêmes raisons elle a parfois été mise en œuvre secondairement après suture primitive. Malgré les critiques qu'on peut lui faire elle est sûrement préférable à la gastrostomie illogique en cas de sténose pylorique associée, et exposant peut-être, même en l'absence de sténose, à un reflux œsophagien préjudiciable à la suture. D'autant que les conditions du traitement d'urgence ne laissent souvent pas la possibilité de dépister une lésion gastrique associée. Il y aurait pourtant intérêt à le faire; Boyd a pu dans le même temps que la suture œsophagienne opposer à une sténose ulcéreuse une gastro-entérostomie et une vagotomie.

Résumé.

2 observations nouvelles, et l'analyse de 51 observations accessibles parmi celles publiées depuis 1940, servent de base à une étude détaillée de la Rupture Spontanée de l'Œsophage.

On insiste en particulier sur les singularités du tableau clinique qui doit permettre un diagnostic précoce; sur la nécessité de celui-ci pour indiquer au plus tôt le traitement par suture primitive de l'œsophage et débridement médiastinal, seul capable d'empêcher la mort dans les plus fréquentes formes aiguës; sur les conditions qui président au succès de ce traitement.

Bibliographie.

Avant 1940.

Consulter l'article de Barrett (1946).

Depuis 1940 ont été consultés pour ce travail :

Desjardins. — *J. de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, **9**, 1940, 82-101.

Charbonnel et Darmaillacq. — *J. Méd. Bordeaux*, **117**, 1940, 212.

Mallam P. C. et Whitelocke H. A. — *Brit. J. Surg.*, **27**, 1940, 794.

Mallory T. B. — *New England J. Med.*, **222**, 1940, 230.
Weder A. — *Acta Otolaryng.*, **31**, 1943, 426.
Collis J. L., Humphreys, O. R. et Bond, W. H. — *Lancet* **2**, 1944, 179.
Rankin. — *Ame. J. Surg.*, **67**, 1945, 134.
Foggitt, K. D. — *Brit. J. Surg.*, **40**, 1946, 133-134.
Hertzog et Leighton. — *Minnesota M.*, **29**, 1946, 442.
Eliason, E. L. et Welty, R. F. — *Surg. Gyn. Obst.*, **83**, 1946, 234-238.
Barret, N. R. — *Thorax*, **1**, 1946, 48-70
Barret, N. R. — *Brit. J. Surg.*, **35**, 1947, 216-218.
Culver, G. J. et. Clark, S. B. — *Surge.* **22**, 1947, 458.
Frink, N. W.— *J. Thor. Surg.*, **16**, 1947, 291-297.
Higginson, J. F. et Clagett, O. T. — *J. Thor. Surg.*, **17**, 1948, 846-848.
Kinsella, T. J., Morse, R. W., et Hertzog, A. J. — *J. Thor. Surg.*, **17**, 1948, 613-631.
Moore, J. A. et Murphy, J. D. — *J. Thor. Surg.*, **17**, 1948, 632-638.
Gardner, M. C., — *Arch. Surg.*, **59**, 1949, 710-713.
Beal, J. N. — *Ann. Surg.*, **130**, 1949, 1066-1073.
Layne, J. A. et Hildebrand, E. — *Gastroenterol*, **13**, 1949, 170-174.
Lynch, J. P. — *New Engl. J. M.*, **241**, 1949, 395-400.
Scholefield. — *Brit. Med. J.* **1**, 1949, 348-350.
Thomson, J. D. — *Glasgow M. J.*, **31**, 1950, 151-157.
Boyd, D. R. — *Gastroenterol*, **17**, 1951, 103-106.
Samson, P. C. — *Surg. Gyn. Obst.*, **93**, 1951, 221-229.
Dunavant et Skinner, E. F. — *Surgery*, **29**, 1951, 527.
Slesser, B. V. — *Thorax*, **6**, 1951, 389.
Carter, J. P., Alrich, E. M. — *Surgery*, **30**, 1951, 500-505.
Priviteri, C. A. et Gay, B. B. — *Radiology*, **57**, 1951, 48-57.
Strong, G. F., Wilson, R. et Taylor, H. E. — *Can. M. Ass. J.*, **65**, 1951. 455-462.
Kraeft, M. H. et Hughes, F. A. — *Surgery*, **31**, 1952, 291-296.
Bugden, W. F. — *Am. J. Surg.*, **83**, 1952, 225-227.

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

H. Laborit, C. Jaulmes et **A. Bénitte. — Quelques aspects expérimentaux de l'hibernation artificielle** (*Anesthésie et analgésie*, **9**, 4, Juin 1952, p. 232-239).

L'interprétation des faits qui se révèlent à propos de l'hibernation est une histoire attachante dont ces ardents chercheurs nous apportent tous les jours de nouveaux chapitres. Ils distinguent aujourd'hui 2 facteurs essentiels : le facteur neuro-végétatif et le facteur hypothermie. L'association de la stabilisation neuro-végétative par agents pharmacodynamiques permet et accentue les effets de l'hypothermie.

La prévention du choc, chez le chien, peut être étudiée du point de vue du temps de survie, de la quantité maxima de sang épanché, du maintien du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, du débit respiratoire, de la consommation d'oxygène, de la différence artério-veineuse de la teneur en oxygène. Toutes les réponses sont favorables à la lutte contre l'anoxie tissulaire, dont les manifestations produisent ce que les cliniciens appellent le choc. Les réactions vaso-motrices nocives sont interdites par les stabilisateurs du type 4560 RP, et la restriction métabolique, l'économie d'oxygène au niveau des tissus, est assurée par l'hypothermie.

La durée de survie des chiens paraît en relation directe avec la réduction de la *consommation* d'oxygène.

Les conclusions utilisables en clinique sont nombreuses : pour que la réfrigération puisse agir, il faut bloquer la thermo-régulation (empêcher le frisson, etc.). Ce but peut être atteint par les barbituriques ou par les ganglioplégiques : l'adrénaline, nocive parce qu'elle augmente les combustions tissulaires donc la demande en oxygène, est sécrétée en faible quantité, comme pendant toute anesthésie vraie ; l'épuisement des parenchymes indispensables (hypophyse, corticale de la surrénale) est évité ou retardé, etc.

Dans le choc déclaré, lorsqu'à la fois le débit cardiaque, la résistance vasculaire périphérique et la masse sanguine sont diminués, il faut commencer par la réfrigération et poursuivre par l'injection prudente de 4560 RP. *C'est une erreur grave, et reconnue, que de réchauffer activement un vrai choqué.*

L'injection brutale de ganglioplégiques risque de provoquer un collapsus grave, mais faite avec prudence elle agit comme si le calibre des vaisseaux revenait à une position intermédiaire différente de la vaso-constriction du choc au début et de la vaso-dilatation de la décompensation circulatoire terminale.

Si le désamorçage cardiaque a été évité, on verra le pouls capillaire et la coloration du lit unguéal revenir à la normale.

L'expérimentation vient éclairer et confirmer les notions cliniques péniblement acquises au cours des 20 ou 30 dernières années, qui tendent à renverser bon nombre de traitements routiniers mais illogiques.

J. Valletta.

Raymond M. Curtis, John H. Brewer et **Ira W. Rose Jr** (Baltimore). — **Nouvelle technique de traitement local des brûlures** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 8, 20 Oct. 1951, p. 741-743, avec 6 fig.).

Il s'agit encore d'un traitement dérivé de la méthode générale du tannage, mais la substance employée est ici un gel de caséine partiellement hydrolysé. Le pansement est réalisé au moyen de gaze imprégnée d'acétate de zinc.

Ces substances permettraient une mise en état rapide du lit de la zone de brûlure et le recours rapide aux greffes de recouvrement.

MARCEL ROUX.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Z. B. Friedenberg et **G. French** (Philadelphie). — **Les effets de la pression sur les fragments dans la consolidation des fractures** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 6, Juin 1952, p. 743-748, avec 8 fig.).

C'est dans le but de préciser la pression optima qu'il faut exercer sur les fragments d'une fracture pour que le cal se forme dans les meilleures conditions que ces expériences ont été réalisées sur 27 chiens.

Le cubitus est fracturé transversalement à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen, puis son tiers inférieur est réséqué ainsi que la membrane inter-osseuse. Une longue tige filetée introduite par l'olécrâne maintient les fragments. A son extrémité inférieure est placé un ressort qui exerce une pression sur le fragment inférieur de la fracture et qui est commandé par un boulon situé au-dessus de l'olécrâne et dont chaque tour correspond à une force mesurée à 3 kg (fig. 1).

Les animaux ont été sacrifiés après des délais de 4 à 5 semaines.

La pression de 6 à 9 kg est celle qui a donné la consolidation la plus rapide. Celle

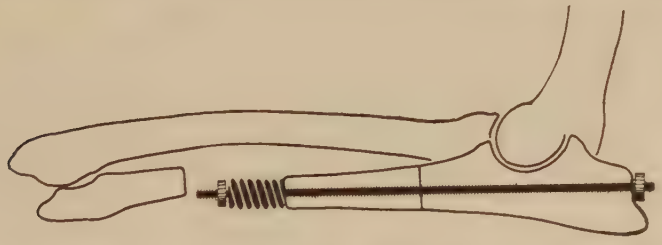


Fig. 1. — Une tige filetée traverse la fracture réalisée à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du cubitus. Un ressort est fixé à son extrémité inférieure à la place d'un fragment osseux réséqué. Il est tendu par le boulon supérieur et exerce ainsi, de bas en haut, une pression plus ou moins forte sur le fragment inférieur de la fracture (FRIEDENBERG et FRENCH).

de 15 kg ou plus a déterminé une nécrose de la corticale et une pseudarthrose. Celle inférieure à 6 kg a provoqué un cal fibreux sans solidité.

Les effets mécaniques au niveau d'une fracture sont donc très importants pour stimuler l'ostéogénèse et favoriser l'union des fragments.

Il est probable que la pression exercée par le tonus musculaire est insuffisante et qu'il y a toujours intérêt à pratiquer une bonne impaction de la fracture.

ANDRÉ SICARD.

E. J. Moeys. — **A propos de 541 cas d'enclouage centro-médullaire par le clou de Küntscher** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, n° 1, 1952, p. 1-38, avec 38 fig.).

Chaud plaidoyer en faveur de l'enclouage centro-médullaire des fractures diaphysaires des os longs. L'auteur s'appuyant sur son énorme expérience de 541 cas insiste

sur le fait que les échecs observés ont presque toujours été provoqués par des imperfections techniques. Il voit dans la méthode l'énorme avantage d'assurer une fixation stable et parfaite de la réduction permettant une mobilisation plus précoce, et assurant un rétablissement fonctionnel bien meilleur qu'avec la plupart des autres procédés thérapeutiques. Toutes les fractures diaphysaires transversales des os longs constituent une indication indiscutable pour lui, l'expérience du chirurgien permettant d'élargir encore les indications. En ce qui concerne la technique d'introduction du clou, Moeys donne la préférence à la méthode ouverte avec abord du foyer de fracture, en raison des facilités accrues et d'une plus grande sécurité.

Il est nécessaire de posséder un jeu très complet de clous de manière à adapter le matériel adéquat à chaque cas particulier. Enfin, une grande expérience dans un centre bien outillé est nécessaire pour obtenir de la méthode d'excellents résultats.

A. Germain.

Fritz Schajowicz et **Silvano Mondolfo** (Buenos-Aires). — **Tumeurs à cellules géantes des os** (*Revista de Ortopedia y Traumatologia*, t. **21**, n° 81, Juil. 1951, p. 3-34, avec 41 fig., bibl.).

Le cadre nosologique exact des tumeurs à cellules géantes des os n'est pas encore rigoureusement défini. De l'avis des auteurs, certaines variétés, comprises souvent dans ce cadre, doivent en être distraites. La variété chondromateuse est en réalité un chondroblastome épiphysaire; la variété xanthomateuse, un granulome éosinophylique; la variété fibreuse, une ostéite fibreuse localisée; la variété sous-périostée, un hématome traumatique en voie de résorption. Si bien que sur 79 observations, le terme de tumeur à cellules géantes véritable n'est appliqué qu'à 57 cas.

L'histogénèse de ces tumeurs reste encore assez obscure. Par culture de tissus, les auteurs ont pu montrer que la cellule géante dérive de la cellule mononucléée (réticulo-histiocyte) par division amitotique du noyau, sans division protoplasmique, et non par agglomération de plusieurs cellules mononuclées. Ils admettent la nature tumorale du processus, plutôt que son origine inflammatoire.

Du point de vue strictement histologique, tous les intermédiaires existent entre les aspects certainement bénins et la malignité typique, sans qu'il y ait concordance absolue avec l'allure clinique et radiologique. Ils proposent donc de distinguer des formes bénignes, agressives et malignes, pour marquer des potentiels évolutifs différents d'une même affection. La malignité reste à caractère purement local, et aucune métastase, identique histologiquement à la tumeur primitive, ne fut découverte. Par contre la possibilité de transformation sarcomateuse ne fait aucun doute pour les auteurs, qui en apportent 4 exemples, avec contrôle histologique avant et après la dégénérescence. Ces 4 cas avaient été soumis à la radiothérapie, dont le rôle nocif, à forte dose, paraît donc indéniable.

Les seules thérapeutiques qui assurèrent la guérison dans tous les cas furent l'amputation (4 cas) et la résection osseuse (10 cas). Les curetages osseux n'obtinrent que 7 guérisons contre 5 récidives. La radiothérapie, seule (9 cas), ou associée au traitement chirurgical (7 cas) fut suivie d'un pourcentage encore plus élevé de récidives. Si l'on y ajoute les dégénérescences sarcomateuses dont elle est responsable, son procès ne semble plus à faire.

La conduite thérapeutique préconisée par les auteurs est donc la suivante :

1° Résection complète dans tous les cas où elle n'entraîne pas de perte fonctionnelle (extrémité inférieure du cubitus, supérieure du péroné, côtes, rotule, etc.).

2° Curetage — greffe d'os spongieux, lorsqu'une lésion petite et débutante siège en un point où la résection entraverait la fonction.

3° Résection complète dans les cas avancés (tumeurs volumineuses, rupture de la corticale), même si l'opération implique un sacrifice fonctionnel. Celui-ci est corrigé par greffe, arthrodèse, ou plastie osseuse.

4° Résection complète sur les récidives après curetage, ou les poussées évolutives après radiothérapie.

5° Amputation lorsque la résection entraînerait de toutes façons la perte fonctionnelle du membre.

6° Amputation en cas de transformation sarcomateuse (et non pour les tumeurs à cellules géantes primitivement malignes, qui guérissent aussi bien par résection).

7° La radiothérapie est réservée aux cas inaccessibles à la chirurgie.

G. Edelmann.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

Martorell. — **Accidentes vasculares de los Miembros** (Un vol., 504 p., Salvat édit., Barcelone, 1952).

Ce livre qui en est à sa troisième édition a un intérêt particulier pour tous ceux qui s'occupent de chirurgie vasculaire : il est enrichi de nombreuses (175) observations personnelles et d'une abondante illustration originale : 234 figures appartenant à l'Auteur.

Il comporte l'étude des maladies artérielles, veineuses et lymphatiques, surtout sous l'angle de la physiopathologie et de la thérapeutique. Certains chapitres sont neufs et figurent pour la première fois, à ma connaissance, dans pareil traité. Ainsi quelques pages sur l'artériospasme thrombophlébitique, sur l'artériospasme tronculaire par embolie collatérale, l'artériospasme par microembolie, l'artériospasme ergotinique. La constatation est intéressante quand on songe que quelques auteurs refusent encore au spasme artériel non pas seulement un rôle effectif mais encore l'existence. Je note un chapitre sur les syndromes hyperémiques qui correspondent à ce que j'ai appelé les algies diffusantes post-traumatiques. Dans la pathologie veineuse, je relève la description isolée de la thrombose de la veine cave inférieure et celle de la supérieure, des accidents veineux des cardiopathies décompensées et des troubles dus à la polyglobulie.

Ouvrage neuf et plein d'intérêt.

René Leriche.

William S. McCune, J. Richard Thistlethwaite, John M. Keshishian et **Brian Blades** (Washington). — **La nutrition des greffes vasculaires. Étude sur leur vascularisation** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 3, Mars 1952, p. 311-316, avec 4 fig.).

L'étude a été faite sur des fragments d'aorte de 15 à 22 cm de long prélevés sur le chien et conservés dans une solution de Tyrode pendant 2 à 8 jours à une température de 0 à + 4°. Ils furent greffés par anastomose termino-terminale entre l'aorte abdominale et l'aorte thoracique de chiens qui furent sacrifiés après un délai variant de 1 semaine à 6 mois.

Quelques-unes de ces greffes furent entourées de cellophane avant leur implantation, dans le but de supprimer toute circulation externe. Elles furent examinées après 1 à 4 semaines.

La vascularisation de ces homogreffes fut étudiée au moyen d'injections d'encre de Chine.

Pratiquement, la circulation se fait surtout par la paroi externe de la greffe et un peu par ses extrémités au niveau des anastomoses. Aucun vaisseau provenant de l'intérieur ne pénètre la greffe. Néanmoins la couche interne des greffes entourées de cellophane conserve un aspect histologique plus normal que la couche moyenne et l'adventice. Ce qui indique probablement que sa nutrition se fait alors à travers l'endothélium pour suppléer l'insuffisance de vascularisation des couches externes.

Ces expériences tendent ainsi à démontrer l'importance de conserver au niveau des greffes le plus de tissu périphérique possible.

André Sicard.

Robert C. Bassett, (Ann Arbor) et **H. Harvey Gass** (Detroit). — **Ligature de la carotide interne pour anévrysme de l'hexagone de Willis** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 9, 27 Oct. 1951, p. 842-846, avec 2 tabl.).

La carotide primitive fut liée au cou 17 fois pour des anévrysmes sacciformes de la région de l'hexagone de Willis et 5 autres fois pour un anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. Ce traitement fut suivi d'une amélioration franche dans l'état du malade dans la plupart des cas.

La ligature de la carotide fut toujours bien tolérée sauf dans un cas où le patient mourut dans le coma survenu au cours même de la ligature. Il fut observé 7 cas de paralysie transitoire à type d'hémiparésie accompagnée 2 fois d'aphasie. Ces phénomènes disparurent entre 1 et 10 jours.

Il n'est pas indiqué de suites lointaines.

MARCEL ROUX.

Mark H. Williams (Binghamton). — **Anévrysme artério-veineux traumatique et septicémie à streptocoques** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **148**. n° 9, 1er Mars 1952, p. 726-728, avec 3 fig.).

La localisation du streptocoque au niveau d'un shunt artério-veineux et la guérison de la septicémie par une action chirurgicale sur la fistule est une notion classique depuis la connaissance des septicémies à streptocoques compliquant la persistance du canal artériel.

L'observation ici rapportée est probablement le 6e cas de guérison d'une septicémie à streptocoques obtenue après une intervention dirigée contre un anévrysme artério-veineux traumatique. Il s'agissait d'un homme porteur depuis 15 ans d'un anévrysme artério-veineux de la région sous-claviculaire gauche chez qui fut décelé un syndrome d'infection générale qui fut finalement reconnu être une septicémie à streptocoque hémolytique. Malgré un traitement intensif par la pénicilline, la maladie ne fut finalement jugulée qu'après cure de l'anévrysme par résection veineuse et oblitération de la lumière artérielle. La pénicilline et la streptomycine furent administrées encore pendant 2 semaines après l'opération. La guérison définitive fut obtenue.

MARCEL ROUX.

F. Bandini (Gênes). — **Décortication des bulbes carotidiens dans l'épilepsie essentielle** (*Minerva Chirurgica*, 7e an., n° 12, 30 Juin 1952, p. 449-452).

Exposé succinct des résultats obtenus dans 12 cas revus sur 32 opérés, après rappel historique et technique.

L'intervention doit être pratiquée des 2 côtés et comporter l'ablation de l'adventice sur le trépied carotidien, et l'ablation du glomus. Il vaut mieux opérer en premier, du côté correspondant au centre épileptogène si celui-ci a pu être localisé.

Les résultats sont : *amélioration nette dans 4 cas, et guérison clinique dans 2 cas sur 12.*

J. ASSALI.

John M. Hammer, H. Sidney Heersma, John R. MacGregor, Robert S. Dew, Eugène A. Osius et **Albert de Groat** (Kalamazoo, Michigan). — **Fistule artério-veineuse chirurgicale entre la carotide primitive et la veine jugulaire interne** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**. n° 3, Sept. 1951, p. 289-308, avec 14 fig.).

Cette opération a été réalisée chez 33 malades dans le but d'améliorer la circulation encéphalique chez des enfants présentant des accidents d'ordre obstétrical ou chez des adultes présentant des paralysies d'origine centrale du type hémiplégique.

L'opération a été pratiquée 22 fois chez l'adulte avec 40 p. 100 d'amélioration; 11 fois chez l'enfant avec 18 p. 100 d'amélioration. Il y eut 2 morts post-opératoires.

L'effet de ce shunt artério-veineux ne s'exercera pas s'il existe, comme il est fréquent, des dérivations artério-veineuses spontanées intra-crâniennes ce dont on devra s'assurer au préalable par le moyen de l'angiographie.

MARCEL ROUX.

M. Battezzati et **P. Durand** (Gênes). — **L'anastomose artificielle jugulo-carotidienne dans le traitement des paralysies cérébrales infantiles** (*Minerva Chirurgica*, 7e an., n° 11, 15 Juin 1952, p. 395-396).

Les auteurs ont traité 2 enfants, âgés respectivement de 5 ans et de 3 ans.

Observation I. — Enfant de 5 ans. Traumatisme obstétrical, retard intellectuel marqué, état spastique généralisé.

Fistule artério-veineuse à droite. La carotide est plus petite que normalement, et à parois épaissies. La jugulaire est, au contraire, énormément dilatée. On la coupe à la partie inférieure du cou et sous couvert de ligatures provisoires, on pratique une anastomose de 5 mm de longueur.

Lss résultats immédiats sont encourageants : l'enfant est plus calme, peut fixer son regard ; l'hypertonie musculaire a regressé.

4 mois plus tard, on note une dilatation massive de la jugulaire, une hyperémie de la papille, un diastasis marqué des sutures des os du crâne, aucun changement de l'état neuro-psychique.

Obs. II. — Le second malade, âgé de 3 ans semble dans un état moins grave. Il prononce quelques mots, reconnait ses parents, peut s'asseoir malgré un état spasmodique des membres inférieurs. On relève une hydrocéphalie ventriculaire sans hypertension.

Comme dans le cas précédent, la jugulaire est volumineuse, la carotide est normale. On réalise une fistule suivant la même technique que dans l'observation I,

Mais à la levée du lacs enserrant la jugulaire, l'enfant présente des troubles du rythme respiratoire, et une congestion intense de la tête. Mort dans la nuit, 10 h après l'intervention.

En conclusion de leurs tentatives, et des 125 cas de Mc Khann et des 29 cas de Kleyn, les auteurs pensent que cette intervention ne saurait être retenue. Les résultats favorables (diminution de l'hypertonie) sont discrets et temporaires. Les complications (hypertension crânienne, stase papillaire, exophtalmie, etc., sans oublier l'évolution d'un anévrysme artério-veineux) aggravent les conditions psychiques et motrices de tels malades.

J. Assali.

Reginald H. Smithwick (Boston). — **Influence de la splanchnicectomie thoraco-lombaire sur la mortalité par affection cardio-vasculaire hypertensive** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 17, 22 Déc. 1951, p. 1611-1615, avec 2 fig.).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier 892 malades atteints d'hypertension sérieuse qu'il classe en 4 groupes selon l'importance des lésions du fond de l'œil, des altérations cérébrales, cardiaques ou rénales.

Il pense que la splanchnicectomie améliore incontestablement l'état de ces malades et que les malades du groupe 2 et 3 sont ceux qui tirent le plus grand bénéfice de l'action chirurgicale.

S'il compare les chiffres de survie des malades opérés ou non, il constate que pour un total de 296 malades non opérés, 45 p. 100 sont morts au bout de 4 ans, 87 p. 100 en ce qui concerne les malades de la catégorie 4. Cette mortalité s'élève à 51 p. 100 pour la période qui s'étend de 4 à 10 ans. A l'opposé, pour les malades traités chirurgicalement selon la méthode de Smithwick soit 596, la mortalité tombe à 19 p. 100 au bout de 4 ans et à 30 p. 100 pour la période qui s'étend de 4 à 12 ans.

De nombreux diagrammes illustrent cet article et ceux que la question intéresse doivent s'y référer directement.

Marcel Roux.

R. Boulvin, M. Chevalier, P. Gallus et **M. Nagel.** — **Portographie par voie splénique transpariétale** (*Acta chirurgica Belgica*, t. **51**, n° 2, Fév. 1952, p. 192).

Par ponction transpariétale de la rate, la portographie montre l'intégrité du lit vasculaire porte : il s'agissait d'une malade de 43 ans, asthénique, avec des adénopathies généralisées, de l'œdème des membres inférieurs. La rate était grosse et contractile. Les frottis spléniques ne montraient pas de lésion typique de la maladie de Hodgkin, qu'avait prouvée une biopsie ganglionnaire. La portographie a indiqué le diagnostic de bloc intra-hépatique.

Sylvain Blondin.

André van Wien (Bruxelles). — **A propos de la portographie intra-splénique par voie transpariétale** (*Acta chirurgica Belgica*, t. **51**, n° 2, Fév. 1952, p. 197-198, avec 1 fig.).

L'injection dans la rate, à travers la paroi de 20 cm³ d'umbrodyl à 70 p. 100 semble, si on ne néglige pas les précautions exigées par Abeatici et Campi, présenter peu de dangers : l'ayant faite sur un cirrhotique, dans un état de coma terminal, qui succomba 3 jours plus tard, W. examina la rate : le trajet de l'aiguille est retrouvé, l'artère et la veine ne sont pas thrombosées, sur les coupes histologiques on trouve quelques zones hémorragiques. En somme, l'injection intra-splénique laisse des traces, mais limitées.

SYLVAIN BLONDIN.

A. de Scoville et **G. Leroux** (Liège). — **Réflexions sur la portographie par voie splénique transpariétale** (*Acta chirurgica Belgica*, t. **51**, n° 2, Fév. 1952, p. 193-196, avec 5 fig.).

De très beaux clichés d'injection du système porte furent obtenus chez une malade atteinte de cirrhose. Après évacuation de l'ascite, préparation par la morphine et la vitamine K, la rate est repérée. Sous anesthésie générale, avec une aiguille de 10 à 12 cm de long, plus grosse qu'une aiguille à ponction lombaire, 20 à 25 cm³ d'umbrodyl à 50 p. 100 sont injectés lentement. Une injection intra-veineuse de 1/2 mg d'adrénaline provoque une spléno-contraction. Cette exploration semble à S. et L. sans danger. Les clichés sont très démonstratifs.

SYLVAIN BLONDIN.

Arthur H. Blakemore (New-York). — **Anastomose porto-cave dans l'hypertension portale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 4, Avril 1952, p. 443-454, avec 3 fig.).

L'anastomose porto-cave protège contre le risque d'hémorragie foudroyante et, par son action sur les hémorragies et sur l'ascite, améliore la fonction hépatique et permet à la thérapeutique médicale d'agir plus efficacement.

160 cas montrent l'action indiscutable de l'opération sur les varices œsophagiennes. Contrôlées par œsophagoscopie, elles ont été trouvées diminuées ou disparues dans presque tous les cas où la pression portale avait été ramenée à moins de 300 mm. Par contre, elles ont été peu modifiées quand la pression était restée au-dessus de ce chiffre.

L'anastomose a été faite, suivant leurs dimensions, soit avec la veine splénique soit avec une collatérale antérieure du tronc porte. La communication a été réalisée, dans la plupart des cas, avec la veine cave inférieure ou la veine rénale gauche au moyen d'une greffe veineuse prélevée sur la fémorale. La perméabilité de l'anastomose a été meilleure avec les sutures qu'avec les tubes de vitallium. Avec la technique des sutures, il y eut 3 échecs sur 46 (6,5 p. 100) quand la veine porte fut utilisée et 6 sur 52 (11,5 p. 100) quand ce fut la veine splénique. Avec les tubes de vitallium, il y eut 5 échecs sur 7 (71 p. 100).

La mortalité opératoire dépend essentiellement de l'état du foie. Sur 43 malades présentant un blocage portal extra-hépatique avec foie normal, il y eut 3 morts (6,9 p. 100), tandis que, sur 117 cas avec cirrhose et ascite, la mortalité fut de 21,9 p. 100.

Les survies au delà de 7 ans ont été de 95 p. 100 dans les cas de blocage extra-hépatique et de 82 p. 100 dans les cas de blocage intra-hépatique.

ANDRÉ SICARD.

CRANE ET ENCÉPHALE

Fritz Cramer (New-York) et **Major Warren Kimsey.** — **Les hémangioblastomes cérébelleux** (*Archives of Neurogoly and Psychiatry*, vol. **67**, n° 2, Fév. 1952, p. 237-252).

De l'analyse de 53 cas observés en 20 ans, C. et K. étudient les rapports des kystes cérébelleux et des hémangioblastomes.

Les malades étaient âgés de 4 à 60 ans, l'âge moyen étant 31 ans. Il y eut environ la même proportion d'hommes et de femmes (23 hommes et 20 femmes).

La céphalée a été le premier symptôme dans 91,6 p. 100 des cas. Elle siégeait avec la même fréquence dans les régions sous-occipitale et temporo-frontale. Les symptômes d'hypertension intra-crânienne ont été constants, les signes de localisation cérébelleuse plus rares.

Le syndrome de Von Hippel (angiomatose rétinienne) ne fut rencontré que dans un cas.

Le syndrome de Lindau (hémangioblastomes multiples cérébelleux et extra-cérébelleux) fut observé dans 5 cas.

48 malades furent opérés. Dans 36 cas, l'intervention fut faite en un temps. Les 12 autres cas représentent un total de 31 opérations. Dans 1 cas, 5 opérations furent pratiquées.

La mortalité des malades opérés en un temps a été de 8,3 p. 100, celle des interventions multiples de 18,1 p. 100. Un malade mourut après une simple craniectomie décompressive sous-temporale.

Les survies ont été de 5 à 21 ans. Elles ont été plus longues quand la tumeur a pu être retirée en totalité ou le kyste complètement évacué. Après simple évacuation d'un kyste, la réapparition des symptômes est plus souvent due à la formation de nou velles lésions qu'à la récidive du kyste. On a en effet souvent observé, dans les interventions multiples, un kyste au cours du premier temps et des lésions angiomateuses au cours des temps suivants.

La tendance à la polycythémie a été considérée comme un signe précurseur des récidives. Elle a été observée dans 63,6 p. 100 des cas. Elle paraît résulter directement de la fonction hématopoïétique des hémangioblastomes.

Les cultures des tissus hémangioblastiques se sont révélées, dans quelques cas, posséder des propriétés érythropoïétiques. Ces faits réclament d'ailleurs de nouvelles études.

Si les auteurs ont inclus dans leur série 9 cas de kystes simples du cervelet, c'est qu'ils pensent qu'ils relèvent d'une origine non pas gliomateuse, mais bien hémangioblastomateuse. L'âge des malades, la similitude des signes cliniques, la nature xanthochromique du liquide paraissent le démontrer.

André Sicard.

RACHIS ET MOELLE

J. Grafton Love et **Henry W. Dodge** (Rochester). — **Les neurofibromes intra-rachidiens** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 2, Fév. 1952, p. 161-172, avec 12 fig.).

Depuis 1914, 60 cas de neurofibromes intra-rachidiens ont été observés à la Mayo Clinic sur un total d'environ 1 000 tumeurs de la moelle. 26 se trouvaient dans la région cervicale, 21 dans la région dorsale, 11 dans la région lombaire et 2 dans la région sacrée.

L'âge moyen a été 40 ans avec des extrêmes de 4 à 70 ans et la répartition fut à peu près égale dans les deux sexes.

Les signes de compression médullaire n'ont été constatés que dans les tumeurs de la région dorsale. Dans les régions lombaire et lombo-sacrée, les symptômes furent radiculaires et, dans la région cervicale, on observa le plus souvent une association de signes médullaires et radiculaires.

Quand la tumeur s'extériorisait à travers le trou de conjugaison, l'évolution en restait très longtemps muette. Le diagnostic en fut généralement fait par l'examen du liquide céphalo-rachidien, son étude manométrique, la myélographie opaque et la radiographie qui montra un élargissement du trou de conjugaison et parfois une érosion du corps vertébral.

L. et D. insistent surtout sur la latence de ces tumeurs. Celle-ci est si nette que, pour eux, toute tuméfaction du cou qui n'est pas d'origine thyroïdienne et qui ne fait pas cliniquement la preuve de sa nature est un neurofibrome. Il en est de même pour toute masse que la radiographie découvre dans le médiastin postérieur.

Tout neurofibrome diagnostiqué ou suspect réclame une exploration chirurgicale. La plupart ont pu être retirés en un temps (48 cas). Quand existait un important prolongement extra-dural, l'intervention a dû être faite en deux temps. Elle demanda alors parfois la collaboration d'un chirurgien qualifié en chirurgie thoracique, abdominale ou orthopédique.

Le pronostic est en règle très favorable. Il y a eu cependant 6 morts (10 p. 100), dont 3 après intervention thoracique combinée chez des enfants et 3 après laminectomie. Les décès ont été déterminés dans 1 cas par hémorragie post-opératoire, dans 3 cas par pneumonie et dans 2 cas par embolie pulmonaire. Il est à noter que tous ces décès sont survenus avant 1933.

Il ne s'est produit de récidive que dans 3 cas. Un malade fit 3 récidives successives et mourut 13 ans plus tard de cause indéterminée. Un autre mourut 6 ans plus tard après une crâniotomie sous-occipitale. Une récidive pelvienne fut, chez lui, soupçonnée, mais non contrôlée. Le troisième présenta une récidive thoracique qui se révéla, après extirpation, un neurofibro-sarcome.

47 malades furent suivis pendant une moyenne de 77 mois. 40 furent complètement guéris. Les signes neurologiques et les phénomènes douloureux disparurent. 5 furent très améliorés et 2 eurent un mauvais résultat.

L. et D. concluent qu'en dehors de la maladie de Recklinghausen le neurofibrome doit être considéré comme une tumeur bénigne, mais il exige un diagnostic et une intervention précoces et, pour cela, ce qui importe avant tout, c'est d'y penser.

ANDRÉ SICARD.

James C. White et **William H. Sweet** (Boston). — **Résultats de la cordotomie dans les douleurs du membre fantôme après amputation** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **67**, n° 3, Mars 1952, p. 315-322).

Malgré son discrédit, la cordotomie antéro-latérale est susceptible de donner, dans les douleurs du membre fantôme, de bons résultats.

Dans 7 cas sur 10, après amputation du membre inférieur, la douleur disparut. Dans les 3 autres cas, des sensations douloureuses posturales persistèrent malgré une analgésie correcte dans 2 cas, mais insuffisante dans le troisième.

Par contre, dans 4 cas d'amputation du membre supérieur, il y eut 3 échecs.

Il faut préférer la cordotomie à la leucotomie frontale qui laisse de trop fréquentes séquelles psychiques et qui n'est indiquée que pour les syndromes douloureux consécutifs aux amputations près de l'épaule car, dans ces cas, l'interruption des faisceaux douloureux de la moelle est impossible à obtenir.

Il importe de toute façon d'intervenir avant l'installation des troubles psychoneurotiques et des effets des médicaments toxiques.

ANDRÉ SICARD.

BRONCHES

Elmer R. Maurer (Cincinnati, Ohio). — **L'importance chirurgicale des ganglions calcifiés péri-trachéo-bronchiques** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 1, Janv. 1952, p. 97-110, avec 11 fig.).

L'existence de ganglions calcifiés péri-trachéo-bronchiques revêt une grande importance qui n'apparaît parfois qu'à l'occasion de thoracotomies faites pour traiter une lésion dont l'étiologie, obscure jusqu'à l'opération, apparaît liée directement à ces ganglions par un mécanisme de compression (sténose bronchique, dilatation des bronches, etc.). Il est des cas où cette compression exo-bronchique, avec ou sans érosion, par des ganglions calcifiés peut reproduire à s'y méprendre tous les signes cliniques et radiologiques du cancer du poumon.

La présence de ganglions calcifiés au voisinage immédiat de l'arbre trachéo-bronchique, affirmée par un examen radiologique et tomographique précis, s'accompagne généralement à l'opération d'un état de sclérose inflammatoire très dense rendant la dissection du lobe extrêmement laborieuse. Il n'est pas exceptionnel qu'on soit alors amené, pour des raisons techniques pures, à réaliser une exérèse infiniment plus importante que ne le comporterait la localisation des lésions à traiter.

A. Germain.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

P. Cogniaux, P. A. Bastenié et **Ch. Flamant** (Bruxelles). — **La chirurgie de la glande thyroïde en fonction des traitements médicaux antithyroïdiens** (*Acta chirurgica Belgica*. Rapport au Congrès annuel de l'Association Belge de Chirurgie, 7 Juin 1952, p. 107-175, avec 9 fig. Bibl.).

Cette mise au point est utile et fait honneur à l'érudition et à la sagacité de C., B. et F.; ce n'est que de l'étude des cas particuliers qu'il est possible, sauf esprit de système, de conseiller telle ou telle thérapeutique de l'hyperthyroïdie. Il ne semble pas aux endocrinologues de Bruxelles que les antithyroïdiens, malgré tout l'intérêt qui s'attache à leur usage, aient actuellement supprimé la thyroïdectomie; beaucoup de malades doivent être opérés, beaucoup ne doivent pas être opérés, et les antithyroïdiens de synthèse prennent une grande place dans le traitement « de fond » longtemps prolongé et surveillé, dans la cure des récidives après opération et dans la préparation, suivie d'iodothérapie, à l'intervention. On ne peut qu'approuver leurs conclusions : « Le clinicien se gardera de toute règle rigide : chirurgien, il pensera aux possibilités médicales..., médecin, il ne perdra pas de vue que, dans la majorité des cas, la chirurgie reste, pour le moment, la thérapeutique la plus économique. »

Sylvain Blondin.

ŒSOPHAGE

Earle B. Kay (Cleveland, Ohio). — **A propos de l'étiologie et du traitement de l'achalasie de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 3, Sept. 1951, p. 254-270, avec 8 fig.).

Dans la première partie de son travail, l'auteur fait une revue générale des nombreuses théories qui ont été avancées pour expliquer le mécanisme du cardiospasme. S'appuyant sur ses examens histologiques de pièces opératoires il donne la préférence au mécanisme de l'achalasie par suite de la dégénérescence des cellules ganglionnaires du plexus d'Auerbach.

En matière de traitement il recommande la dilatation dans les cas légers.

Dans les dilatations importantes et en cas d'échec du traitement médical l'intervention est indiquée. Les opérations de cardioplastie type Finney ou Heineke Mikulicz, faites par voie abdominale ou thoracique donnent dans l'ensemble des résultats satisfaisants sur le plan fonctionnel et souvent sur le plan anatomique. Mais dans 28 p. 100 des cas, le résultat est mauvais par suite de l'apparition d'une œsophagite peptique. L'opération de Heller, qui ne comporte pas ce risque, est infiniment préférable. Pour l'effectuer sur une hauteur convenable, K. recommande la voie thoracique. Les résultats sont bons quoique la réduction de volume de l'œsophage et le retour de son péristaltisme laissent parfois plus à désirer qu'après cardioplastie.

A. Germain.

Wilson Weisel et **Forrester Raine** (Milwaukee). — **Traitement chirurgical de la perforation traumatique de l'œsophage** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 3, Mars 1952, p. 337-346, avec 15 fig.).

En 2 ans, W. et R. ont observé 7 cas de perforation traumatique de l'œsophage. 5 concernent des sujets de 42 à 72 ans. La perforation a été consécutive 2 fois à une œsophagoscopie et 3 fois à une dilatation faite, chez 2 malades, à la bougie, et, chez le troisième, suivant le procédé hydrostatique de Plummer. 2 concernent des enfants de 3 ans et de 18 mois ayant avalé, l'un un noyau de pêche, l'autre un jouet métallique.

Ces malades ont été opérés dans un délai de 3 à 38 h. Ils ont été traités par suture de la perforation, drainage de la cavité pleurale ou du médiastin et large administration d'antibiotiques. Ils ont tous guéri.

La suture de la perforation est essentielle. C'est facile quand l'accident date de moins de 6 h, mais, même dans le cas opéré à la 38e h, la suture fut possible.

Le diagnostic s'appuie essentiellement sur la douleur, généralement très vive, localisée dans le dos et irradiant souvent vers l'épigastre, et sur les signes respiratoires toujours accompagnés d'un grand choc. La radiographie montre un pneumothorax, un élargissement de l'ombre médiastinale ou de l'emphysème. L'ingestion de lipiodol peut être utile pour confirmer un diagnostic incertain.

André Sicard.

Dabadie (Bordeaux). — **L'atrésie congénitale de l'œsophage** (*Bordeaux chirurgical*, fasc. 2, Avril 1952, p. 57-72, avec 6 fig.).

Après un rappel historique, l'auteur rassemble les éléments cliniques et radiologiques permettant le diagnostic positif et différentiel. Il montre que, si l'affection est rare, elle n'est pas exceptionnelle, et ne doit surtout pas être méconnue.

De nombreuses techniques chirurgicales ont été employées. Les méthodes indirectes (raccordement par tube cutané préthoracique, gastro-œsophagostomie) n'ont plus d'indications que dans les cas où la suture bout à bout est impossible.

Celle-ci doit être faite par deux surjets éversants de Blalock, après utilisation d'une voie d'accès postérieure rétro-pleurale droite élargie par la résection de la 5e côte.

Soins pré et post-opératoires ont, ici tout particulièrement, une importance capitale.

Un tableau rassemble les éléments essentiels de 15 observations.

P. Gérard-Marchant.

J. Langman. — **Les anomalies vasculaires associées à l'atrésie de l'œsophage** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, n° 1, 1952, p. 39-42, avec 3 fig.).

L'atrésie congénitale de l'œsophage se trouve parfois associée à des anomalies vasculaires. La plus fréquente est constituée par une artère sous-clavière droite anormale, naissant de la crosse de l'aorte et traversant l'espace compris entre les deux bouts œsophagiens. Elle est connue sous le nom de *dysphagia lusoria*. Dans un certain nombre de cas ce vaisseau est remplacé par une bande de tissu fibreux. L'auteur pense que l'atrésie congénitale de l'œsophage est en rapport avec la persistance, pendant un temps anormalement long, de l'aorte descendante primitive droite.

A. Germain.

J. L. Madden (New-York). — **Atrésie congénitale de l'œsophage traitée par œsophago-gastrostomie par voie trans-pleurale droite** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **21**, n° 5, Mai 1951, p. 460-469, avec 4 fig.).

Dans 10 p. 100 des cas d'atrésie œsophagienne il n'existe pas de fistule œso-trachéale et quelquefois le bout distal de l'œsophage est complètement absent ou atrophique de telle sorte qu'aucune anastomose n'est possible entre les 2 bouts. La radiographie simple de l'abdomen montrant l'absence d'air dans l'intestin, est un examen très précieux pour soupçonner l'absence de fistule œsophago-trachéale. Un cas de ce genre est rapporté par l'auteur qui, contrairement à la pratique jusque-là utilisée des œsophagoplasties en plusieurs temps, a opéré son malade en un temps par voie droite à la fois extra- et intra-pleurale et a restauré la continuité par anastomose œsophago-gastrique après mobilisation de l'estomac. Son malade cependant est mort à la 26e h dans un tableau de cyanose et d'asphyxie. Malgré cette mort que rien d'ailleurs n'est venu expliquer après vérification nécropsique, l'auteur a jugé bon de publier son observation qui montre la possibilité de réparation du tractus digestif en un temps dans les atrésies congénitales de l'œsophage où l'anastomose entre les deux bouts œsophagiens n'est pas possible.

A. Germain.

J. Ten Kate. — **Méthode de suture dans l'opération pour atrésie congénitale de l'œsophage** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, n° 1, 1952, p. 43-47, avec 5 fig.).

La suture anastomotique entre les deux bouts œsophagiens au cours de l'opération pour atrésie congénitale de l'œsophage se heurte parfois à des difficultés techniques considérables qui tiennent, d'une part, au calibre insuffisant et à la mauvaise qualité du bout inférieur et, d'autre part, à l'écart parfois important entre les deux bouts. L'auteur pense avoir mis au point une méthode de suture qui assure une large surface de contact sans aucun sacrifice de longueur œsophagienne. Son principe est de confectionner un lambeau musculaire taillé sur la face antérieure du bout œsophagien supérieur, de le rabattre vers le bas en entourant par en arrière le bout inférieur comme dans un manchon et de suturer enfin par en avant ses deux lèvres. La suture se fait ainsi sans tension et utilise une étoffe résistante, bien vascularisée.

La méthode a été utilisée dans 4 cas. Il y eut 2 morts post-opératoires non attribuables à la méthode et 2 succès.

A. Germain.

Henry I. Goodman et **Irving H. Parnes** (New-York). — **Les diverticules épiphréniques de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 2, Fév. 1952, p. 145-159, avec 6 fig.).

Après une revue générale de la littérature sur ce sujet groupant 126 cas publiés dont 43 opérés, les auteurs rapportent 3 cas personnels où ils ont utilisé la résection de la portion terminale de l'œsophage avec le cardia et le rétablissement de la continuité digestive par œsophago-gastrostomie. Il s'agissait respectivement : 1° Dans le 1er cas de diverticules multiples du bas œsophage associés à une sténose sous-jacente. 2° Dans le 2e d'un diverticule compliqué d'œsophagite avec ulcère. 3° Dans le 3e d'un cancer greffé sur un diverticule.

En conclusion G. et P. pensent que ce mode de traitement par la résection doit être réservé aux cas non justiciables de la simple diverticulectomie, à savoir : les diverticules multiples, les diverticules associés à un cardiospasme, à une atrésie œsophagienne ou à un épithélioma.

A. Germain.

Thomas H. Hewlett, Albert Behrend (Philadelphie). — **Œsophagite post-opératoire nécessitant un traitement chirurgical** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**, n° 6, Déc. 1951, p. 740-745, avec 2 fig.).

Il s'agissait d'une femme de 64 ans qui avait été opérée de cholécystectomie avec drainage de la voie biliaire principale pour cholécystite calculeuse ayant provoqué une

double fistule vers le duodénum et vers la voie biliaire principale. Une aspiration duodénale fut maintenue pendant 4 jours après l'opération.

Cette malade fut admise de nouveau 45 jours après la première opération pour des vomissements survenant immédiatement après les repas. Des radiographies du tube digestif montraient un rétrécissement de la partie basse de l'œsophage considéré comme spasmodique et siégeant à 5 cm au-dessus du diaphragme.

Malgré les antispasmodiques, l'état de la malade devait s'aggraver progressivement au point que 3 mois après son intervention elle ne pouvait absorber aucun aliment et montrait un état d'amaigrissement et de déshydratation considérables. On dut pratiquer une jéjunostomie. L'examen de la région de l'hiatus œsophagien au cours de cette intervention ne montrait aucune altération de la partie terminale de l'œsophage ou de l'estomac pouvant correspondre à une compression ou à une lésion extrinsèque déterminant une oblitération de la lumière œsophagienne.

Après amélioration de l'état de la patiente grâce à la jéjunostomie, des radiographies de l'œsophage furent de nouveau pratiquées qui montraient l'existence d'un rétrécissement de la partie basse de l'œsophage. Des dilatations furent entreprises mais sans résultat notable. Une œsophago-gastrostomie fut alors pratiquée par voie trans-thoracique et fut de suites immédiates extrêmement satisfaisantes.

Il est regrettable que les auteurs ne donnent pas la moindre indication sur les lésions que présentait l'œsophage et qui durent être inventoriées au cours de la dernière intervention.

Les auteurs pensent que cette œsophagite devait être en rapport avec l'irritation déterminée par l'intubation gastrique laquelle pourtant ne fut maintenue que pendant 4 jours.

MARCEL ROUX.

Philip Thorek (Chicago). — **Traitement chirurgical d'une sténose consécutive à une œsophagite** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 7, 13 Oct. 1951, p. 640-642, avec 2 fig.).

Relation d'un cas d'œsophagite chez un homme de 51 ans qui avait été opéré 6 ans auparavant d'ulcère perforé de l'estomac, par suture. La dysphagie remontait à 8 mois et l'état général était gravement altéré. Les radiographies montraient une sténose de la partie basse de l'œsophage s'étendant sur le 1/3 inférieur de l'organe, déterminant une obstruction presque totale. A l'œsophagoscopie, la lumière œsophagienne était pratiquement disparue, la muqueuse était œdématiée, rouge et saignait facilement. La biopsie indiquait que la lésion était simplement inflammatoire. L'œsophage fut abordé par thoracotomie. Il existait une poche purulente cloisonnée au niveau de la partie inférieure de la cavité pleurale qui fut vidée et mêchée. L'œsophage thoracique au niveau de sa partie terminale était induré, rigide et comme cicatriciel. Les circonstances paraissant peu favorables à une résection en raison de la proximité de l'abcès, l'œsophage fut incisé longitudinalement. La paroi œsophagienne était globalement épaissie de façon diffuse mais il n'y avait pas d'ulcère apparent au niveau de la muqueuse. On se borna à disposer un tube en T à l'intérieur de l'œsophage dont la longue branche ressortait à l'extérieur à travers la paroi thoracique reconstituée. Le tube en T était d'un calibre assez large et la dysphagie disparut immédiatement à la suite de l'opération. Cette œsophagotomie et ce drainage de l'œsophage furent complétés par une vagotomie bilatérale. La brèche d'œsophagotomie fut suturée sur le tube et la paroi refermée sur un drain pleural.

Le tube en T fut laissé à demeure pendant 9 semaines. Après ablation du tube la fistule cutanée se ferma en 5 jours.

Le malade est opéré depuis 6 mois et son état est actuellement excellent. Il a repris 10 kg de poids.

MARCEL ROUX.

Ph. Thorek (Chicago, Ill). — **Réalisation d'une fistule œsophagienne externe temporaire au moyen d'un drain en T dans un cas d'œsophagite sténosante** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 3, Sept. 1951, p. 248-253, avec 5 fig.).

Il s'agissait d'un malade de 51 ans présentant depuis 6 mois une œsophagite inflammatoire ayant abouti à une sténose serrée du 1/3 inférieur de l'œsophage. Les lésions furent abordées par thoracotomie gauche. Étant donné l'état précaire du malade, la mauvaise qualité des parois œsophagiennes, et la présence d'une pleurésie chronique cloisonnée du cul-de-sac costo-diaphragmatique, en rapport vraisemblablement avec une perforation minime de l'œsophage, Thorek a associé un drainage à la mise en place d'un drain en T dans la lumière œsophagienne, réalisant ainsi une fistule œsophagienne temporaire. Son malade a parfaitement guéri. Malgré le beau résultat obtenu, Sweet, prenant part à la discussion de cette communication présentée à la Société Américaine de Chirurgie Thoracique, s'est élevé vigoureusement contre la conduite tenue et juge infiniment préférable en pareil cas, la résection primitive suivie de rétablissement de la continuité digestive par œsophago-gastrostomie.

A. Germain.

R. T. Myers et **H. H. Bradshaw** (Winston, Salem, N. C.). — **Les tumeurs bénignes intra-murales et les kystes de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **21**, n° 5, Mai 1951, p. 470-482, avec 7 fig.).

Aux 39 cas déjà publiés dans la littérature, les auteurs ajoutent 3 cas nouveaux : 1 léiomyome et 2 kystes, tous enlevés par énucléation.

Les léiomyomes représentent la catégorie la plus fréquente des tumeurs bénignes intra-murales de l'œsophage. Elles sont localisées le plus souvent au 1/3 inférieur de l'organe et n'occupent qu'une partie de la circonférence œsophagienne. Les kystes sont d'origine, soit œsophagienne, soit bronchique, et la présence dans les 2 cas d'un épithélium cilié rend difficile leur différenciation. Toutes ces tumeurs sont fréquemment asymptomatiques. Leurs caractères radiographiques sont très nets, et l'œsophagoscopie montre une muqueuse intacte.

Dans la majorité des cas, on peut les énucléer sans entrer dans la lumière œsophagienne. Parfois en cas de tumeur adhérente à la muqueuse, l'énucléation est impossible. On peut alors presque toujours réséquer un fragment de muqueuse et réaliser ensuite une fermeture de l'œsophage en plusieurs plans. Il est beaucoup exceptionnel en cas de lésion plus étendue qu'il faille recourir à une résection suivie d'anastomose œsophago-gastrique.

A. Germain.

T. A. Watson et **E. M. Brown** (Saskatoon, Canada). — **Le traitement radiothérapique du cancer de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 2, Août 1951, p. 216-218).

Sur 12 malades atteints de cancer de l'œsophage thoracique et traités par radiothérapie profonde 5 sont encore vivants avec des survies allant jusqu'à 52 mois; 7 sont morts de 3 à 38 mois après le traitement. Sur les 7 morts, 4 cas autopsiés ne présentaient, au niveau de l'œsophage et des organes environnants, aucun tissu néoplasique. Sur ces faits, les auteurs pensent que la radiothérapie profonde bien dirigée constitue une méthode dont les résultats sont au moins aussi bons que ceux donnés par la chirurgie.

A. Germain.

I. Boerema (Amsterdam). — **Résection de l'œsophage suivie du rétablissement de la continuité au moyen d'un tube taillé dans l'estomac** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, fasc. 2, 1952, p. 120-130, avec 17 fig.).

Après résection œsophagienne pour cancer, B. rétablit la continuité en anastomosant le bout supérieur de l'œsophage avec un tube taillé aux dépens de la grande courbure

de l'estomac et remontant si nécessaire jusqu'à la grosse tubérosité. Grâce à sa faible largeur, ce tube gastrique peut être placé dans le médiastin derrière la crosse de l'aorte en cas d'anastomose sus-aortique. Il ne tient pratiquement aucune place. On évite la distension post-opératoire parfois très gênante quand on conserve l'estomac en entier. Enfin le risque de fuite est diminué par le fait qu'on peut recouvrir complètement l'anastomose par la plèvre médiastine.

La technique bien illustrée est exposée en détails dans les deux éventualités d'anastomose : sous et sus-aortique.

A. Germain.

GLANDE MAMMAIRE

Michael B. Shimkin, E. L. Lucia, R. S. Stone et **H. Glenn Bell** (San Francisco). — **Cancer du sein** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 6, Juin 1952, p. 645-660).

Cet article est une longue analyse de 1056 cancers du sein observés pendant 30 ans (1918-1947). Les cas ont été divisés en 4 stades.

La survie au delà de 5 ans a été, pour le stade I (tumeur localisée sans métastase ganglionnaire), de 72,5 p. 100 (280 cas), pour le stade II (tumeur localisée avec métastase ganglionnaire), de 42,2 p. 100 (270 cas), pour le stade III (tumeur avancée), de 18,4 p. 100 (250 cas). Aucune survie n'a été notée pour le stade IV (tumeur avec métastases à distance) (99 cas). La mortalité globale après 5 ans a été de 60 p. 100.

Le pronostic paraît dépendre beaucoup plus du moment où le traitement a été appliqué que de la localisation de la tumeur ou de l'âge de la malade. La radiothérapie post-opératoire n'a eu aucun effet sur l'évolution de l'affection.

Le problème actuel consiste donc non pas tant dans la mise au point de méthodes thérapeutiques nouvelles que dans le perfectionnement de procédés biochimiques permettant un diagnostic précoce.

André Sicard.

L. Leger, P. Gibert et **E. Wallon.** — **La radiothérapie préopératoire dans le traitement des cancers du sein** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 22, 25 Juin 1952, p. 640-643).

Depuis 1942, à la clinique de la Salpêtrière, que dirige le professeur Mondor, les cancers du sein des stades II et III ne sont opérés, selon la technique d'Halsted, qu'après une irradiation : radium-puncture dans les tumeurs dont le volume ne dépasse pas celui d'une mandarine (1 millicurie détruit par centimètre cube de tumeur), rœntgenthérapie du sein seul, par la méthode des champs tangentiels (dose totale 4 500 à 5 000 r, étalée sur un espace de temps d'environ 6 semaines) pour les autres variétés de cancer. La radiothérapie préopératoire des adénopathies n'a donné que des déboires, et n'est pas pratiquée. Les malades, dociles et intelligentes, ont été opérées dans des délais variant de 1 à 9 mois, en règle avant 4 mois. Toutes les pièces ont été examinées par le professeur Gauthier-Villars. Sur 90 malades traitées par cette méthode radiochirurgicale depuis 1942, les résultats ne sont envisagés que pour les patientes soignées depuis plus de 5 ans. Sur 25 malades, 7 ont dépassé la 5e année de survie; 1 est décédée au bout de 9 ans; 2 sont en vie mais avec des métastases; 4 sont en excellent état (10, 8, 7 et 7 années de survie).

Ces résultats sont encourageants, mais les auteurs, eux-mêmes reconnaissent que leur statistique, cependant intégrale, ne compte qu'un trop petit nombre de cas.

Sylvain Blondin.

H. Welti et **R. Huguenin.** — **A propos de la radiothérapie préopératoire dans le traitement du cancer du sein** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 22, 25 Juin 1952, p. 643-650).

La radiothérapie préopératoire à fortes doses (6 000 r sur le sein par champs tangentiels, 3 000 r sur l'aisselle, 3 000 r sur le creux sus-claviculaire, suivie de pan-téléröntgenthérapie) a donné sur 10 cas de cancers du sein (cas II, au moins, de la nomenclature), les résultats suivants : 6 malades sont mortes, après 5 ans (et dans 1 cas, 8 ans), 3 opérées sont en bon état, sans récidive ni métastase apparente, 1 est vivante, avec de petites récidives cutanées et des ganglions sus-claviculaires.

Ces résultats sont à confronter avec ceux que donne Tailhefer : sur 1 234 cas opérés par lui, 513 ont le recul de 5 ans.

Sur ces 513 cas, 214 sont en vie sans évolution cancéreuse décelée. Ils sont répartis de la manière suivante :

Stade I, chirurgie seule, 72 p. 100.

Stade II faible (début d'envahissement ganglionnaire axillaire, localisé à la chaîne mammaire externe), chirurgie seule 50 p. 100, R. X post-opératoire 52 p. 100.

Stade II fort (envahissement ganglionnaire axillaire étendu à plusieurs groupes), chirurgie seule 25 p. 100, R. X post-opératoire 36 p. 100, R. X préopératoire 28 p. 100.

SYLVAIN BLONDIN.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

T. Takaro et **O. Theron Clagett** (Rochester, Minn). — **Hémangiome caverneux de la paroi thoracique avec fistule artério-veineuse** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **21**, n° 5, Mai 1951, p. 444-451, avec 3 fig.).

L'article rapporte 1 cas d'hémangiome caverneux de la paroi thoracique gauche dans lequel existaient cliniquement des signes de fistule artério-veineuse. L'opération suivie de succès a consisté en une résection en bloc comprenant les côtes, les muscles intercostaux, et les muscles de la paroi thoracique intéressés par la lésion vasculaire. Une bibliographie complète le travail ainsi qu'une étude sur la signification des souffles extra-cardiaques et de l'érosion des arcs costaux, signes qui étaient tous deux présents dans l'observation.

A. GERMAIN.

Cl. F. Storey et **H. A. Lyons.** — **Le tuberculome du médiastin** (*The American Review of Tuberculosis*, vol. **64**, n° 4, Oct. 1951, p. 327-352, avec 27 fig.).

Le travail est basé sur 6 cas dont 5 ont été vérifiés opératoirement. Le tuberculome du médiastin est, en réalité infiniment moins rare que ne le laisse supposer le petit nombre de publications sur ce sujet.

Doit être considéré comme tuberculome médiastinal toute masse de forme ovale ou sphérique à bords réguliers, nettement délimitée, de densité homogène, renfermant souvent des dépôts calcaires, située au milieu du thorax, débordant le médiastin le plus souvent vers la droite et dont le bord inférieur se trouve au voisinage de la veine azygos.

En raison de l'incertitude régnant sur leur diagnostic, il est recommandé d'avoir recours à la thoracotomie exploratrice. Au cours de celle-ci, l'exérèse de la masse est à conseiller, chaque fois qu'elle peut être effectuée avec une certaine sécurité. Il est fréquent cependant que leur ablation comporte des difficultés techniques tenant aux adhérences très serrées de la masse tumorale aux organes adjacents du médiastin.

Histologiquement la masse se présente comme un granulome inflammatoire chronique où la preuve de la tuberculose est quelquefois difficile à faire. Au point de vue clinique néanmoins le terme de *tuberculome* médiastinal mérite d'être conservé.

A. GERMAIN.

Clifford, F. Storey et **Kenneth P. Knutson.** — **Le liposarcome du médiastin** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 3, Sept. 1951, p. 300-315, avec 13 fig.).

L'intérêt de l'observation rapportée vient de la rareté du liposarcome du médiastin et de son association dans le cas particulier avec un lipome du médiastin et un autre lipome de la paroi abdominale antérieure. A l'occasion de cette observation, les auteurs font une revue générale des cas publiés dans la littérature.

A. Germain.

Charles T. Dotter et **Israel Steinberg** (New-York). — **Tumeurs médiastinales. Étude angiocardiographique de 65 cas vérifiés** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**, n° 6, Déc. 1951, p. 684-693, avec 7 fig.).

L'exploration angiocardiographique semble appelée à donner des renseignements de grande valeur en vue du pronostic et du traitement des tumeurs médiastinales. D'une part l'aspect de l'angiocardiogramme peut permettre de présumer la nature bénigne ou maligne des lésions, celles du premier type refoulant les vaisseaux sans les envahir, les secondes déterminant des rétrécissements de calibre des éléments vasculaires par englobement ou envahissement. Le chirurgien peut tirer de ces aspects des renseignements touchant l'opérabilité de la lésion. Mais on devra se souvenir que certaines lésions non malignes peuvent réaliser des aspects très proches de ceux donnés par le cancer et les auteurs publient, en particulier, les clichés d'un malade atteint d'adénite tuberculeuse médiastinale où une compression par un volumineux ganglion au niveau du hile provoquait une sténose de la branche inférieure de l'artère pulmonaire droite.

Marcel Roux.

W. L. Lees, Stephen C. H. Yang, M. Papoulakos, J. Alexander et **A. Larralde** (Ann. Arbor, Mich.). — **Résultats de la thoracoplastie pour tuberculose chez 278 malades** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 4, Oct. 1951, p. 329-340).

Les 278 malades ont été suivis pendant une période de 7 à 15 ans après l'opération. Ils ont tous été opérés sans adjonction d'antibiotiques (pénicilline, streptomycine). L'indication majeure a été la tuberculose cavitaire.

76 malades présentaient en outre des lésions de tuberculose bronchique. Sur ces malades, 53 sont vivants, dont 46 avec expectoration négative. 23 sont morts, 5 ayant vécu plus de 5 ans après l'opération.

Des lésions de dissémination ou de réactivation tuberculeuse ont été observées chez 34 malades. Les 2/3 ont survécu, les autres sont morts. Sur la totalité des 278 malades, 75 soit 27 p. 100 sont morts. 203 sont vivants, dont 174 (soir 85,7 p. 100) avec expectoration négative. Si l'on ajoute les 8 malades qui sont morts de lésions non tuberculeuses et qui avaient une expectoration négative, le pourcentage de négativation des crachats est de 89,6 p. 100 sur ces 211 malades.

Les résultats globaux sur les 278 malades opérés de thoracoplastie et suivis pendant une période de 5 ans peuvent être ainsi résumés : apparemment guéris, 140 soit 50,3 p. 100; évolution arrêtée, 9 soit 4,3 p. 100; évolution apparemment arrêtée, 36 soit 72,9 p. 100; tuberculose évolutive, 2 soit 0,7 p. 100; améliorés, 11 soit 3,9 p. 100; aggravés, 5, soit 2 p. 100; morts 75, soit 27 p. 100.

A. Germain.

George C. Adie, William G. Childress, Herman J. Bresing et **Donald Taylor** (Valhalla, N. Y.). — **Résultats éloignés de la thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 1, Janv. 1952, p. 92-96).

Ces résultats portent sur 334 malades opérés de 1932 à 1948 et suivis de 1 à 17 ans. 230 sont encore vivants. 104 sont morts. 194, soit 58 p. 100 sont apparemment guéris de leur tuberculose. 12 de ces malades sont morts d'affections sans rapport avec

une tuberculose; 13, soit 3,8 p. 100 n'ont aucun symptôme, mais restent avec une expectoration positive par lavage ou culture; 35 ont encore une tuberculose évolutive. La proportion totale des malades qui ont vu leur tuberculose pratiquement guérie par la thoracoplastie est de 84,3 p. 100. L'excellence de ces résultats éloignés justifie la place prépondérante que doit conserver la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

A. Germain.

POUMON ET PLÈVRE

Gerald H. Pratt (New-York). — **Traitement de l'embolie pulmonaire par la ligature de la veine cave inférieure** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 2, 8 Sept. 1951, p. 126-127).

C'est l'histoire d'un malade qui présentait un syndrome spontané de thrombo-embolie à répétition pour lequel furent pratiquées les ligatures de la veine fémorale droite superficielle puis de la veine fémorale gauche et fut mis en œuvre un traitement par la dicoumarine. Malgré ce traitement les accidents emboliques persistèrent et l'on décida de pratiquer la ligature de la veine cave inférieure qui fut complétée par une sympathectomie lombaire droite. Au niveau de la ligature, la veine était libre de thrombose. Il fut pratiqué chemin faisant une appendicectomie, une appendicite gangréneuse ayant été découverte à cette occasion.

Le traitement par le dicoumarol fut continué pendant quelque temps et le malade guérit finalement après avoir subi une dernière intervention : une sympathectomie lombaire gauche pour des phénomènes de spasme artériel apparus au niveau du membre inférieur gauche.

Marcel Roux.

Bernard C. Charbon, William E. Adams et **Ralph F. Carlson** (Chicago, Ill). — **Traitement chirurgical de fistules artério-veineuses multiples chez un malade opéré 7 ans auparavant de pneumonectomie gauche pour la même maladie (hémangiome caverneux du poumon)** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 2, Fév. 1952, p. 188-196, avec 5 fig.).

Le problème thérapeutique était particulièrement difficile dans ce cas particulier. Le malade avait en effet subi en 1943 une pneumonectomie gauche pour hémangiome caverneux. Dans le champ pulmonaire droit existaient 3 zones pathologiques, 2 dans le lobe inférieur et 1 dans le lobe supérieur, correspondant chacune à des fistules artério-veineuses qui s'accompagnaient d'ailleurs des signes classiques de la maladie. L'opération, jugée nécessaire, fut conduite sous le couvert d'une lecture constante de la pression intra-ventriculaire droite et de la saturation oxygénée du sang artériel. Les zones pathologiques furent excisées en prenant soin d'enlever le minimum de parenchyme. En dépit de l'amélioration déterminée par l'opération dans l'état du malade, le pronostic doit être réservé en raison de la tendance à la multiplicité des localisations angiomateuses.

A. Germain.

Joaquim S. Cavalcanti. — **Abcès du poumon** (*Anais da Sociedade de Medicina de Pernambuco*, t. **3**, n° 1-2, Déc. 1951, p. 10-41, avec 21 fig.).

Après un rappel pathogénique, anatomique et clinique, C. fait part de ses conceptions thérapeutiques et de ses résultats : partisan de l'intervention chirurgicale précoce (pneumotomie), dans tous les cas d'abcès putride, il la réserve aux échecs du traitement par antibiotiques, en cas d'abcès non putride. Il décrit sa technique de pneumotomie, avec résection costale, en un ou deux temps, suivant que la plèvre est symphysée ou libre. Aux procédés variés de drainage fermé aspiratif, il préfère

une large mise à plat de la cavité, suivie de méchage. 25 pneumotomies ont donné comme résultats : 1 mort, 20 guérisons, 4 passages à la chronicité, repris par lobectomie (2) ou pneumonectomie (2). Les indications de la résection pulmonaire pour abcès sont : 1° Échec du drainage chirurgical. 2° Abcès multiples avec destruction d'un ou plusieurs lobes. 3° Tuberculose associée. 4° Abcès secondaire à un corps étranger inextirpable par bronchoscopie. 5° Suspicion de cancer. 6° Abcès compliqué d'hémorragies. 7° Abcès constituant la complication d'une bronchectasie, d'une atélectasie ou d'une fibrose pulmonaire. 10 lobectomies ont été exécutées avec 1 mort, et 6 pneumonectomies avec 3 morts.

G. Edelmann.

Cl. L. Graves et **M. Millman** (San Diego, Calif.). — **A propos de l'abcès mycosique du poumon : effet de la Pénicilline et indications de la lobectomie** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 2, Août 1951, p. 202-207, avec 3 fig.).

Le cas rapporté dans cet article concernait un malade de 72 ans qui, 2 ans après le début d'une condensation pulmonaire arrondie dans le lobe supérieur droit, a développé au niveau de cette zone un gros abcès du poumon. Des doses massives de pénicilline (jusqu'à 10 et 20 millions d'unités par 24 h) ont amené une amélioration qui a permis d'opérer le malade et de pratiquer une lobectomie supérieure droite suivie d'un bon résultat. L'examen microscopique de la pièce opératoire a mis en évidence un mycelium du type Candida ou Aspergillus.

Deux points intéressants sont dégagés de cette observation :

1° L'effet de la pénicilline : alors que les mycoses sont dans leur ensemble résistantes à la pénicilline, des doses massives, ont, dans le cas particulier, amené une amélioration clinique et une diminution de la cavité de l'abcès.

2° Le succès obtenu par la lobectomie chez un malade pourtant âgé, profondément infecté et atteint par ailleurs d'artério-sclérose, d'emphysème et d'insuffisance coronarienne.

A. Germain.

Frederick G. Kergin (Toronto). — **Maladie kystique congénitale du poumon et anomalies artérielles** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **33**, n° 1, Janv. 1952, p. 55-65, avec 8 fig.).

L'auteur étudie une entité anatomo-clinique, dégagée en 1946 par Pryce. Elle comporte l'association d'une anomalie artérielle à une malformation bronchique localisée au lobe inférieur, plus souvent le gauche, et consistant en une bronchectasie de type congénital ou une masse polykystique. La lésion est parfois surinfectée. Elle est soit séparée du tissu pulmonaire adjacent, soit incorporée à lui. Le tissu pathologique est irrigué par une artère anormale provenant de l'aorte. Cette artère quoique charriant du sang veineux a une structure d'artère pulmonaire.

A l'aide de 51 cas personnels, K. reprend les caractères essentiels de cette entité qui est justiciable de la lobectomie. Son importance n'est pas uniquement théorique. Il est parfois possible d'en faire le diagnostic avant l'intervention. Et sa connaissance permet de redoubler de précaution dans la dissection des vaisseaux afin d'éviter la blessure de l'artère anormale.

A. Germain.

L. D. Eerland (Groningen, Holland). — **Le diagnostic et le traitement des kystes pulmonaires** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **3**, fasc. 3, 1951, p. 203-237, avec 41 fig.).

L'auteur donne un aperçu des différentes conceptions émises sur la pathogénie des kystes pulmonaires. Ce problème est d'ailleurs complexe et loin d'être entièrement résolu, comme en témoigne la multiplicité des classifications proposées et la confusion qui règne dans la terminologie des kystes pulmonaires. La classification proposée par Mœrsch et Clagett (qui différencie 2 groupes : l'un d'origine bronchique, l'autre

d'origine alvéolaire) a l'avantage de sa simplicité. C'est celle qui est adoptée par l'auteur.

Le tableau clinique des kystes pulmonaires est extrêmement variable. Parfois le kyste est asymptomatique. D'autres fois, il donne lieu à des signes dont les plus fréquents sont la toux, l'expectoration, l'hémoptysie, la douleur thoracique plus ou moins caractérisée et la fièvre par suite de l'infection. Cette infection s'explique par la communication du kyste avec l'arbre bronchique. Chez l'enfant et le nourrisson un mécanisme de soupape crée parfois un kyste sous tension déterminant un syndrome grave d'asphyxie et de cyanose.

Le traitement chirurgical d'exérèse par résection segmentaire, lobaire, ou pneumonectomie se justifie pleinement en raison de la fréquence des complications auxquelles ces kystes sont sujets tôt ou tard.

Le diagnostic différentiel entre kystes pulmonaires, bronchectasies kystiques et emphysème bulleux, n'est pas toujours aisé sur les simples données radiologiques. L'histologie est indispensable. Elle est d'ailleurs souvent difficile à interpréter d'une façon formelle.

L'auteur illustre ces considérations par l'analyse d'une vingtaine de cas observés à la clinique chirurgicale de Groningen. 14 de ces cas ont été opérés et guéris par résection limitée lobaire ou totale.

A. Germain.

J. J. Quinlan, V. D. Schaffner et **J. E. Hiltz.** — **La décortication pulmonaire dans la tuberculose** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 2, Fév. 1952, p. 125-137, avec 4 fig.).

Dans ce travail, basé sur 22 observations, la décortication est recommandée :

1° Dans le traitement des poumons incarcérés après pneumothorax thérapeutique, pour remplir la cavité pleurale, remettre le médiastin en place et augmenter la capacité vitale (rendant ainsi possible une action thérapeutique éventuelle sur le poumon opposé).

2° Comme temps préliminaire à la résection pulmonaire. Le temps de décortication permet de trouver beaucoup plus aisément le plan de clivage. Par ailleurs, en cas de lobectomie, la décortication des lobes restants permet une meilleure réexpansion et une meilleure oblitération de la cavité pleurale.

3° Dans le traitement des pyothorax tuberculeux, surtout ceux où la lésion pulmonaire sous-jacente est guérie ou contrôlée.

A. Germain.

J. Swierenga (Utrecht). — **La lobectomie et la pneumonectomie dans la tuberculose pulmonaire. A propos de 148 cas** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **3**, fasc. 3, 1951, p. 179-202, avec 28 fig.).

Grâce à l'introduction de la streptomycine, grâce aussi aux progrès de la technique chirurgicale et aux soins connexes en chirurgie thoracique, la tuberculose est maintenant devenue une des indications les plus fréquentes de résection pulmonaire partielle ou totale.

148 cas ont été opérés par l'auteur avec des indications diverses et assez classiques. Les tout premiers cas, sans adjonction de streptomycine, ont comporté une lourde mortalité. Au contraire avec l'usage des antibiotiques, la mortalité opératoire s'est abaissée à 3,5 p. 100. La mortalité globale est de 6 p. 100.

A. Germain.

L. D. Eerland (Groningen, Hollande). — **La lobectomie, la résection segmentaire et la pneumonectomie totale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Étude à propos de 437 cas de résection** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **3**, fasc. 4, 1951, p. 253-304, avec 55 fig.).

Travail très important abondamment illustré portant sur un nombre considérable de cas avec des résultats excellents. Il fait honneur à l'école Hollandaise dont Eerland est un des représentants les plus distingués.

Les indications de l'exérèse ont été très élargies. Elles comprennent :

1° Les indications primitives concernant : *a*) les tuberculomes; *b*) les sténoses bronchiques des bronches souches ou lobaires avec phénomènes de rétention; *c*) les bronchectasies associées à la tuberculose; *d*) les tuberculoses cavitaires non collabables en raison de leur siège (lobe inférieur), de leur extension (poumon ou lobe détruit), ou de leur association à une dilatation des bronches ou à une tuberculose bronchique; *e*) les perforations cavitaires; *f*) les empyèmes tuberculeux.

2° Les indications secondaires après échecs de thoracoplastie, pneumothorax extrapleural, pneumothorax, ou lobectomie.

Les chiffres de mortalité post-opératoire sont étonnamment bas. La mortalité globale sur les 437 résections est de 11 morts, soit 2,5 p. 100. Toutes ces morts sont survenues après pneumonectomie (164, soit 6,7 p. 100). 154 cas de lobectomie et 119 cas de résection segmentaire ont comporté une mortalité nulle. Ces chiffres éloquents prouvent la qualité parfaite de la technique chirurgicale et des soins connexes.

Les résultats tardifs sont dans l'ensemble très satisfaisants. Sur les 326 premiers malades, 305 sont encore en vie avec un pourcentage de 93,1 p. 100 ayant une expectoration négative.

A. Germain.

Alton Ochsner, Paul T. Decamp (New Orleans), **M. E. De Bakey** (Houston) et **C. J. Ray** (New Orleans). — **Cancers bronchogéniques** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **148**, n° 9, 1er Mars 1952, p. 691-697, avec 11 fig.).

Après avoir mis l'accent sur l'augmentation considérable du nombre des cancers du poumon actuellement observés et sur le rôle possible de l'usage du tabac dans leur déterminisme et après avoir rappelé les principaux aspects cliniques et histologiques de la lésion les auteurs passent en revue les résultats du traitement de 948 malades.

563 d'entre eux seulement furent considérés comme opérables soit 59 p. 100.

512 furent explorés et la tumeur se montra réséquable pour 332 d'entre eux soit 65 p. 100.

Il y eut 20 p. 100 de morts opératoires.

Une survie de plus de 5 ans fut observée dans près de 20 p. 100 des cas opérés.

Marcel Roux.

W. G. Cahan, W. L. Watson et **J. L. Pool** (New-York). — **La pneumonectomie « élargie » pour cancer** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 5, Nov. 1951, p. 449-473, avec 17 fig.).

Le type d'opération proposée et décrite en détails aussi bien du côté gauche que du côté droit, répond aux principes bien établis de la chirurgie du cancer. En effet, cette pneumonectomie élargie enlève en bloc le poumon et les différents territoires ganglionnaires qui peuvent être envahis : c'est-à-dire, non seulement les ganglions du hile, mais les ganglions de la bifurcation trachéale et les ganglions paratrachéaux. En 2 ans 1/2, les auteurs ont réalisé 39 opérations de ce genre et dans 18 cas, ils ont trouvé des métastases au niveau des relais ganglionnaires, habituellement laissés en place au cours de la pneumonectomie banale. Une plus grande expérience et un laps de temps beaucoup plus long sont cependant nécessaires avant d'affirmer qu'une telle extension de l'exérèse lympho-ganglionnaire apportera une appréciable augmentation de la durée de la survie.

A. Germain.

B. H. Cotton, Joao R. F. Penido (Beverly Hills, Calif). — **La pleuro-pneumonectomie associée à la résection de l'hémi-diaphragme** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 5, Nov. 1951, p. 474-489, avec 7 fig.).

Sur 28 cas de pleuro-pneumonectomies C. et P. ont, dans 11 cas, réalisé en outre une ablation de la totalité ou d'une partie de la coupole diaphragmatique correspon-

dante. Cette extension de la résection pleuro-pulmonaire au diaphragme, a déterminé pendant les 7 ou 10 premiers jours post-opératoires une respiration courte et difficile. Mais les troubles dyspnéiques se sont amendés rapidement par stabilisation du médiastin, et formation au-dessus du péritoine d'une membrane fibreuse épaisse agissant comme tampon.

La diaphragmectomie complémentaire permet de s'attaquer aux lésions malignes pleuro-pulmonaires. C'est ainsi que les auteurs ont opéré 8 cas de cancer du poumon avec épanchement pleural contenant des cellules néoplasiques, et 2 cas de carcinose pleurale primitive.

A. Germain.

E. A. Gaensler et **J. W. Strieder** (Boston, Mass.). — **Les modifications de la fonction pulmonaire après pneumonectomie. Effets de la thoracoplastie, du pneumothorax, de l'oléothorax et du comblement de la cavité par éponge plastique** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 1, Juil. 1951, p. 1-34, avec 18 fig.).

Le travail basé sur l'étude précise de 40 malades comporte une observation s'échelonnant sur un laps de temps allant de 6 mois à 2 ans 1/2 après l'opération. La technique employée a associé aux tests fonctionnels habituels la bronchospirométrie pré-opératoire, une méthode modifiée de mesure de l'air résiduel permettant l'appréciation de variations minimes et une méthode nouvelle pour la détermination sur chaque poumon avant l'intervention de la capacité fonctionnelle résiduelle et de l'index de mélange des gaz intra-pulmonaires.

Les conclusions de ces études peuvent être ainsi résumées :

La pneumonectomie sans traitement spécial post-opératoire a été suivie d'un degré certain de surdistension du poumon restant, mais dont la sévérité ne peut pas être prévue avant l'opération.

Le maintien d'un pneumothorax dans la cavité thoracique après pneumonectomie a empêché d'une façon complète la production de la surdistension et n'a pas entraîné ultérieurement de diminution fonctionnelle.

La conversion d'un pneumothorax en oléothorax ne s'est accompagnée d'aucune modification fonctionnelle appréciable.

La mise en place dans la cavité thoracique d'une prothèse sous forme d'éponge en matière plastique a complètement empêché la formation de surdistension du poumon restant. Il a même été possible de corriger dans une certaine mesure la surdistension préexistante à la pneumonectomie. La prothèse ne s'est accompagnée ultérieurement d'aucune réduction de la fonction ventilatoire.

La thoracoplastie post-opératoire précoce de 6 semaines à 2 mois après la résection a empêché la surdistension en inspiration profonde par réduction de la capacité vitale, mais n'a pas entièrement prévenu la surdistension en position respiratoire moyenne. De plus, elle s'est accompagnée progressivement dans les suites éloignées d'une baisse de la capacité respiratoire maxima.

La pneumonectomie faite après thoracoplastie étendue et inefficace n'a entraîné aucune modification fonctionnelle.

Une étude fonctionnelle comparative a été faite sur des cas de poumons fonctionnellement perdus et opérés respectivement par pneumonectomie et thoracoplastie étendue : alors que la pneumonectomie n'a entrainé aucune perte fonctionnelle, la thoracoplastie s'est accompagnée par contre d'une diminution importante de la valeur fonctionnelle.

Enfin en ce qui concerne le danger d'emphysème vrai par surdistension, l'influence de l'âge paraît certaine. En effet, alors que chez les sujets adultes la production d'emphysème a pu être démontrée dans certains cas, aucune preuve de ce genre n'a été retrouvée chez des malades jeunes.

A. Germain.

G. P. Rosemond, W. E. Burnett et **J. Humphrey-Long** (Philadelphia, Pa). — **Le pronostic des bronchectasies résiduelles après résection incomplète** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 5, Nov. 1951, p. 439-448, avec 6 fig.).

Les auteurs ont opéré 194 cas de dilatations bronchiques de 1936 à 1949. 159 cas ont été suivis d'une façon adéquate de 1 à 15 ans après leur opération. D'ailleurs un laps de temps de 6 à 12 mois après l'opération est suffisant pour juger du résultat final. Sur 118 malades asymptomatiques, 14 seulement présentaient des lésions de dilatation bronchique résiduelle. 41 malades conservent des symptômes (toux et expectoration), tous ont des dilatations bronchiques résiduelles. Le total des malades porteurs de troubles résiduels est donc de 55. 14 seulement, soit 25 p. 100 ne présentent aucun signe. Il est important de noter que sur ces 55 malades, 48 présentaient une localisation bilatérale de leur dilatation bronchique, et 7 seulement une localisation unilatérale. Dans 29 p. 100 des cas une mauvaise évaluation des lésions avait été faite avant l'intervention. Il est très important pour faire un bilan anatomique exact pré-opératoire, de disposer d'excellentes bronchographies.

A. Germain.

J. K. Kraan et **L. Van der Drift.** — **L'exploration pulmonaire fonctionnelle avant et après lobectomie et résection segmentaire** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, fasc. 2, 1952, p. 100-110).

Les indications sans cesse étendues de l'exérèse en matière de tuberculose pulmonaire ont rendu l'exploration fonctionnelle indispensable pour apprécier les modifications apportées par les divers types d'intervention et pour mieux préciser l'étendue de l'exérèse à effectuer dans chaque cas particulier.

Les études fonctionnelles conduites par les auteurs ont porté : 1° sur des déterminations spirographiques de la capacité vitale; 2° sur le débit respiratoire maximum à l'effort et 3° sur la consommation d'oxygène.

Les conclusions auxquelles ils aboutissent sont les suivantes :

La résection segmentaire s'accompagne d'une perte fonctionnelle négligeable. Il n'en est pas de même de la lobectomie où la diminution de la valeur fonctionnelle est en rapport avec l'étendue de parenchyme enlevé et plus tardivement avec l'apparition de distension des lobes restants et d'emphysème. En conséquence, chaque fois que la chose est possible sur le plan clinique, il faut donner la préférence à la résection segmentaire. L'adjonction à la lobectomie d'une thoracoplastie ou d'une phrénicectomie entraîne une diminution encore plus importante de la fonction respiratoire. Il est donc conseillé de s'en abstenir autant que possible.

A. Germain.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

Aubre de L. Maynard, John W. V. Cordice Jr. et **Emil A. Naclerio** (New-York). — **Plaies pénétrantes du cœur** (*Surgery, Gynecology ans Obstetrics*, vol. **94**, n° 5, Mai 1952, p. 605-618, avec 7 fig.).

Le point crucial des plaies pénétrantes du cœur est l'épanchement péricardique. Bien que celui-ci réalise un tamponnement et limite l'hémorragie, il ne peut être supporté pendant plus de 10 h et entraîne finalement la mort par compression du cœur.

La simple aspiration péricardique n'est pas une bonne pratique. Elle ne permet pas de contrôler l'hémorragie et risque de laisser des caillots fibrineux qui favorisent la symphyse secondaire. Elle doit être réservée aux cas où une exposition du cœur n'est matériellement pas possible.

Le traitement logique est la péricardotomie et la cardiorraphie. L'opération demande à être faite par voie transpleurale pour assurer en même temps le traitement de la plaie pulmonaire, et doit être suivie d'une thérapeutique anti-infectieuse prolongée.

Sur 81 cas concernant tous la pratique civile, 76 ont été dus à un coup de couteau, 4 à un poinçon, 1 à un coup de fusil. 20 blessés moururent avant toute tentative thérapeutique. 61 furent opérés avec 57,3 p. 100 de guérisons. 12 plaies isolées du péricarde ont donné 2 morts. 6 plaies auriculaires ont donné 3 morts et 43 plaies ventriculaires ont donné 20 morts. La plupart des blessés étaient âgés de 20 à 40 ans, le plus jeune avait 15 ans, le plus âgé 61 ans.

Tous les blessés présentant une plaie du myocarde purent atteindre la salle d'opérations, sauf 2 qui n'avaient pas d'épanchement péricardique, l'hémorragie s'étant produite en dehors du péricarde.

Des 26 morts post-opératoires, 11 survinrent en cours d'intervention, 6 dans les 3 jours qui suivirent et 9 dans les suites plus tardives.

André Sicard.

P. Soulié et Collaborateurs. — **Cardiopathies congénitales** (Un vol., 345 p., 219 fig., *Expansion Scientifique Française*, 1952, préface du docteur R. Debré).

Le livre sur les cardiopathies congénitales publié par le professeur agrégé Soulié et son équipe constitue un apport remarquable et nouveau à l'étude de ces affections qui sont à l'ordre du jour. Depuis longtemps, avant même l'ère chirurgicale actuelle, Soulié s'était intéressé à cette question. Aujourd'hui il apporte le résultat de ses recherches aidé des méthodes modernes d'investigations qu'il a longuement employées.

Les différents chapitres des cardiopathies congénitales sont traités l'un après l'autre à l'aide d'une iconographie abondante et démonstrative. A propos de chaque chapitre, sont exposés les résultats obtenus par l'angiocardiographie, la mesure des pressions intra-cardiaques et des gaz du sang, avec les conclusions pratiques tirées de l'expérience personnelle des auteurs.

Ce livre n'est pas un traité complet, mais il apporte sur les différentes cardiopathies congénitales l'expérience originale de l'auteur. Il complète admirablement le traité, classique aujourd'hui, de Miss Helen Taussig.

Quiconque s'intéresse à cette nouvelle branche de la chirurgie le lira avec le plus grand profit.

F. d'Allaines.

Arthur Vineberg (Montreal). — **Traitement de l'insuffisance coronarienne par l'implantation de l'artère mammaire interne dans le myocarde du ventricule gauche** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 1, Janv. 1952, p. 42-53, avec 10 fig.).

Le travail comprend tout d'abord le rappel des bases expérimentales de la méthode. L'auteur a pu démontrer que l'artère mammaire interne implantée dans le myocarde ventriculaire, s'anastomose avec le réseau coronaire par des néo-vaisseaux. L'animal ainsi traité se trouve protégé contre la mort par infarctus myocardique après ligature de la branche descendante antérieure de l'artère coronaire gauche. A titre de contre-expérience il a été montré que l'animal qui a survécu à l'implantation intra-ventriculaire de la mammaire interne suivie ultérieurement de la ligature de la branche descendante de la coronaire gauche, meurt ou tout au moins développe un infarctus myocardique quand on lie sa mammaire interne transplantée. Enfin le procédé s'est avéré efficace dans l'insuffisance coronarienne expérimentale.

Après ces essais expérimentaux concluants, V. a appliqué la méthode à l'homme dans 4 cas. Elle est d'exécution technique relativement facile et rapide. 3 malades sur les 4 ont survécu à l'opération. L'auteur insiste sur la nécessité de maintenir la tension artérielle à son chiffre normal afin d'éviter la thrombose, de prévenir la fibrillation par l'usage pré-opératoire de la quinidine et per-opératoire de la novocaïne.

En ce qui concerne les résultats tardifs, V. à juste raison se garde de conclusions hâtives. Il signale simplement qu'un de ses malades a, depuis 6 mois, repris ses activités et n'a plus souffert.

A. Germain.

Thomas J. E. O'Neill, Robert P. Glover et **Charles P. Bailey** (Philadelphie). — **Réflexions sur le traitement chirurgical de la sténose mitrale par la commissurotomie** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 11, 10 Nov. 1951, p. 1032-1033).

214 malades ont été opérés avec un recul de 6 mois au moins pour 100 d'entre eux.

Les résultats sont estimés excellents dans 41,6 p. 100 des cas c'est-à-dire avec retour à une existence normale. Il y eut 32 p. 100 de malades améliorés : activité plus grande, fatigue moindre, meilleure réponse aux agents thérapeutiques. Dans 13 p. 100 des cas l'état du malade fut inchangé.

La mortalité opératoire fut de 12 p. 100.

Les morts ont été dues soit à une défaillance cardiaque, soit à une hémorragie, soit à embolie cérébrale.

MARCEL ROUX.

Egbert H. Fell (Chicago). — **Chirurgie intra-cardiaque pour sténose congénitale de l'artère pulmonaire et rétrécissement mitral acquis** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**, n° 6, Déc. 1951, p. 768-775, avec 5 fig.).

14 valvulotomies ont été pratiquées par l'auteur et ses assistants pour trilogie de Fallot par voie transcardiaque, sans décès, et avec des résultats de plus en plus satisfaisants.

L'instrumentation utilisée est celle de Potts.

7 rétrécissements mitraux ont été traités d'autre part par voie trans-auriculaire. 6 fois la sténose put être vaincue par simple pression digitale, dans le 7e cas les commissures étaient oblitérées par un tissu de cicatrice résistant et des dépôts calcaires, ce qui nécessita une section chirurgicale sur 4 mm d'étendue. L'effet en fut complété par une dilatation digitale. Cette malade mourut 5 jours après l'opération tandis que les autres interventions eurent des suites favorables.

L'auteur pense que l'état du muscle cardiaque domine le pronostic post-opératoire.

MARCEL ROUX.

P. Soulié, J. Di Matteo, B. Coblentz et **R. Tricot.** — **Traitement du rétrécissement mitral par la commissurotomie** (*La Revue du Praticien*, t. **2**, n° 6, 21 Fév. 1952, p. 339-351).

Les anciennes tentatives chirurgicales sur la valvule mitrale ont cédé le pas à la commissurotomie.

Les auteurs, après avoir rappelé le principe de la technique chirurgicale, étudient soigneusement les indications. Difficiles à poser, elles doivent tenir compte de nombreux éléments et, notamment, de ceux fournis par le cathétérisme. Ceux-ci ont une grosse valeur que permet d'expliquer le retentissement du rétrécissement mitral sur le cœur droit.

Les auteurs distinguent des formes non justiciables de l'intervention, des formes opérables (parmi lesquelles la forme œdémateuse paraît la plus favorable), et enfin celles dans lesquelles l'intervention est discutable.

La mortalité opératoire a pu récemment être abaissée à 6,6 p. 100 et les résultats cliniques éloignés, aussi bien que ceux fournis par l'étude de la physiopathologie post-opératoire, sont encourageants.

P. GÉRARD-MARCHANT.

Carlo A. Carlon, Paolo G. Mondini et **Renato de Marchi** (Padua). — **Traitement chirurgical des affections cardio-vasculaires** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**, n° 1, Juil. 1951, p. 1-11, avec 7 fig.).

Il s'agit de la relation d'un procédé qui n'a pas dépassé le plan expérimental et destiné, en cas de sténose de l'artère pulmonaire, à dériver le sang provenant de la partie

supérieure du corps directement vers le poumon droit en pratiquant la ligature de la veine cave au ras de l'oreillette et en anastomosant, après section de la veine azygos au niveau de sa crosse, le segment distal de cette veine à l'artère pulmonaire droite préalablement isolée par section.

Cette intervention susceptible de trouver une indication dans certains cas de lésion congénitale cardio-vasculaire a été réalisée 5 fois chez le chien. 3 chiens moururent peu de temps après l'opération et l'autopsie révéla l'existence d'une thrombose obstruant l'anastomose ce qui incita les auteurs à héparíniser leurs animaux. Un 4e mourut de complication pulmonaire le 10e jour après l'opération, l'autopsie montra que l'anastomose était parfaitement perméable. Un 5e chien est vivant et semble tolérer parfaitement la dérivation dont il est porteur.

On doit noter que cette intervention augmente considérablement la pression veineuse dans le territoire cave supérieur.

MARCEL ROUX.

Conrad R. Lam, Hartley H. Aram et **Edward R. Munnell** (Détroit). — **Étude expérimentale des homogreffes de valvule aortique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 2, Fév. 1952, p. 129-135, avec 13 fig.).

L., A. et M. ont poursuivi leurs tentatives expérimentales d'homogreffes de valvules aortiques, c'est-à-dire de la transplantation d'un segment aortique comprenant les valves semi-lunaires.

Leurs précédents essais n'avaient pas été très heureux puisque les valvules ne fonctionnent que dans 1 cas sur 7 (*Annals of Surgery*, 1951). Ceux de Campbell et Hufnagel n'avaient pas eu plus grand succès. Les hémorragies secondaires furent fréquentes en raison des difficultés de suture du myocarde à la greffe. Aussi ces auteurs essayèrent-ils d'utiliser des prothèses en matière plastique.

Sans se décourager, L., A. et M. recommencèrent avec la même technique opératoire : prélèvement sur le chien donneur d'un court segment d'aorte ascendante comprenant les valvules intactes et une petite portion de myocarde, réfrigération de la greffe pendant 2 semaines dans la solution pénicillinée de Tyrode, section de l'aorte descendante immédiatement au-dessous de l'artère sous-clavière par thoracotomie à travers le quatrième espace chez le chien receveur, interposition et suture de la greffe sur tube de polythène. L'interruption de la circulation ne dura, dans aucun cas, plus de 5 mn et aucun des 74 chiens ne présenta de paralysie de pattes postérieures.

Le fonctionnement des valvules s'apprécia, après sacrifice de l'animal, par injection d'eau dans l'aorte à contre-courant.

L., A. et M., dans cette nouvelle série d'expériences, pensèrent que les valvules greffées fonctionneraient mieux si les propres valvules du chien receveur étaient insuffisantes. Ils construisirent un valvulotome pouvant être introduit à travers la paroi du ventricule gauche dans le but de sectionner une ou plusieurs des valvules aortiques.

14 animaux furent opérés en deux temps, la valvulotomie précédant de 2 semaines la greffe. 6 d'entre eux moururent après le premier temps et 4 seulement survécurent après le deuxième.

34 furent opérés en un temps. 16 moururent immédiatement et 4 après quelques jours. 14 seulement survécurent 1 mois ou plus, c'est-à-dire suffisamment de temps pour constituer, avec les 4 survivants des opérations en deux temps, un matériel d'expérimentation utilisable.

50 p. 100 d'entre eux présentaient, au niveau de la greffe, des valvules normales, ce qui donnait un pourcentage de succès supérieur à ceux de la première série d'expériences.

On peut donc espérer que, dans l'insuffisance aortique permanente, une homogreffe valvulaire est susceptible d'assurer une fonction utile.

ANDRÉ SICARD.

E. J. Beattie, Jr., F. N. Cooke, J. S. Paul et **J. A. Orbison** (Washington, D. C.). — **Coarctation de l'aorte sus-diaphragmatique traitée avec succès par résection suivie de réparation par homogreffe conservée** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **21**, n° 5, Mai 1951, p. 506-512, avec 7 fig.).

C'est le 8e cas rapporté dans la littérature de rétrécissement aortique situé au niveau du diaphragme, et c'est le 1er cas traité avec succès par résection suivie de rétablissement de la continuité artérielle par homogreffe conservée.

Le diagnostic était suggéré par l'existence d'une hypertension dans les membres supérieurs contrastant avec une absence de pouls dans les membres inférieurs. La présence d'un souffle systolique d'intensité maxima au niveau de D9-D10, l'image radiologique d'une aorte thoracique descendante normale jusqu'à la partie moyenne du thorax et la présence d'érosions costales sur les arcs costaux inférieurs. L'angiocardiographie permit de préciser d'ailleurs d'une façon exacte le diagnostic avant l'intervention.

L'exploration chirurgicale par voie trans-thoracique gauche à travers le lit de la 9e côte réséquée, permit de mettre en évidence le rétrécissement long de 6,5 cm. s'étendant depuis D9 jusqu'à l'origine de l'aorte abdominale. Après dissection et résection de la zone rétrécie, une homogreffe conservée datant de 23 jours, longue de 7 cm, fut utilisée pour combler la perte de substance et rétablir la continuité vasculaire. Le résultat a été excellent.

A. Germain.

Charles V. Menendez (New-Orléans). — **Péricardite purulente** (*New-Orléans Médical and Surgical Journal*, vol. **104**, n° 10, Avril 1952, p. 402-408, avec 7 fig.).

A propos de 3 cas personnels, C. M. écrit une brève revue générale sur les péricardites purulentes.

Ces 3 cas concernent des péricardites à pneumocoques consécutives à une pneumonie compliquée, dans chaque cas, de pleurésie. Il y a un enfant de 2 ans et deux adultes, de 43 et 50 ans. Le diagnostic en a été radiologique et le traitement a consisté dans le drainage antérieur du péricarde par résection des 5e, 6e et 7e cartilages costaux au niveau de leurs extrémités sternales. Les antibiotiques (pénicilline et auréomycine) furent largement utilisés et, dans un cas, de la streptokinase-streptodornase (150 000 et 50 000 unités) fut injectée après l'opération pendant plusieurs jours dans les cavités péricardique et pleurale.

Les 3 malades guérirent sans séquelle.

André Sicard.

Richard H. Overholt, C. Sidney Burwell, John W. Woodbury et **James H. Walker** (Boston). — **Péricardite constrictive associée à une pleurésie chronique traitée simultanément par péricardectomie et décortication pulmonaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. 23, n° 1, Janv. 1952, p. 1-13, avec 7 fig.).

L'observation rapportée est intéressante à plusieurs points de vue :

1° Tout d'abord la double incarcération cardiaque et pleuro-pulmonaire reconnaissait une étiologie traumatique, en rapport avec l'évolution chronique d'un hémopéricarde et d'un hémothorax bilatéral non infecté survenus à la suite d'un traumatisme fermé du thorax 5 ans auparavant.

2° Grâce à une étude précise pré-opératoire ayant notamment comporté une mesure de pressions intra-cardiaques après cathétérisation, le diagnostic exact de la double localisation constrictive put être porté avant l'intervention.

3° Le malade fut opéré en 2 temps à 6 mois d'intervalle. Dans le premier temps furent menées à bien simultanément une décortication du poumon gauche et une péricardectomie portant essentiellement sur le ventricule gauche. Dans le deuxième temps fut effectuée une décortication du poumon droit.

4° Les auteurs enfin se sont trouvés bien pour la conduite du premier temps (péricardectomie + décortication pulmonaire gauche) d'une voie d'abord postéro-latérale en position ventrale.

A. Germain.

Costante Bandiera, Bruno Buonomo La Roesa et **Arturo Infranzi** (Institut de Pathologie chirurgicale de Naples, professeur E. Ruggieri). — **Recherches expérimentales sur le comportement de la pression intra-cardiaque aussitôt après les résections du péricarde** (*La Chirurgia Toracica*, an. 5e, n° 2, Avril 1952, p. 90-97).

Rappel des indications de la résection ou de la simple ouverture du péricarde :

La péricardotomie évacuatrice (hémopéricarde, péricardites séreuses ou suppurées) ;

Les péricardectomies pour péricardite constrictive;

Les cardio-péricardiopexies dont le but est la revascularisation du myocarde;

Les ablations de tumeurs, de kystes, de lésions propres à la séreuse péricardique;

L'indication proposée par Valdoni, dans les cas d'altération cardiaque, avec élargissement cardiaque et stase chronique prédominant dans le territoire cave inférieur (cet auteur pense que la veine cave inférieure, fixée par le diaphragme, est coudée par le développement des oreillettes. L'ouverture du péricarde pourrait la soulager);

Le traitement du hile pulmonaire, que certains, après Allison, font systématiquement par voie intra-péricardique, même si la lésion est bénigne (Mantocchi et Garberini);

La pratique de la pneumonectomie dite « élargie » dont les indications se précisent peu à peu dans les tumeurs malignes broncho-pulmonaires.

Ayant ainsi considéré ces diverses affections et l'effraction péricardique à laquelle chacune d'elle oblige, les auteurs ont voulu mesurer la pression dans le cœur droit au cours de diverses circonstances d'exérèse ou de simple ouverture du sac fibro-séreux. Ceci dans le but de contribuer à mesurer plus exactement les indications et les contre-indications à l'agression du péricarde.

Ils rappellent le rôle de consolidation, d'appui, que le péricarde remplit vis-à-vis du cœur : celui-ci se rompt sous une pression de 3 4 d'atmosphère à une atmosphère. Soutenu par le péricarde, il supporte facilement une pression 2 fois supérieure.

Kuno a démontré expérimentalement les faits suivants :

1° L'ouverture du péricarde amène une chute de la pression veineuse dans la veine cave supérieure et une augmentation de la pression carotidienne.

2° Si, après l'ouverture du péricarde, on augmente progressivement l'afflux veineux, le volume diastolique du cœur augmente de façon correspondante.

3° Si la pression veineuse dépasse de 1/3 ou de la moitié la pression normale, le cœur est en danger.

4° Si l'on maintient la pression veineuse à un niveau bas la fonction cardiaque est améliorée par l'ouverture du péricarde.

5° En l'absence de péricarde il n'est pas possible d'augmenter le travail du cœur au-dessus de son niveau normal sans danger; il se produit des hémorragies et des insuffisances valvulaires.

6° Quand le péricarde est intact, le cœur, pour effectuer un travail donné, a besoin d'une pression veineuse plus haute que quand le péricarde est ouvert.

7° Si la pression veineuse est maintenue à un niveau courant, le cœur normal peut effectuer davantage de travail qu'un cœur sans péricarde.

Les mesures effectuées ici ont montré que le cœur supporte bien, d'un point de vue immédiat, l'ouverture ou la résection du péricarde. La pression, prise dans les cavités droites, ne décèle pas de différences que le myocarde normal ne puisse compenser.

L'élément le plus important dans la « manipulation » du péricarde reste donc, à l'heure actuelle, son anesthésie. Il faut annihiler — comme tous le font — la sensibilité des corpuscules de Pacini qu'il renferme en grand nombre. Quant au devenir éloigné des sujets privés de péricarde, seules des études ultérieures pourront le préciser.

Louis Barraya.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

L. Deloyers et **J. van der Stricht** (Bruxelles). — **Pathologie du diaphragme** (*Acta chirurgica Belgica*. Rapport au Congrès annuel de l'Association Belge de Chirurgie, 7 Juin 1952, p. 4-103, avec 20 fig.).

Il est difficile sur ce vaste sujet d'apporter des vues neuves : les auteurs de ce Rapport ne l'ont pas tenté, mais ils se sont contentés d'exposer très clairement le meilleur des très nombreux travaux qui furent consacrés aux différents chapitres de la pathologie du diaphragme. Les tumeurs, dont Brohée avait donné une très bonne étude en 1947, les éventrations, les hernies traumatiques sont successivement envisagées. Plus développé est le chapitre des hernies de l'hiatus, où sont rappelés les travaux américains, anglais et français.

D. et S. rendent hommage à l'important Rapport, sur ce même sujet, de Menegaux et Costantini (1935) qui conserve son actualité.

Sylvain Blondin.

William B. Hobbins (Madison, Wisconsin) et **Léon J. Aries** (Chicago). — **Hernies diaphragmatiques étranglées** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 4, Avril 1952, p. 454-458).

Courte revue générale à propos de 8 observations personnelles des symptômes cliniques et radiologiques des hernies diaphragmatiques étranglées.

Les auteurs pensent que la voie thoracique est la voie d'abord de choix. Tous leurs malades, qui présentaient des hernies traumatiques gauches, guérirent. 2 de ces observations objectivent l'utilité des méthodes actuelles de préparation et de soutien de l'opéré puisqu'il existait dans ces cas une contamination massive de la cavité pleurale, du fait d'une perforation de l'intestin grêle incarcéré dans le premier, de l'estomac dans l'autre.

Marcel Roux.

D. B. Effler et **Ch. S. Ballinger** (Cleveland, Ohio). — **Les complications et le traitement chirurgical des hernies du hiatus œsophagien** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 3, Sept. 1951, p. 235-247, avec 9 fig.).

Les hernies de l'hiatus œsophagien plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, peuvent donner lieu à des complications sévères qui sont importantes à considérer pour préciser les indications chirurgicales. Une distinction fondamentale est faite entre la hernie de l'hiatus para-œsophagienne, et les cas d'œsophage court avec cardia et grosse tubérosité en position ectopique intra-thoracique. Leur étiologie, leurs symptômes, leurs complications et leur traitement sont en effet tout à fait différents :

1° *Les hernies para-œsophagiennes* ou *hernies vraies de l'hiatus œsophagien* peuvent se compliquer d'hémorragies vraies ou occultes, d'œsophagite peptique ulcéreuse ou non et de volvulus de la portion herniée intra-thoracique de l'estomac. Aucune corrélation nette n'existe entre le volume de la hernie et la sévérité ou la fréquence des complications. L'indication chirurgicale doit être tirée essentiellement de ces complications après une étude précise de chaque cas particulier. Leur cure chirurgicale, quand l'indication est posée, est relativement aisée. Les auteurs en apportent 36 cas opérés, tous par voie intra-thoracique gauche, avec une mortalité nulle et des résultats constamment bons.

2° *L'œsophage court*, qu'il est parfois difficile de différencier du type précédent, est sujet à des complications plus importantes que celles des hernies vraies. La sténose est une des plus sérieuses, résultant de l'œsophagite peptique, ulcéreuse ou non. Elle donne une dysphagie marquée et peut en imposer pour une sténose néoplasique. L'hémorragie n'est pas rare de même que l'ulcère, parfois perforé et bouché dans le médiastin.

L'indication opératoire est beaucoup plus impérieuse que pour les hernies vraies para-œsophagiennes étant donné la fréquence des complications, le caractère incertain du diagnostic et l'inefficacité habituelle du traitement médical.

Leur traitement chirurgical peut être très difficile.

Il en est ainsi spécialement quant, à la faveur de l'ulcère peptique de l'œsophage, existe un raccourcissement important, une sténose serrée et une rétraction cicatricielle marquée du médiastin inférieur. Ces cas, difficiles à différencier du cancer, sont justiciables de la résection suivie du rétablissement de la continuité par œsophago-gastrostomie. 6 cas de ce genre ont été opérés avec succès.

Dans les autres cas qui ne comportent pas de modifications inflammatoire ou cicatricielle importantes, les auteurs recommandent une opération qui leur a donné toute satisfaction dans 10 cas. Celle-ci, conduite également par voie intra-thoracique gauche, associe une paralysie phrénique et une transposition antérieure de l'orifice œsophagien du diaphragme. De la sorte, la malformation est définitivement corrigée, l'estomac se trouvant entièrement placé dans la cavité abdominale.

A. Germain.

ESTOMAC

Frederick G. Panico (Baltimore). — **Cyto-diagnostic des affections bénignes et malignes de l'estomac et de l'œsophage** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 6, Juin 1952, p. 733-742, avec 11 fig.).

45 cas d'affections gastriques variées, tous vérifiés opératoirement, ont été étudiés du point de vue cytologique. Ces cas comprennent 2 gastrites hypertrophiques chroniques, 2 gastrites atrophiques chroniques, 12 ulcères gastriques, 2 cancers de l'œsophage, 20 cancers gastriques, 3 sarcomes de l'estomac et 4 cas apparemment sans lésion.

P. classe les frottis gastriques en trois catégories :

1° Les frottis contenant des éléments cellulaires dépourvus de tout caractère atypique ou malin. Ce sont de grandes cellules éosinophiles ou basophiles contenant une masse cytoplasmique assez volumineuse et un noyau régulier rond ou ovale. Elles sont en général bien conservées.

2° Les frottis contenant des cellules atypiques, mais dépourvus de caractères malins. Le noyau est plus volumineux et hyperchromatique. Pycnose et karyokinèse sont fréquemment rencontrées. Le cytoplasme peut contenir des inclusions vacuolaires et la membrane cytoplasmique peut être fragmentée. Ces modifications, dues à l'infection, sont plus fréquentes au niveau des cellules gastriques qu'au niveau des cellules œsophagiennes. Elles sont associées à de nombreux leucocytes et à des nécroses cellulaires.

3° Les frottis contenant des cellules nettement malignes. Ce sont de larges cellules à forme bizarre, multinuclées, à noyaux hyperchromatiques qui se trouvent à côté de cellules normales et que l'expérience fait reconnaître aisément.

La cytologie gastrique reste cependant encore imprécise. On connait mal les rapports entre les aspects atypiques et les aspects malins. Il est possible qu'une atypie cellulaire soit un début de critère de malignité, mais il faut d'autres études pour le fixer.

André Sicard.

A. M. Olsen, St W. Harrington, H. J. Ferry et **E. A. Boyden** (Minneapolis). — **12 ans d'expérience dans le traitement du cardiospasme** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **122**, n° 2, Août 1951, p. 164-187, avec 9 fig.).

Ce travail reflète la vaste expérience de la Mayo Clinic en matière de cardiospasme. 601 cas dont 75 p. 100 correctement suivis, ont été traités de 1935 à 1947 par un groupe de gastro-entérologues, d'endoscopistes et de chirurgiens travaillant en étroite collaboration.

Ils ont abouti à la conclusion que la dilatation hydrostatisque du cardia constitue le traitement de choix. 60 p. 100 de leurs malades ont tiré un bénéfice durable (de 4

à 19 ans) après une seule série de dilatations. Si l'on ajoute qu'une 2e série a améliore 50 p. 100 des malades non améliorés la première fois, on arrive à un total de 75 p. 100 de bons résultats par le traitement endoscopique. Au-delà de la 2e série par contre les pourcentages d'amélioration deviennent extrêmement bas. La dilatation hydrostatique bien conduite réalise presque une myotomie par voie endoscopique. Une technique rigoureuse est nécessaire pour éviter dans la mesure du possible les complications : douleurs, hémorragies, complications pulmonaires mediastinales et pleurales, rupture œsophagienne. Entre les mains des auteurs, le traitement n'a entraîné qu'une mortalité de 0,36 p. 100 et une proportion de 3 p. 100 de complications.

Dans 20 p. 100 des cas environ, le traitement endoscopique échoue et on doit recourir à la chirurgie. En principe ce sont des cas comportant une grosse dilatation œsophagienne et des phénomènes de rétention marquée qui sont justiciables de l'intervention chirurgicale. Les procédés chirurgicaux répondent à 2 types selon qu'ils réalisent un court-circuitage ou qu'ils s'attaquent directement à la zone obstruée. La série d'opérations pratiquées n'a compris que 23 cas. Malgré ce nombre limité d'opérations, les auteurs condamnent d'une façon générale les opérations qui suppriment le mécanisme protecteur de la jonction coudée œsophago-gastrique, qu'elles soient faites par voie thoracique ou abdominale (œsophago-gastrostomie et cardioplastie). Les résultats immédiats sont souvent bons, mais le reflux et l'œsophagite peptique ultérieure viennent compromettre le résultat à distance. La résection avec anastomose œsophago-gastrique ne doit avoir que des indications exceptionnelles et uniquement dans les cas complexes de sténose organique cicatricielle associée. C'est l'opération de Heller (cardio-œsophagotomie extra-muqueuse) qui constitue la meilleure opération. Les auteurs conseillent de la faire très large par voie thoracique.

A. Germain.

Maurice Ross, Paul Stanley Hill Jr et **Carl M. Haas** (Saco, Maine). **Rupture de l'estomac chez le nouveau-né** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **146**, n° 14, 4 Août 1951, p. 1313-1314).

2 cas de rupture de l'estomac chez des nouveau-nés de 3 et 4 jours.

Ces éventualités sont certainement d'une grande rareté puisque, d'après les auteurs, il n'y aurait qu'une vingtaine de cas publiés.

Le premier cas se traduisit par un syndrome brutal de collapsus avec distension abdominale considérable et pneumo-péritoine radiologique évident. L'enfant décédait malgré des essais infructueux d'aspiration gastrique. L'autopsie pratiquée quelques heures plus tard montrait, au niveau de la partie haute de la grande courbure, une perte de substance arrondie de 3 cm sur 1,5 cm, à bords réguliers. La muqueuse présentait des lésions congestives avec quelques foyers hémorragiques, quelques vaisseaux étaient thrombosés. Il semblait qu'il dût s'agir d'une perforation par nécrose de la paroi provoquée peut-être par des hémorragies intra-murales.

Le deuxième cas fut diagnostiqué suffisamment tôt pour pouvoir être traité chirurgicalement avec succès. C'est probablement la première fois qu'une perforation de l'estomac a été guérie chirurgicalement chez un enfant aussi jeune. Le syndrome clinique fut semblable à celui observé dans le premier cas, marqué par de la cyanose et une importante distension abdominale. Une tentative d'aspiration par voie œsophagienne ramena de l'oro-pharynx un mucus sanglant. La radiographie montrant un pneumo-péritoine, l'enfant fut opéré aussitôt. Sur la grande courbure du fond de l'estomac existait une perte de substance elliptique de 4 cm de long, dont les bords étaient éversés. Il semblait exister au niveau de cette fissure une atrésie de la paroi musculaire de l'estomac laissant apercevoir la muqueuse. Cette perte de substance fut suturée en réunissant l'une à l'autre les berges de la brèche musculaire. A 2 cm au-dessus du pylore, sur la face antérieure de l'estomac existait une deuxième perforation de 1 cm de diamètre qui fut elle aussi suturée. Aspiration gastrique post-opératoire. Guérison. Dans ce cas la perforation semble avoir été la conséquence d'une aplasie localisée de la paroi musculaire de l'estomac, pathogénie qui avait déjà été invoquée dans la mor-

foration spontanée de l'estomac du nourrisson. Ici encore le pylore était perméable et l'hyperpression du fait de la sténose pylorique ne peut pas être invoquée.

Bibliographie.

MARCEL ROUX.

Halit Ziya Konuralp (Istamboul). — **Calculs biliaires à l'intérieur de la paroi gastrique et sténose pylorique** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**, n° 1, Juil. 1951, p. 105-109, avec 6 fig.).

Il s'agit d'un curieux exemple d'inclusion de calculs biliaires à l'intérieur de la paroi même de l'estomac au cours d'une migration qui se fait habituellement vers le duodénum et qui avait abouti ici à l'incarcération des calculs en pleine paroi musculaire sans connexions avec la vésicule dont ils étaient issus. Cholécystectomie et gastrectomie.

MARCEL ROUX.

P. William Kleitsch (Omaha), **John H. Kehne** et **Charley F. Gutch** (Lincoln). — **Hémorragies gastro-intestinales par neurofibromatose** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 15, 8 Déc. 1951, p. 1434-1436, avec 4 fig.).

Observation d'un homme de 43 ans atteint d'une maladie nerveuse de Recklinghausen qui fut admis à l'occasion d'un melæna d'abord rapporté à un ulcère mais que le traitement classique ne parvint pas à améliorer. Comme ce malade présentait par ailleurs une petite hernie de l'hiatus œsophagien, les hémorragies furent mises sur le compte de cette lésion et l'intervention chirurgicale fut proposée. Tout l'intestin grêle depuis son origine jusqu'à sa partie moyenne était parsemé de petites tumeurs dont la taille variait de celle d'une tête d'épingle a un pouce d'adulte. Comme la hernie de l'hiatus était de petit volume, on pensa que les hémorragies devaient être plus vraisemblablement rapportées aux tumeurs constatées sur le jéjunum et le segment malade de l'intestin grêle fut réséqué. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de neurofibromes multiples de l'intestin. Guérison.

Une deuxième observation concerne un homme de 62 ans dont l'histoire était dominée également par des hémorragies intestinales et qui présentait aussi un aspect de neurofibromatose généralisée. C'est l'intervention chirurgicale qui permit le diagnostic en faisant découvrir sur toute l'étendue du grêle de petites tumeurs disséminées dont les plus grandes avaient un diamètre de 5 cm environ. Elles étaient plus ou moins pédiculées. Il fut pratiqué une résection a la demande des tumeurs les plus volumineuses. L'examen histologique révéla, là encore, qu'il s'agissait de neurofibromatose.

MARCEL ROUX.

Paul Milroy (Ceylan). — **Sténose gastrique par ingestion de liquide corrosif** (*The Lancet*, vol. **11**, n° 23, 8 Déc. 1951, p. 1064-1066).

3 observations de sténose pylorique consécutive à l'ingestion d'acide acétique (2 cas) ou d'acide azotique (1 cas).

2 fois la sténose pylorique existait seule. Elle était associée, dans le dernier cas, à une sténose du haut œsophage.

Ces sténoses pyloriques furent traitées toutes les trois par gastro-entérostomie: la guérison s'ensuivit sans incident notable.

La sténose œsophagienne céda aux seules dilatations.

MARCEL ROUX.

Frederic W. Taylor et **Herbert L. Egbert** (Indianapolis). — **Traitement non opératoire des ulcères perforés** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 4, Avril 1952, p. 464-468).

T. et E. rappellent les 2 premiers cas de perforation d'ulcère gastro-duodénal qu'ils ont guéris, il y a 15 ans, par aspiration continue. La méthode avait été utilisée de façon empirique parce que les malades avaient été jugés inopérables.

Ils ont, depuis, traité sans intervention 24 nouveaux cas avec 2 décès. Les malades étaient âgés de 28 à 80 ans et ont été vus de 1 à 72 h après la perforation. La moitié seulement a été traitée avant la douzième heure. 20 d'entre eux ont eu un contrôle radiologique, mais les 4 autres présentaient un diagnostic évident. Pendant la même période, 220 malades ont été opérés d'urgence.

L'un des décès est celui d'un homme de 80 ans qui mourut 28 jours plus tard avec un abcès sous-phrénique et un empyème. L'autre, celui d'un homme de 51 ans dont la perforation datait de 4 jours. Il fut aspiré pendant 48 h et opéré ensuite. Il présentait un volumineux abcès sous-hépatique et mourut 36 h après l'intervention.

La guérison est habituellement obtenue par l'aspiration en 3 ou 4 jours, mais la diète doit être prolongée une semaine. Bien que 4 seulement des malades aient subi une gastrectomie secondaire, celle-ci paraît toujours préférable.

T. et E. tirent de leurs expériences les conclusions suivantes : tout malade vu précocement sans localisation précise doit être opéré immédiatement. Le risque d'un échec de l'aspiration est plus grand que le risque opératoire. Tout malade vu après quelques heures, dont la partie inférieure de l'abdomen reste souple et dont l'état général est bon, peut être aspiré. L'intervention est enfin indiquée quand existe un doute sur la guérison spontanée et quand le diagnostic est incertain. De toute façon, opéré ou non, le malade doit avoir l'aspiration continue pendant quelques jours.

En résumé, il n'y a aucune raison de penser que les résultats de ces non opérés sont inférieurs à ceux de l'intervention d'urgence.

André Sicard.

G. Arce et **R. M. Calzada** (Salamanque). — **Hamartome gastrique** (*Acta Pediatrica Española*, **10**, n° 115, Juil. 1952, p. 459-485, avec 10 fig.).

Après un rappel clinique et anatomique des rares tumeurs gastriques que l'on peut rencontrer chez l'enfant (bénignes : adénomes, inclusions de tissu pancréatique ; malignes : épithéliales et conjonctives), les auteurs relatent une observation d'hamartome gastrique (tumeur d'origine embryonnaire formée de tissus étrangers à l'organe qui en est porteur), constitué par les éléments représentatifs des 3 feuillets du blastoderme, avec prédominance de tissu nerveux et nombreuses cellules de type sympathique. Cette tumeur, survenue chez un garçon de 9 mois, s'était manifestée cliniquement par une anémie intense avec ictère et fièvre élevée, hépato-splénomégalie et manifestations douloureuses ayant fait penser à une thrombose de la veine splénique. L'examen radiologique permit d'affirmer l'existence d'une tumeur gastrique. La cœliotomie révéla une énorme tumeur intra-gastrique intéressant la totalité du viscère, dont la masse en avait imposé pour une splénomégalie. Devant l'étendue des lésions et la déficience de l'état général, on se contenta d'une biopsie. Le malade mourut 19 mois après le début clinique de la maladie.

C. Couinaud.

Claude J. Hunt (Kansas City-Mo). — **Construction d'un néo-estomac à l'aide du jéjunum pour remplacer l'estomac après gastrectomie totale** (*Archives of Surgery*, vol. **64**, n° 2, Mai 1952, p. 601-608, avec 6 fig.).

C. H. décrit un procédé original permettant de créer un néo-estomac à l'aide d'une anse jéjunale : la première anse jéjunale est isolée en Y, son extrémité libre est repliée sur elle-même à son sommet, puis anastomosée à elle-même après ouverture sur son bord libre. Ainsi est formée une large poche au sommet de laquelle on implante l'œsophage.

Les auteurs ont usé 7 fois de ce procédé sans un décès.

Ils proposent, sans l'avoir encore pratiqué sur le vivant, de construire une telle poche à l'extrémité d'une anse jéjunale complètement isolée, ses deux extrémités étant réunies, l'une à l'œsophage, l'autre au duodénum.

F. d'Allaines.

INTESTIN

Aldo Plotegher (Venise). — **Sur un cas d'invagination intestinale avec élimination spontanée de l'anse. Guérison** (*Archivio Italiano delle Malattie dell'Apparato Digerente*, vol. **17**, fasc. 5, 1951).

Un homme de 52 ans est hospitalisé avec le diagnostic de sub-occlusion intestinale évoluant depuis 3 jours. Le début fut brutal par violentes douleurs péri-ombilicales, nausées et vomissements.

L'abdomen est modérément tendu, souple. Il n'y a pas d'arrêt des gaz. On pense à un *état toxique* que semble confirmer l'apparition ultérieure de diarrhée.

Thérapeutique symptomatique...

A la surprise générale, le malade élimine 16 jours après son admission une anse intestinale mesurant 25 cm, que l'examen histologique prouve être une anse jéjunale. Guérison.

Le malade revu récemment (7 ans après sa maladie) est en parfaite santé. L'examen radiographique montre une anse grêle dilatée avec niveaux hydro-aériques, sûrement jéjunale.

Les cas connus depuis 50 ans sont rares et supposent, soit le refus de l'intervention, soit une symptomatologie si atténuée que le diagnostic n'est pas porté.

Les invaginations iléales sont les plus trompeuses. La longueur de l'anse éliminée varie de quelques centimètres à 40 (Guerdin), 49 (Kohler), 60 cm (Hermes).

L'évacuation par l'anus de l'anse nécrosée se produit, en général, entre la 2e et la 3e semaine.

On ne peut toujours parler de guérison : persistance d'ulcérations, d'entérite, d'adhérences, etc. et possibilités de récidive sont des éventualités à retenir.

J. Assali.

Paul Nemir (Philadelphie). — **Iléus biliaire** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 4, Avril 1952, p. 469-474).

Chez un sujet âgé, habituellement obèse, présentant des signes d'occlusion intestinale, le diagnostic d'iléus biliaire, tout en s'appuyant sur les antécédents, ne peut être fait que par la radiographie.

L'intervention est trop souvent retardée par l'imprécision du diagnostic. Sur 8 malades, 3 ont été opérés 4 h après leur hospitalisation, 3 entre la 20e et la 40e h, 1 après 6 jours. Chez le huitième, l'occlusion datait de 12 jours. Ce fut le seul décès.

André Sicard.

William H. Sinkler et **Thomas H. Brewer Jr** (Saint-Louis, Missouri). — **Léiomyome du duodénum. 1 observation** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 4, Avril 1952, p. 449-453, avec 1 fig.).

Une observation de léiomyome du duodénum chez une femme de 46 ans, révélé par des hémorragies intestinales et de vagues douleurs épigastriques avec de temps à autre des vomissements. La malade fut considérée comme atteinte d'un ulcère gastrique hémorragique et fut traitée médicalement mais elle refit quelques jours plus tard une nouvelle hémorragie massive et une intervention fut proposée que la malade refusa.

Des radiographies du tube digestif furent considérées comme normales.

La malade ayant continué de souffrir, l'intervention fut finalement acceptée et celle-ci permit de découvrir, sur le bord droit de la 2e portion du duodénum, une tumeur du volume d'une noix faisant corps avec la paroi duodénale, qui fut extirpée avec sa zone d'implantation pariétale. Suture duodénale et gastro-entérostomie.

L'examen histologique montra que la tumeur était développée en pleine musculeuse et qu'il s'agissait d'un léiomyome dont la nature bénigne ne semble d'ailleurs pas évidente.

Pas de suites éloignées.

Marcel Roux.

William I. Wolff et **Robert Hindman** (New-York). — **L'appendicite aiguë chez les gens âgés** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 2, Fév. 1952, p. 239-247, avec 2 fig.).

88 cas d'appendicite aiguë observés chez des sujets de plus de 60 ans font l'objet d'une étude comparative avec 274 cas observés chez des sujets de 30 à 40 ans.

La proportion est un peu plus grande chez l'homme que chez la femme dans cette série qui comporte 42 p. 100 d'appendicites sans perforation, 42 p. 100 d'abcès localisés et 16 p. 100 de péritonites diffuses. La perforation s'est donc produite dans 58 p. 100 des cas, tandis que, chez le sujet plus jeune, elle ne se voit que dans 24 p. 100 des cas.

L'évolution n'est, en général, pas très rapide. Les signes généraux existaient depuis moins de 24 h dans 41 p. 100 des cas (contre 58 p. 100 chez les sujets plus jeunes). Les signes locaux ont été constatés, dans les appendicites sans perforation, dans 58 p. 100 des cas (contre 83 p. 100); dans les abcès localisés dans 22 p. 100 des cas (contre 14 p. 100); dans les péritonites diffuses dans 20 p. 100 des cas (contre 3 p. 100). Le frisson a été noté dans 20 p. 100 des cas (contre 8 p. 100).

L'opération a été retardée dans 25 p. 100 des cas (contre 5,5 p. 100) par des erreurs de diagnostic, dont les plus fréquentes ont été : péritonite sans cause précise, occlusion intestinale, cancer du cæcum ou du côlon, cholécystite aiguë.

La mortalité a été de 4,5 p. 100 (contre 0,7 p. 100). Les 4 décès ont été dus à la continuation du processus péritonéal, à l'évolution d'un abcès pelvien, à une embolie pulmonaire (2 cas).

Les complications locales ont été fréquentes (41 p. 100 contre 12 p. 100). Ce furent surtout l'infection de la plaie (15 cas), l'iléus paralytique (4 cas), la thrombophlébite (3 cas), la défaillance cardiaque (3 cas), la rétention d'urine (2 cas), la fistule stercorale (2 cas).

Il faut donc retenir de cette étude la fréquence relative de l'appendicite aiguë chez les gens âgés, la difficulté plus grande de son diagnostic, sa mortalité plus élevée, ses suites opératoires plus longues.

ANDRÉ SICARD.

Wilbourn C. Shands, Malcolm B. Dockerty et **J. Arnold Bargen** (Rochester) — **Cancer du côlon associé à une colite ulcéreuse chronique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 3, Mars 1952, p. 302-310, avec 3 fig.).

Le risque de dégénérescence d'une colite ulcéreuse augmente avec la durée de la maladie. Sur les 73 cas que les auteurs ont observés, l'affection évoluait depuis moins de 5 ans chez 8 malades seulement et depuis moins de 10 ans chez 18 malades.

Tous les cas ont eu un examen histologique, mais, sur les 73, la résection n'a pu être faite que 40 fois, les autres cas ayant été jugés inopérables.

La malignité de ce cancer secondaire est, en effet, très grande. 2 malades seulement survécurent plus de 5 ans. L'un d'eux présenta ultérieurement un deuxième cancer colique.

La dégénérescence est très souvent multiple (21 cas). Sur ces 21 cas, la colite affectait 16 fois un aspect pseudopolypeux. Il paraît donc raisonnable de toujours pratiquer une colectomie totale et il importe d'intervenir le plus précocement possible.

ANDRÉ SICARD.

Garnet W. Ault, A. F. Castro et **Robert S. Smith** (Washington). — **Étude clinique de la ligature de l'artère mésentérique inférieure dans les résections du côlon gauche** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 2, Fév. 1952, p. 223-228, avec 7 fig.).

Des dissections et des injections de pièces fraîches ont convaincu les auteurs qu'il était possible de lier l'artère mésentérique inférieure au-dessus de l'origine de l'artère colique gauche à condition de conserver intacte l'arcade bordante.

L'artère hémorroïdale inférieure suffit à assurer la vascularisation du segment rectal inférieur.

Cette ligature a été pratiquée dans 12 cas de cancer du rectum et du sigmoïde sans incident post-opératoire. Elle a permis une exérèse très large de tous les ganglions.

ANDRÉ SICARD.

William E. Demuth, Paul J. Cherney et **William T. Fitts** (Philadelphie). — **Polypes adénomateux du côlon et du rectum** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 2, Fév. 1952, p. 195-199, avec 2 fig.).

La plupart des cancers du côlon et du rectum ont leur origine au niveau de polypes adénomateux. 234 cas de polypes recto-coliques ont été observés pendant les 8 dernières années. Le pourcentage a été 5 fois plus élevé en 1950 qu'en 1943 en raison de meilleurs diagnostics.

Les deux tiers des polypes et la moitié des cancers sont localisés dans les 25 derniers centimètres de l'intestin et peuvent être atteints par le sigmoïdoscope.

Le seul symptôme des polypes est le saignement, que l'on trouva dans la moitié des cas. En dehors de lui le diagnostic ne fut fait que par l'examen systématique des malades, sans tenir compte de l'absence de troubles intestinaux.

Le lavement baryté ne permet pas toujours de reconnaître les polypes. Parmi ceux qui siégeaient à moins de 25 cm de l'anus, 62 p. 100 furent méconnus par la radiographie et ne furent identifiés que par l'endoscopie. Parmi les formes de cancer associées à des polypes, elles ne furent diagnostiquées par la radiographie que dans 26 p. 100 des cas.

Les auteurs considèrent d'ailleurs le lavement opaque comme une méthode de diagnostic pré-opératoire dangereuse, risquant de compléter une occlusion ou de perforer l'intestin.

Ils ne l'admettent que comme méthode post-opératoire, après une résection colique pour cancer, dans le but de s'assurer qu'il ne reste pas au-delà du segment réséqué des polypes qui indiquent alors une nouvelle intervention.

C'est la sigmoïdoscopie qui constitue le meilleur procédé de diagnostic. Il y a intérêt à en faire un examen systématique.

Parmi les cas observés, 36 p. 100 présentaient une association avec un cancer et 15 p. 100 un polype dégénéré (sans atteinte de la paroi intestinale).

108 malades furent opérés par voie endoscopique (fulguration), 46 par colotomie et 80 par résection colique.

La fréquence de la multiplicité des polypes exige, en présence d'un polype paraissant unique, une étude très complète du côlon entier. C'est la meilleure prophylaxie du cancer.

ANDRÉ SICARD.

Edwin R. Fisher et **Rupert B. Turnbull** (Cleveland). — **Polypes malins du rectum et du sigmoïde** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 5, Mai 1952, p. 619-625, avec 11 fig.).

La dégénérescence des polypes du rectum et du côlon se produit dans 10 p. 100 des cas environ. Elle se fait généralement au niveau de leur portion périphérique et distale. Dans 2 cas seulement sur 21, elle fut observée à leur partie moyenne.

Ces 21 cas, tous vérifiés par biopsie, font proposer la classification suivante :

1° *Cancer in situ*, dans lequel les modifications malignes des cellules et de leurs noyaux se trouvent strictement limitées au tissu glandulaire.

2° *Cancer superficiel* avec envahissement de la lame propre, mais avec intégrité de la muqueuse, des lymphatiques et des vaisseaux.

3° *Cancer invasif* avec atteinte de la muqueuse, des vaisseaux et des lymphatiques.

L'âge moyen est 60 ans, le malade le plus jeune ayant 25 ans et le plus âgé 85 ans.

Les cancers *in situ* et superficiels (14 cas) sont justiciables d'un traitement local

(fulguration et radium), les cancers invasifs (17 cas), d'une résection abdomino-périnéale.

Les malades ont survécu de 2 à 10 ans. 13 sont en vie après 5 ans ou plus. 2 malades sont morts d'un nouveau cancer colique situé à distance du premier. 1 autre mourut d'une cirrhose du foie. Dix ans plus tard, 5 malades atteints de cancer superficiel probablement insuffisamment enlevé, firent une récidive non maligne. Par contre, 3 malades atteints de cancer invasif traité localement présentèrent une récidive maligne. Dans les cancers *in situ*, il n'y eut aucune récidive.

ANDRÉ SICARD.

Michael C. Tavenner, Harry E. Bacon et **Augustin R. Peale** (Philadelphie). — **Tumeurs carcinoïdes du rectum. A propos de 7 observations** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**, n° 3, Sept. 1951, p. 265-284, avec 7 fig.).

Les tumeurs carcinoïdes connues depuis Lubarsch dans leurs localisations iléale et appendiculaire s'observent beaucoup plus rarement au niveau du rectum. L'auteur en aurait vu 7 cas. Elles n'auraient généralement pas, au niveau du rectum, le comportement bénin qu'on leur attribue classiquement ailleurs; elles sont capables en effet de métastases, bien que l'évolution générale soit lente.

5 fois les lésions furent traitées de façon purement locale. 2 des malades subirent une amputation périnéale du rectum. Tous les opérés semblent avoir eu des suites éloignées satisfaisantes.

MARCEL ROUX.

Harry E. Bacon, Lowrain E. McCrea et **Howard D. Trimpi** (Philadelphie). — **Étude critique des opérations d'exérèse élargie pour cancers du rectum** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**, n° 6, Déc. 1951, p. 694-705, avec 3 fig.).

Il s'agit là de procédés techniques convenant à des cancers largement envahissants et ayant dépassé notablement les limites de l'organe et que l'on aurait considérés naguère comme au-dessus de toute possibilité chirurgicale.

La technique recommandée par les auteurs est celle d'une véritable pelvectomie comportant l'ablation en masse par voie abdomino-périnéale de toute la partie recto-sigmoïdienne de l'intestin, de la vessie et de l'appareil génital avec curage ganglionnaire extrêmement poussé de tout le petit bassin et de la région pré-aortique basse, la mésentérique inférieure étant sectionnée à son origine. L'opération se termine par l'implantation en anus abdominal médian de l'extrémité inférieure du côlon conservé et urétérostomie cutanée bi-latérale que les auteurs préfèrent à l'implantation intra-colique en raison de sa plus grande rapidité et de sa simplicité.

Le schéma opératoire, qu'illustrent des dessins, comprend les temps suivants : ligature première de la mésentérique inférieure à son origine, incision du mésocôlon en direction du point choisi pour la colostomie définitive, incision du péritoine le long des vaisseaux iliaques primitifs puis iliaques externes et dissection en masse de tout le tissu celluleux et des ganglions qu'il contient en dénudant les uretères, excision de l'utérus et des annexes chez la femme, de la prostate et des vésicules séminales chez l'homme, excision de la vessie, excision partielle des uretères, amputation abdomino-périnéale de l'intestin terminal. Si les veines paraissent envahies une excision large des veines pelviennes doit être pratiquée et l'ablation des veines hypogastriques et des éléments qui en sont tributaires doit être conseillée si l'induration des trajets veineux semble indiquer l'existence d'une thrombose cancéreuse.

Pour contrôler une grave hémorragie toujours possible, les auteurs recommandent de pratiquer d'emblée une double ligature des artères hypogastriques, immédiatement au-dessous de l'origine de l'artère fessière.

Les auteurs ont pratiqué 5 opérations de pelvectomie vraie, 2 chez l'homme et 3 chez la femme avec 1 seule mort opératoire.

MARCEL ROUX.

Sydney Donald Weston et **Murray Marren** (Brooklyn, New-York). — **Mélanome malin du rectum** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 4, Avril 1952, p. 403-416, avec 6 fig.).

Il s'agissait d'un homme de 52 ans venu consulter à l'occasion d'un mélæna. L'examen rectal fit découvrir à 6 cm de la ligne ano-rectale une masse polypoïde, du volume d'une olive, irrégulière, implantée sur la paroi antérieure du rectum. 2,5 cm plus haut se percevaient encore 2 noyaux fermes siégeant dans la paroi rectale, d'un diamètre de 1 cm environ. La rectoscopie fut incapable de mettre en évidence ces 2 noyaux. La masse principale avait l'apparence d'un polype multilobulé, friable, de couleur sombre attaché par une base étroite à la paroi rectale. Cette lésion fut extirpée par les voies naturelles. L'examen histologique indiqua qu'il s'agissait d'une tumeur mélanique maligne.

On pratiqua une amputation abdomino-périnéale du rectum quelques jours plus tard. L'examen de la pièce opératoire montra dans l'atmosphère péri-rectale d'assez nombreux noyaux noirâtres correspondant à des métastases à l'intérieur des ganglions para-rectaux.

Malgré cette intervention le malade mourait quelques mois plus tard et l'examen nécropsique indiquait une dissémination intéressant à la fois les poumons, le cerveau et le tissu celluleux rétro-péritonéal.

Cette observation confirme la malignité extrême bien connue de ces tumeurs mélaniques mais cette localisation à l'ampoule rectale est rare, les tumeurs mélaniques du rectum siégeant d'ordinaire au voisinage immédiat de la ligne ano-cutanée.

MARCEL ROUX.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

G. Zannini et **G. Esposito** (Naples). — **Recherches expérimentales sur la ligature de l'artère hépatique** (*Archivo Italiano di Chirurgia*, vol. **75**, fasc. 4, 1952, p. 312 à 330).

Les expériences ont porté sur 30 chiens, et les résultats confirment dans l'ensemble ceux obtenus par d'autres auteurs.

La ligature et la section de l'artère hépatique et de toutes ses branches, est mortelle dans 100 p. 100 des cas. La mort est due au développement rapide de la flore anaérobie présente dans le foie, qui entraîne une septicémie grave à évolution très rapide.

Les antibiotiques administrés à fortes doses sont capables de prévenir la mort des animaux dans des proportions variables selon l'antibiotique utilisé. On a obtenu la survie dans 50 p. 100 des cas avec la pénicilline; dans 42,8 p. 100 avec la terramycine et dans 71,4 p. 100 des cas avec l'auréomycine.

On pense que l'efficacité des divers antibiotiques varie selon la flore microbienne et peut-être d'autres facteurs tels que la stérilité du tube digestif, par exemple.

Les sulfamides nonobstant leur pouvoir électif sur la flore anaérobie se sont avérés sans efficacité aucune. 100 p. 100 de mortalité.

Les examens histologiques ont permis de relever la présence de lésions de degré variable dans le foie de tous les animaux. Il faut donc admettre que la suppression de la circulation artérielle entraîne des altérations anatomiques permanentes et sur lesquelles les antibiotiques n'ont qu'une action indirecte.

Les résultats obtenus avec la ligature de l'artère hépatique, de ses branches et des principales anastomoses permettent de retenir la ligature simple de l'artère hépatique comme non dangereuse, en particulier si on lui associe un traitement antibiotique.

J. ASSALI.

Charles E. Wiles Jr., W. G. Schenk et **J. Sandenberg** (Buffalo). — **Influence de la ligature de l'artère hépatique sur la régénération du tissu hépatique chez le rat** (*A. M. A., Archives of Surgery*, vol. **64**, n° 6, Juin 1952, p. 783-787, avec 2 fig.).

On sait que la ligature de l'artère hépatique est parfaitement supportée par le rat. Quand cette ligature est associée à une hépatectomie partielle, la régénération tissulaire est identique à ce qu'elle est lorsque l'artère hépatique est perméable. Mais la régénération n'est plus normale lorsque l'hépatectomie succède à la ligature artérielle à quelques jours de distance.

Le tissu hépatique qui a souffert d'oxygénation insuffisante ne peut plus alors régénérer normalement. Cependant, le développement de vaisseaux collatéraux peut, à la longue, permettre à nouveau une régénération tissulaire normale.

F. D'ALLAINES.

H. B. Lode Wijks (Amsterdam). — **Les abcès métastatiques du foie après appendicite aiguë** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **3**, fasc. 4, 1951, p. 333-342, avec 2 fig.).

Cette redoutable complication, heureusement rare, réagit cependant assez bien aux antibiotiques quand le traitement est entrepris à temps. Le signe essentiel pour en porter le diagnostic est constitué par l'apparition de frissons répétés avec ou sans hémoculture positive, après une appendicite à forme sévère (gangrenée et perforée le plus souvent). Une revue générale de la littérature publiée à ce sujet et l'analyse de 16 cas observés dans les cliniques universitaires d'Amsterdam complètent le travail qui ne comporte, à vrai dire, aucune donnée nouvelle.

A. GERMAIN.

John H. Grindlay et **Jesse L. Bollman** (Rochester). — **Régénération du foie après hépatectomie partielle chez le chien** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 4, Avril 1952, p. 491-496).

Chez le chien le foie devient beaucoup plus petit quand la veine porte est obturée, qu'une anastomose porto-cave ait été réalisée ou non.

Pour étudier ce foie, G. et B. ont pratiqué une large hépatectomie (70 p. 100) chez des chiens normaux et chez des chiens présentant différents types d'obstruction de la veine porte et de la veine cave, puis ont comparé l'importance de la régénération hépatique ainsi que les modifications de la pression et du développement de la circulation collatérale dans les deux systèmes.

Il y a très peu de régénération chez les chiens ayant une constriction complète de la veine porte. Leur état décline rapidement. Mais, le relâchement de cette striction et l'obturation de la veine cave, qu'elle soit pratiquée au-dessus ou au-dessous du foie, provoque une importante régénération hépatique et améliore aussitôt l'état de l'animal.

La régénération se produit également chez les chiens ayant une anastomose porto-cave et une ligature de la veine cave au-dessus de l'anastomose. Elle est plus marquée quand la constriction porte à la fois sur la veine porte et sur la veine cave au-dessous du foie et quand l'anastomose porto-cave s'accompagne d'une ligature des deux veines.

La pression dans les deux systèmes est au-dessus de la normale chez les chiens normaux presque aussitôt après l'hépatectomie partielle.

La pression du système porte et le développement de sa circulation collatérale sont très marqués quand existe une constriction de cette veine, même chez les chiens chez lesquels cette striction a été relâchée.

La pression du système cave et le développement de sa circulation collatérale sont élevés quand cette veine est comprimée ou liée. La pression cave est la même que la pression portale chez les chiens présentant une anastomose porto-cave.

ANDRÉ SICARD.

R. Franklin Carter et **George M. Saypol** (New-York). — **Cholangiographie transabdominale** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **148**, n° 4, 26 Janv. 1952, p. 253-255, avec 8 fig.).

Les auteurs décrivent 3 procédés d'opacification des voies biliaires intra-hépatiques soit par ponction directe du cholédoque au moyen d'une aiguille ordinaire, soit lorsqu'il existe un rétrécissement de la partie haute de l'hépatique, par cathétérisme transstrictural au moyen d'une aiguille coudée dont l'extrémité supérieure remonte jusqu'au niveau de la partie dilatée de l'arbre biliaire, en amont de la striction, soit par ponction trans-hépatique lorsque tout cathétérisme de la voie biliaire principale s'avère impossible, l'aiguille étant progressivement enfoncée à travers le parenchyme jusqu'à ce que l'aspiration ramène de la bile ce qui témoigne de la pénétration à l'intérieur d'un canal intra-hépatique dilaté. L'abord du canal se dénonce d'ailleurs par une impression de résistance particulière offerte par la paroi du canal biliaire. Cette technique d'opacification peut être employée par voie per-cutanée en cas d'hépatomégalie, le point de ponction se situant à 4 cm à gauche de la ligne médiane, en regard de l'extrémité de la 9e côte.

Marcel Roux.

V. Reggianini (Bologne). — **De la lithiase biliaire récidivante après cholécystectomie** (*Archivio Italiano delle Malattie dell' Apparato Digerente*, vol. **18**, fasc. 6, 1951, p. 401-422).

Sur 309 cholécystectomies pratiquées au cours des 12 dernières années à la Clinique chirurgicale de Bologne, il n'a été pratiqué aucune réintervention pour récidive de lithiase des voies biliaires.

Sur 197 opérés revus : 20 ont accusé des douleurs. Chez 13 de ces derniers les symptômes douloureux ont réapparu après une période de bien-être variant entre 1 et 6 ans; 5 eurent un ictère passager, 7 n'eurent aucune amélioration; dans 1 seul cas on pense à un ictère par rétention, de cause inconnue, et qui guérit spontanément.

Sur 33 cas de lithiase du cholédoque opérés, 2 concernent des malades cholécystectomisés dans un autre hôpital, depuis 16 et 6 ans.

Observation I. — Homme de 63 ans. Ictère catarrhal à l'âge de 25 ans. Cholécystectomie à 35 ans. Ablation d'une vésicule à parois épaisses pleine de calculs à facettes et perforée dans le côlon transverse. Période de bien-être qui dure 15 années. L'apparition de vives douleurs, d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées conduit à une nouvelle intervention qui permet l'ablation d'un calcul olivaire du cholédoque. La guérison se maintient depuis plus de 7 ans. Il s'agit d'un calcul néoformé (et non pas méconnu lors de la cholécystectomie). Il est peu probable, en effet, qu'un calcul du cholédoque puisse demeurer absolument silencieux pendant 15 ans. D'autre part, il s'agit d'un calcul unique olivaire — les calculs découverts lors de la cholécystectomie étaient des calculs à facettes. Ce calcul non décelé à la radiographie, dépourvu de sels calcaires, était de formation récente.

Obs. II. — Homme de 61 ans. Cholécystectomie pour lithiase. 6 ans de bien-être et réapparition d'une violente colique hépatique, suivie d'ictère. On découvre au niveau de l'implantation du cystique, une masse arrondie du volume d'une noix, communiquant avec le cholédoque dilaté, et pleine de boue biliaire. On ramène du cholédoque de nombreux petits calculs noirs. Drainage. Guérison qui se maintient depuis 11 ans.

Les calculs noirs, de formation récente, sont d'origine hépatique ou d'origine cholédocienne, ou bien constitués dans le diverticule découvert à l'opération.

Des considérations de l'auteur, retenons les conclusions : la récidive vraie après cholécystectomie doit être tenue pour une éventualité rare. Le diagnostic de certitude est grandement facilité par une application méthodique de la cholangiographie pré- et post-opératoire. Cependant, le temps écoulé, parfois très long, après la cholécystectomie, la qualité des calculs découverts lors de la réintervention sont des éléments suffisants pour un diagnostic de grande probabilité.

Les facteurs étiologiques de la lithiase peuvent n'être en rien influencés par l'ablation de la vésicule, siège le plus fréquent de formation des calculs, mais non le seul.

Jean Assali.

Meter Corff, Simon Berger et **Gershon-Cohen** (Philadelphie). — **Cholédochostomie avec cholangiographie** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 4, Avril 1952, p. 394-400, avec 5 fig.).

50 malades subirent une cholédochostomie, dont 61 p. 100 pour lithiase. 80 p. 100 d'entre eux eurent une cholécystectomie complémentaire. La cholangiographie fut pratiquée dans la plupart des cas par le canal cystique. Elle fit découvrir, dans 18 p. 100 des cas, un calcul restant. Pas de mortalité.

De cette étude, les auteurs retiennent les enseignements suivants : l'utilité d'une bonne exploration digitale du cholédoque en se plaçant à gauche du malade, l'efficacité du lithophone (explorateur électrique qui détecte les calculs), la systématisation de la cholangiographie per- et post-opératoire.

André Sicard.

Louis P. Good et **Philip E. Pemberton** (Arkansas). — **Une méthode de mobilisation rapide de la portion intra-pancréatique de la voie biliaire principale** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 3, Mars 1952, p. 321-327, avec 8 fig.).

Le procédé ici recommandé n'a pas été appliqué sur le vivant. L'intervention suggérée a été pratiquée seulement sur une série de 25 cadavres frais.

C'est un procédé à première vue assez hasardeux d'utilisation de la partie basse du cholédoque rétro-pancréatique pour rétablir l'intégrité de la voie biliaire principale lorsque celle-ci a été accidentellement interrompue et qui consisterait en gros à cathétériser, après duodénotomie, par voie transpapillaire, le moignon inférieur du cholédoque après décollement duodéno-pancréatique. Le cul-de-sac supérieur du moignon cholédocien serait solidement noué autour d'une olive terminant le cathéter et une traction sur celui-ci permettrait d'extraire ce canal de son lit pancréatique par déroulement, de l'amener, retourné en doigt de gant, à l'intérieur de la lumière duodénale et à le refouler par un nouveau trajet plus court rétro-duodéno-pancréatique foré à cet effet pour permettre d'utiliser le plus de longueur possible de ce canal.

Malgré les estimations optimistes des auteurs concernant la vitalité du moignon cholédocien ainsi transplanté, il est permis de douter que ce soit là un procédé chirurgical recommandable.

Marcel Roux.

James E. Musgrove (Albuquerque, N. M.), **John H. Grindlay** et **Alfred G. Karlson** (Rochester, Minn.). — **Le reflux intestinal après anastomose du canal cholédoque avec le duodénum ou le jéjunum** (*Archives of Surgery*, vol. **64**, n° 2, Mai 1952, p. 579-589, avec 7 fig.).

Sur 18 chiens, les auteurs ont pratiqué 3 types d'anastomose bilio-digestive différents, afin d'étudier le reflux intestinal :

Anastomose cholédoco-duodénale latéro-latérale.

Anastomose cholédoco-jéjunale latéro-latérale.

Anastomose latéro-latérale du cholédoque avec une anse jéjunale isolée en Y.

De ces expériences, il est résulté que l'anse isolée en Y évite seule, et à tout coup, le reflux intestinal, à condition qu'elle soit assez longue.

Mais, par ailleurs, les résultats obtenus avec ce type d'anastomose, du double point de vue de la nutrition générale et d'une éventuelle cirrhose biliaire, n'ont pas été meilleurs qu'avec les deux autres types d'anastomose.

La sténose de l'anastomose joue, d'après les auteurs, un beaucoup plus grand rôle que le reflux dans la genèse des cirrhoses biliaires.

La préférence des auteurs irait donc plutôt à l'anastomose bilio-duodénale.

F. d'Allaines.

Frank Glenn et **Daniel M. Hays** (New-York). — **La mortalité post-opératoire des affections biliaires bénignes** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 3, Mars 1952, p. 283-296).

Sur un total de 3 439 interventions biliaires pour lésions bénignes pratiquées de 1932 à 1950, se produisirent 63 décès (mortalité de 1,8 p. 100). 21 de ces cas concernaient des cholécystites aiguës (dont 3 avec calcul du cholédoque), 17 des cholécystites chroniques, 15 des lithiases cholédociennes, 5 des sténoses secondaires du cholédoque et 5 des affections diverses (fistules cholédoco-duodénale, cholédoco-cutanée, etc.).

19 morts furent attribuées à une insuffisance hépatique (cirrhose, infection, nécrose), 13 à une complication respiratoire (dont 8 à une embolie pulmonaire), 9 à une complication infectieuse locale (dont 4 cas de péritonite généralisée), 4 à un abcès sous-phrénique, 3 à une pancréatite aiguë, 3 à de l'urémie, 6 à une complication cardiaque, etc.

L'insuffisance hépatique a surtout été le fait des affections évoluant depuis longtemps et des interventions multiples (19 cas).

Le syndrome hépato-rénal souvent invoqué n'a jamais été rencontré de façon certaine.

48 malades avaient plus de 50 ans (76 p. 100).

André Sicard.

PANCRÉAS

Michael Radakovich, Herman E. Pearse et **William H. Strain** (Rochester). — **Études sur l'étiologie de la pancréatite aiguë** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 6, Juin 1952, p. 749-753, avec 3 fig.).

La ligature des canaux pancréatiques chez le chien, aussi bien que la stimulation de la glande par un régime alimentaire approprié ou par l'injection intra-veineuse de secrétine ou de pancréozymine, déterminent une élévation immédiate du taux de l'amylase et de la lipase du sérum.

Le taux de l'enzyme du sérum a toujours été trouvé augmenté après ligature des canaux et injection d'une émulsion huileuse dans la circulation artérielle du pancréas.

Bien que cette modification de l'enzyme s'accompagne de signes simulant le tableau clinique de la pancréatite aiguë, il n'a jamais été constaté d'hémorragie ni de plaque de nécrose.

Par contre celles-ci peuvent être produites par la simple administration orale d'éthionine sans qu'il y ait augmentation de l'enzyme du sérum.

André Sicard.

William F. Renner (Baltimore). — **Pancréatite aiguë et insuffisance rénale post-opératoire** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 17, 22 Déc. 1951, p. 1654-1655).

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 60 ans qui fit, à la suite d'une résection endo-urétrale de la prostate, un syndrome de pancréatite aiguë caractérisé par des douleurs abdominales violentes, un ictère et, parallèlement, une insuffisance rénale progressive qui aboutirent à la mort.

A l'autopsie, on notait des lésions de pancréatite extensive non hémorragique et deux gros reins mous.

R. pense que ces lésions, à la fois pancréatiques et rénales, relevaient peut-être d'une même pathogénie et qu'elles sont vraisemblablement en rapport avec l'action d'un ferment protéolytique libéré par la résection du tissu prostatique lequel présente une activité protéolytique considérable. Il appuie son hypothèse sur le fait qu'il existait en plus un degré important d'hémolyse.

Marcel Roux.

P. Tagariello (Padoue). — **L'adénome kystique du pancréas (Synthèse et contribution clinique et histologique)** (*Archivio Italiano delle Malattie dell'Apparato Digerente*, vol. **17**, fasc. 5, p. 325-345).

Le cystadénome du pancréas est une tumeur rarement observée. Le nombre des cas connus dépasse à peine la soixantaine.

Le siège le plus fréquent est la queue du pancréas. Les kystes céphaliques tiennent la troisième place après ceux du corps.

De dimensions habituellement réduites, un œuf de poule en moyenne, on en connaît cependant des cas de gros volume (un ballon de foot-ball (Pringle), 42 cm × 31 cm (Nicolosi).

Ils présentent un aspect bosselé, sont, à la coupe, toujours multiloculaires et contiennent un liquide tantôt filant, tantôt gélatineux, trouble. L'examen chimique y révèle souvent des ferments pancréatiques.

Les cavités kystiques sont habituellement tapissées d'une couche de cellules épithéliales, parfois cubiques ou cylindriques, parfois plates du fait de la pression existant dans la cavité ou de l'âge du kyste. Il existe cependant des observations de kystes avec revêtement endothélial.

Autre caractère : ce sont les proliférations papillomateuses prenant naissance sur la paroi.

Le stroma se répartit en travées de tissu conjonctif, contenant parfois des dépôts calcaires, ou des particules osseuses.

Si le tissu glandulaire exocrine est parfois représenté par des acini, le tissu exocrine ne s'y trouve pratiquement jamais.

Une capsule conjonctive circonscrit nettement la tumeur et la sépare de la glande.

C'est une tumeur essentiellement bénigne. Quelques cas permettent de penser qu'elle peut dégénérer en carcinome.

Les symptômes sont ceux de tout kyste du pancréas quelle qu'en soit la nature (douleurs, signes de compression selon le siège, troubles dyspeptiques, glycosurie rare), et perception d'une masse épigastrique...

Le traitement ne saurait être que chirurgical. Facile dans certains cas, le kyste se clivant aisément, il a pu être irréalisable du fait d'adhérences au cholédoque ou aux vaisseaux mésentériques, ou exiger une excision cunéiforme en pleine glande pancréatique, ou la pancréatectomie partielle. La marsupialisation est contre-indiquée étant donné la structure multiloculaire du cystadénome.

Observation. — Une paysanne de 58 ans est hospitalisée en Janvier 1948. Depuis 6 mois environ, elle souffre de douleurs épigastriques parfois transfixiantes. Elle a maigri de plusieurs kilogrammes et a constaté depuis quelques temps la présence d'une tumeur épigastrique. Celle-ci arrondie, fixe, de consistance élastique est rétrogastrique à l'examen radiologique.
A l'intervention, la tumeur, du volume d'un gros œuf de poule, se montre implantée dans le corps du pancréas, sans adhérences avec les organes voisins. On ne peut trouver de plan de clivage et l'on pratique une excision cunéiforme au bistouri électrique.
Suture du pancréas après s'être assuré que le canal de Wirsung n'a pas été lésé.

Guérison. — La malade suivie depuis 3 ans a repris 10 kg.

Suit une étude histologique de la tumeur (10 fig.).

J. Assali.

M. Zorzi et **F. Levi** (Pavie-Brescia). — **Contribution anatomo-clinique à l'étude du réticulo-sarcome primitif du pancréas** (*Archivio Italiano delle Malattie dell' Apparato Digerente*, vol. **17**, fasc. 6, 1951, p. 433-441).

Tumeur extrêmement rare, on connaît 10 cas de sarcome du pancréas sur plus de 95 000 autopsies. De ces tumeurs deux sont des réticulo-sarcomes.

Observation. — Il s'agit d'un homme de 31 ans, qui 1 mois environ avant son admission à l'hôpital, a commencé à souffrir de douleurs épigastriques post-prandiales, avec éructations acides.

On sent *à droite de la ligne xypho-ombilicale une zone de résistance profonde de la grandeur d'une orange environ, à limites peu nettes, et de surface lisse. La masse est fixée sur les plans profonds et douloureuse nettement...*

Les douleurs deviennent chaque jour plus violentes, la masse épigastrique s'agrandit transversalement, et apparaissent sur l'épiglotte une ulcération, et sur la peau des papules rouges. Une papule au niveau du méat urinaire entraîne une rétention d'urine qui nécessite la cystostomie.

Le malade succombe 20 jours après son admission.

A l'autopsie on découvre un pancréas augmenté 6 à 7 fois de volume, bosselé, envahissant les glandes surrénales et le pôle supérieur des deux reins, et des métastases cardiaques, cutanées et muqueuses.

A l'examen histologique : *prolifération atypique d'éléments polymorphes, isolés, d'origine sûrement mésenchymateuse, ayant des rapports de contiguité nets avec un réticulum précollagène...*

Le sarcome du pancréas siège de préférence au niveau de la queue et du corps, et peut se présenter sous trois formes : massive, nodulaire, pseudo-kystique.

La première, malgré son volume, conserve en gros la forme du pancréas, et présente des zones de nécrose centrale.

La forme nodulaire, dont les éléments sont tantôt disséminés à tout le pancréas, tantôt groupés dans une zone limitée, et d'autant plus nombreux qu'ils sont plus petits.

La variété pseudo-kystique est relativement la forme la plus fréquente. La tumeur se présente extérieurement comme un vrai kyste, mais à la coupe on constate sur la face interne des végétations charnues dans une pulpe grisâtre.

Quelle que soit la variété anatomopathologique, l'évolution est très rapide, allant de quelques semaines à 1 an.

On distingue histologiquement : le sarcome fuso-cellulaire, le sarcome globo-cellulaire, le sarcome à cellules polymorphes, le lympho-sarcome et le réticulo-sarcome. Ces 2 derniers types étant de beaucoup les plus rares. Le cas des auteurs, après étude histologique, doit être tenu pour un réticulo-sarcome.

J. Assali.

V. Principe (Florence). — **La résection pancréatico-duodénale dans le traitement des tumeurs de l'ampoule de Vater** (*Bolletino e Memorie della Societa Tosco-Umbra di Chirurgia*, vol. **13**, fasc. 1, 1952, p. 70 à 79).

L'auteur apporte deux observations. Les malades ont été opérés par le professeur Fedeli.

Observation I. — Femme de 46 ans. Le début clinique remonte à 3 mois. Polydypsie polyurie (avec glycémie à 1,20), suivie 6 semaines après d'ictère qui fonce progressivement (hépatomégalie). Vésicule non visible à la radiographie. Ictère par rétention, *hétéroplasie des voies biliaires*, tel est le diagnostic pré-opératoire.

La vésicule est très volumineuse, sous tension, ainsi que le cholédoque. Pas de calculs. Duodénotomie qui permet de découvrir une tumeur (volume d'un haricot), sténosant l'abouchement du cholédoque. Résection des première, deuxième et troisième portions du duodénum et de la tête du pancréas. Abouchement du pancréas restant dans le moignon distal du duodénum. Gastrojéjunostomie transmésocolique. Cholécystogastrostomie.

Suites simples. La malade reprend 7 kg. Revue à deux reprises, en dernier lieu 15 mois après l'opération, elle est en parfaite santé.

Obs. II. — Homme de 50 ans. Le début remonte à 15 mois. Subictère passager. Rechute 9 mois plus tard, suivie d'amélioration et de poussées d'ictère tous les 20 jours environ. Amaigrissement de 7 kg. Hépatomégalie. Vésicule ne s'opacifiant pas. On porte comme dans l'observation précédente le diagnostic d'hétéroplasie des voies biliaires.

L'opération est conduite selon la technique sus-indiquée, mais on résèque les première et seconde portions du duodénum et une partie seulement de la tête du pancréas.

Suites tout à fait normales. Ictère 3 mois plus tard guéri par traitement antibiotique. 1 an après l'opération le malade est en parfait état de santé.

Dans les 2 cas, l'examen histologique a conclu à *Adéno-carcinome de l'ampoule de Vater.*

Le diagnostic ne peut être vraiment fait qu'à l'opération. Aucun signe pathognomonique. Seule la présence de sang dans les selles, s'ajoutant au tableau clinique, peut aiguiller vers le diagnostic.

Les interventions de dérivation du flux biliaire ne peuvent être que palliatives et réservées à des malades en mauvais état. Ceci explique les taux de mortalité de ces opérations bénignes en elles-mêmes (70 p. 100 Ferrandu et 25 p. 100 Bartlett).

La résection transduodénale de l'ampoule de Vater ne permet qu'une exérèse limitée.

La mortalité opératoire (Ferrandu) est de 36 p. 100, et le taux de survie au delà de 1 an est de 31 p 100.

L'intervention vraiment radicale, est la duodénopancréatectomie partielle en un temps ou en deux temps.

L'auteur ne veut tirer des conclusions de ses 2 cas bien que la survie des malades soit, à ce jour, de 18 et 14 mois. La statistique de Bartlett indique que sur 42 malades opérés : 5 sont en vie après 7 mois, 2 après résection en 2 temps (8 et 60 mois), 1 après laparotomie exploratrice (21 mois); 2 après opération palliative (8 mois).

J. Assali.

A. G. W. Whitfield, A. Gourevitch et **Garfield Thomas** (Birmingham). — — **Effets métaboliques de la pancréatectomie totale chez l'homme** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 4, 26 Janv. 1952, p. 180-183, avce 6 tabl.).

Étudiant les phénomènes métaboliques d'un homme de 55 ans ayant subi une pancréatectomie totale à laquelle il survécut 2 ans, les auteurs constatèrent, comme il est classique, une déficience marquée de l'absorption des graisses que l'on parvenait cependant à compenser de façon très convenable (jusqu'à 83 p. 100 d'assimilation) grâce à des doses élevées de pancréatine (11,5 g par jour).

Le diabète résultant de l'intervention était aisément compensé par des doses modérées d'insuline (moins de 50 U.).

Par contre le déficit de la balance azotée ne fut pas amélioré par la pancréatine. ce que les auteurs ne parviennent pas à expliquer clairement.

Il existait enfin un léger degré d'anémie mégaloblastique.

Marcel Roux.

RATE

Kenneth C. Sawyer, William A. H. Rettberg (Denver) et **Franklin J. McDonald** (Leadville). — **Lymphome de la rate. 1 observation** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 3, Mars 1952, p. 333-337, avec 2 fig.).

Femme de 69 ans se plaignant de douleurs de l'hypochondre gauche, accompagnées d'un affaiblissement général, d'un amaigrissement récent et présentant en outre une augmentation de volume de la région du flanc gauche. Ces symptômes sont aisément rapportés à une volumineuse splénomégalie plongeant jusqu'au pelvis et atteignant la ligne médiane. L'examen hématologique indique une leucopénie avec neutropénie et un léger degré d'anémie. Le myélogramme, par contre, était pratiquement normal.

Intervention chirurgicale. Ablation d'une rate volumineuse de 36 cm de long sur 21 de large, pesant 4,160 kg. Ablation d'une petite rate surnuméraire du volume d'une prune et d'une tumeur kystique de l'ovaire gauche qui se révéla être un adéno-carcinome kystique.

L'examen histologique de la rate montrait un élargissement important des follicules lymphoïdes avec des centres germinatifs volumineux.

La malade fut revue 8 mois après l'opération ayant repris 10 kg et présentant une formule sanguine redevenue à peu près normale.

La malade mourait 2 mois plus tard d'accidents cardio-vasculaires et l'examen nécropsique ne permit de découvrir nulle part aucune lésion de caractère malin.

Marcel Roux.

Albert P. Giannini (Santa-Clara). — **La splénectomie dans le purpura thrombocytopénique essentiel** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 2, Fév. 1952, p. 229-238, avec 6 fig.).

La splénectomie constitue le seul traitement des manifestations aiguës du purpura thrombocytopénique quand elles n'ont pas rapidement cédé au traitement médical.

9 malades, âgés de 13 à 67 ans, ont été, depuis 5 ans, opérés sans mortalité. Les plaquettes sanguines revinrent à leur taux normal après un ou plusieurs jours, sauf dans un cas où leur augmentation fut immédiate. Les hémorragies cessèrent en même temps que l'élévation du nombre des plaquettes.

Tous les malades présentaient un état toxique et une hyperthermie qui disparurent aussitôt.

Le poids de la rate varia de 100 à 300 g. Elle était le siège d'une hyperplasie du tissu réticulo-endothélial avec congestion du sinus et augmentation du nombre des éosinophiles. Par contre, aucune modification ne fut constatée au niveau de la moelle osseuse.

A noter 2 récidives sur les 9 cas que l'on peut attribuer soit à une hyperplasie réticulo-endothéliale généralisée, soit à la présence de rates surnuméraires.

André Sicard.

Harold C. Edwards (Londres). — **Pratique et conséquences de la splénectomie** (*The Lancet*, vol. **11**, n° 14, 6 Oct. 1951, p. 601-606, avec 3 fig.).

L'auteur précise ses impressions touchant le rôle de la splénectomie dans le traitement des affections du système hématopoïétique. Son opinion se base sur un ensemble de 56 splénectomies pratiquées par lui pour anémie hémolytique congénitale (25 cas), purpura thrombocytopénique (10 cas), maladie de Banti (4 cas), etc.

E. pense que l'indication d'une splénectomie ne peut jamais être posée qu'en accord parfait avec l'interniste et le spécialiste en hématologie; que l'on doit dans toute la mesure du possible se défier de l'ablation facile d'une rate saine en raison du rôle physiologique incontestablement utile de cet organe, mais que toutes les manifestations de l' « hypersplénisme » se traduisant soit par un syndrome anémique ou un syndrome leucopénique ou thrombocytopénique doivent conduire à la splénectomie, celle-ci se justifiant d'autant plus que la rate sera souvent augmentée de volume d'une façon importante et gênante de ce seul fait.

La splénectomie même dans le cas de rate volumineuse semble pouvoir toujours être menée à bien par la seule voie abdominale et l'auteur préfère une incision oblique aux incisions verticales.

La gravité de la splénectomie a été surestimée puisque dans les 30 dernières interventions pratiquées par l'auteur il y eut seulement 1 mort, la statistique totale comportant seulement 5 morts opératoires, les 4 autres étant antérieures à 1940.

Marcel Roux.

GLANDE SURRÉNALE

Charles Huggins et **Delbert M. Bergenstal** (Chicago). — **Chirurgie des glandes surrénales** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 2, 8 Sept. 1951, p. 101-106, avec 2 fig.).

Après un bref rappel de la physiologie pathologique des surrénales, les auteurs évoquent les indications de la surrénalectomie, qu'il s'agisse de tumeurs surrénaliennes intéressant la corticale ou la médullaire, ou qu'il s'agisse simplement d'interventions à visée physiologique dirigées en particulier contre l'hypertension artérielle.

La thérapeutique de remplacement moderne, et en particulier la découverte de la cortisone, permet d'envisager aujourd'hui des interventions jusqu'ici impossibles comme l'ablation bilatérale des surrénales. Bien entendu cette intervention ne doit être pratiquée qu'avec infiniment de discrimination et les auteurs insistent sur la nécessité, dans ce cas, de mettre en œuvre la thérapeutique de substitution dès avant l'intervention, le syndrome d'insuffisance surrénale aiguë étant difficilement contrôlable lorsqu'il

se développe après l'opération. Cette thérapeutique fera appel essentiellement à la cortisone et à l'acétate de désoxycorticostérone dont H. et B. publient le schéma d'utilisation pour la veille, le jour de l'opération et les jours qui suivent.

8 surrénalectomies bilatérales totales ont pu, grâce à ces soins, être menées à bien sans aucune mort, et aucune crise d'insuffisance surrénale aiguë n'a été notée.

Bien entendu la thérapeutique de substitution doit être continuée de façon persévérante mais il suffit de faire appel pour cet usage prolongé à la cortisone, l'acétate de désoxycorticostérone n'étant pas nécessaire. Par contre, la ration nutritive du patient doit comporter une dose journalière de 2 à 4 g de chlorure de sodium.

MARCEL ROUX.

APPAREIL URINAIRE

R. Budniok et **G. Suchowsky** (Berlin). — **Un cas de rein surnuméraire bilatéral avec abouchement extra-vésical des uretères surnuméraires** (*Zeitschrift für Urologie*, **44**, n° 7, 1951, p. 453-463, 12 fig.).

Les malformations de l'uretère qu'accompagne son abouchement extra-vésical comprennent les 6 variétés suivantes.

I. Uretère unique avec abouchement extra-vésical unique. II. Uretère unique avec abouchement extra-vésical bilatéral. III. Uretère double d'un seul côté avec un abouchement extra-vésical. IV. Uretère double d'un seul côté avec 2 abouchements extra-vésicaux. V. Uretère double des 2 côtés avec un abouchement extra-vésical. VI. Uretère double des 2 côtés avec 2 abouchements extra-vésicaux, 1 de chaque côté. La variété la plus répandue est la variété III (114 cas en auraient été publiés). La variété la plus rare est la variété VI : il en a été publié 6 cas dont 5 sur le vivant, voici l'observation d'un 7e cas (6e sur le vivant).

OBSERVATION. — Une jeune fille de 16 ans souffre depuis toujours d'incontinence; elle a un spina bifida de la 5e lombaire pour lequel l'opération a été refusée. La malade a conservé des mictions en jet. Elle n'a pas d'incontinence couchée, mais — signe pathognomonique (Schwartz) — a une forte incontinence dès qu'elle quitte la position couchée. La cystoscopie montre deux abouchements normaux d'uretère dans la vessie. Au-dessous du méat urétral, à droite comme à gauche, s'ouvre un orifice uretéral anormal. L'urographie ne montre qu'une image normale avec seulement une dilatation modérée des uretères pelviens. Une sonde s'enfonce à 12 cm dans l'orifice extra-vésical droit, mais s'enroule dans la partie inférieure de l'uretère correspondant. Une injection opaque faite par cette sonde remplit un large uretère à dilatations ampullaires se terminant à la 12e côte sans dessiner de bassinet. A gauche, la sonde arrêtée à 4 cm de l'orifice surnuméraire permet de remplir un large uretère tubulaire se terminant à la 12e côte sans dessiner non plus de bassinet. Ablation en deux temps des deux reins supérieurs surnuméraires et de presque tout leur uretère : guérison. L'artère du rein surnuméraire supérieur naissait à droite de la branche crâniale de l'artère rénale, à gauche de l'aorte. Les veines des deux reins surnuméraires étaient tributaires de la veine rénale. Les deux uretères surnuméraires passaient à travers la bifurcation de l'artère rénale, puis, fait curieux, jamais noté encore au su de l'auteur, croisaient plusieurs fois l'uretère normal : à gauche alternativement deux fois en arrière et deux fois en avant (d'après la figure qui est en certain désaccord avec le texte), à droite successivement deux fois derrière l'uretère normal et une fois devant.

Cette observation est suivie d'une étude histologique très poussée et d'une intéressante discussion embryologique.

G. WOLFROMM.

K. Sickinger et **G. Suchowski** (Berlin). — **Sur 2 cas de tumeur périrénale. Une contribution à la casuistique des tumeurs de la capsule (de la loge) rénale** (*Zeitschrift für Urologie*, **44**, fasc. 9, p. 605-617, 6 fig.).

Dans ce travail, appuyé sur 2 observations résumées ci-dessous, les auteurs se préoccupent de bien distinguer les tumeurs *périrénales*, développées à l'intérieur des feuillets qui limitent la loge graisseuse du rein, développées en dedans du fascia rénal de Zuckerkandl et les tumeurs *para-rénales* développées en dehors de cette loge, en dehors du fascia rénal, dans le tissu graisseux rétro-péritonéal, non individualisé.

Observation 1. — Un homme de 71 ans, hospitalisé pour troubles cardiaques graves, porte une grosse tumeur sous le rebord costal gauche. Aucun signe urinaire significatif. Mort par infarctus cardiaque. L'autopsie montre une tumeur de la taille de la tête d'un petit enfant, adhérente à la rate et au rachis dont elle envahit deux vertèbres, développée en dedans du fascia rénal qu'elle perfore cependant en plusieurs points, incluant le rein dans sa partie inférieure; l'œil n'y put reconnaître, sur les coupes macroscopiques, aucune trace de tissu surrénal. Il s'agissait d'un *sarcome à cellules polymorphes*, très riches en noyaux et à stroma fibreux fort réduit.

Obs. 2. — Une femme de 49 ans s'inquiète de l'augmentation de son périmètre abdominal, mais ne souffre que d'une sensation de plénitude et, par périodes, de nausées. Elle porte sous le rebord costal gauche une énorme tumeur indolore; elle n'a ni ascite, ni œdèmes des membres inférieurs. Aucun signe urinaire. Tension artérielle 19,5 — 10. L'urographie, qui montre à droite un bassinet et des calices normaux, ne met en évidence à gauche que quelques calices amincis. La pyélographie montre un bassinet couché horizontalement et dont le calice supérieur est étiré et d'une grande minceur. Aucun processus destructif des calices. De ce rein très abaissé, il part un uretère dont le trajet est en S. La tumeur de la taille d'une tête d'adulte (2 750 g) est péniblement extirpée, car elle entoure étroitement l'aorte sur 10 cm. Le rein, refoulé au pôle inférieur de la tumeur, lui est si adhérent qu'il faut l'enlever avec elle. Guérison rapide, grande amélioration de l'état général de la malade. La pression artérielle s'abaisse à 11,5 — 7,5.

L'examen de cette énorme tumeur bosselée montre que le rein qu'elle refoule est partiellement fusionné avec elle. A la surface de la tumeur, on reconnaît clairement une capsule surrénale étirée. Il s'agissait d'un *lipo-myxo-sarcome* dont il est donné une description fort détaillée.

Pourquoi la tension artérielle s'était-elle ainsi élevée : lutte contre la compression de l'aorte ? Action — à laquelle l'auteur croit peu — d'une altération rénale unilatérale ?

Les tumeurs *périrénales* se distinguent des tumeurs *para-rénales* à 2 signes : il faut fendre le fascia rénal pour les aborder; la glande surrénale est étirée à la surface de la tumeur. Cette distinction est loin d'être toujours facile : une tumeur de l'espace graisseux rétro-péritonéal est capable d'effondrer le fascia rénal, de pénétrer dans la loge fibreuse du rein et de se glisser entre rein et capsule surrénale.

Ces 2 observations sont suivies d'une étude des divers cas semblables publiés et qui sont des raretés et de considérations sur la topographie de l'espace rétro-péritonéal ainsi que sur la pathogénie de ces tumeurs. La mortalité opératoire, autrefois élevée (48,5 p. 100 pour Kuster) est tombée à 7,5 p. 100 (Schmid 1923); elle est encore appelée à baisser devant les progrès actuels de la chirurgie.

G. Wolfromm.

O. A. Nelson et **L. H. Mousel** (Seattle). — **Tumeurs rénales** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **148**, n° 3, 19 Janv. 1952, p. 171-174).

Après un court rappel concernant l'anatomie pathologique et la symptomatologie des tumeurs du rein, les auteurs insistent sur l'intérêt de l'aortographie pour le dépistage de ces lésions.

Suivent des considérations sur les agents anesthésiques les plus convenables à leur exérèse chirurgicale. Les préférences des auteurs vont à l'anesthésie rachidienne hyperbare.

Marcel Roux.

C. E. Alken et **F. Sommer** (Hombourg). — **La réno-vasographie dans le diagnostic de l'hypernéphrome** (*Zeitschrift für Urologie*, **44**, n° 9, 1951, p. 564-569, avec 3 fig.).

Un malade a eu une hématurie. Les plus fines méthodes radiologiques ne montrent rien de net ou bien il est impossible de les mettre en œuvre; l'aortographie, elle-même, ne donne que l'image des plus grosses artères rénales, ne dit rien sur la vascularisation fine de l'organe. Fait-on une lombotomie : on risque encore, le rein en main, d'hésiter entre expectative, néphrostomie ou néphrectomie. Va-t-on prendre sur soi de rester dans une expectative coupée d'examens périodiques, laissant ainsi se développer des métastases qui feront perdre toute valeur à la néphrectomie ? Non pas : il faut mettre le rein à nu et pratiquer une *réno-vasographie per-opératoire*. On comparera le cliché obtenu avec des clichés-types montrant ce que devient la vascularisation de l'organe dans les diverses tumeurs du rein (recherches de Wille-Baumkauff sur des pièces opératoires et cadavériques). Ainsi bien souvent le diagnostic deviendra éclatant. L'auteur en cite pour exemple, dans une dégénérescence polykystique du rein au début, la mise en évidence — ombre claire cernée par les arborisations artérielles opacifiées — d'un petit kyste cortical, insoupçonnable au palper et ayant environ la taille d'une noisette.

G. Wolfromm.

C. F. Alken, F. Sommer et **F. Kling.** — **Rénovasographie avant néphrectomie partielle dans un cas de kystes médullaires calculeux du pôle supérieur du rein** (*Zeitschrift für Urologie*, **44**, fasc. 9, 1951, p. 569-576, 6 fig.).

Une ablation d'un pôle supérieur du rein, porteur de plusieurs kystes médullaires contenant de petits calculs groupés en grappe a pu être faite dans les meilleures conditions opératoires (hémostase facile, réduction des risques de nécrose ou de fistule ultérieures) grâce à la technique suivante :

Le rein est extériorisé, son artère polaire supérieure isolée. Il est introduit dans celle-ci un cathéter à injection calibre Charrière 4, par lequel il est injecté de l'uro-selectan à 50 p. 100. Le pôle supérieur est réséqué en se guidant sur la radiographie de son territoire artériel, qui se trouve alors opacifié jusqu'en ses plus fines ramifications. Saignement minimum. Guérison après un minime incident de désunion partielle de la plaie, dans l'observation publiée.

Cette méthode, basée sur les travaux iconographiques de Wille-Baumkauff qui a ainsi étudié 153 pièces opératoires et d'autopsie, permet non seulement de déceler des lésions débutantes, n'ayant pas encore modifié le pyélogramme, mais encore de mener à bien, sans crainte d'hémorragie ni d'infarctus, les résections polaires des reins. Elle est supérieure à l'aortographie qui ne donne que des images grossières de l'arbre artériel du rein. Les auteurs qui utilisaient primitivement une aiguille à injection, coudée à angle droit, préfèrent aujourd'hui utiliser une sonde uretérale à œil latéral et que termine un point de métal : ainsi la pénétration est plus profonde et le cathéter risque moins que l'aiguille de sortir de l'artère lors de la radiographie per-opératoire. Si l'on ne peut isoler une artère polaire naissant au fond du hile, si, dans ce cas, le pédicule rénal est trop court pour permettre d'utiliser l'artère rénale, il suffit de ponctionner l'aorte, particulièrement facile à atteindre à gauche, près de l'origine de l'artère rénale et d'injecter la solution opaque en comprimant l'aorte en aval. Le diodone et l'ioduron ont pu être employés; pas plus que l'uro-sélectan, ils n'ont provoqué de manifestations irritatives.

L'observation est accompagnée d'une étude histo-pathologique détaillée de la pièce opératoire et de ses kystes. Des indications sont données sur le moyen de discerner les concrétions calculeuses, à contours nets, arrondies et groupées en grappe, des kystes, des calcifications plus nuageuses et sans groupement systématique des tuberculoses rénales.

G. Wolfromm.

E. Lasio (Institut d'Urologie de l'Université de Milan, professeur L. Pisani). — **Considérations sur les techniques et les résultats des anastomoses uretéro-coliques** (*Chirurgia*, vol. **6**, fasc. 6, 1951, p. 501-509, avec 7 fig).

M. Lasio reprend la nomenclature des procédés récents d'anastomoses uretéro-coliques, du Coffey à Nesbitt et Cordonnier. Il propose une modification du Coffey I : Une tunellisation de 2 cm est créée, inter-musculo-muqueuse, entre 2 petites incisions transversales d'une bandelette. L'uretère est glissé de l'incision supérieure à l'incision inférieure. Là, une ponction muqueuse permet d'introduire le canal urinaire dans la lumière intestinale. Il est fixé à la paroi, quelques millimètres en aval. Péritonisation grâce à un lambeau péritonéal ménagé avec l'incision qui avait permis la découverte de l'uretère. Tout ceci par voie intra-péritonéale, sauf dans les cas douteux, infectés, où la voie extra-péritonéale est utilisée, du côté gauche.

Les auteurs ont opéré :

7 Coffey I, 2 Coffey II, 2 anastomoses directes, et 13 Coffey I modifiés comme nous venons de l'indiquer.

Mortalité immédiate : 3 cas par désunion de l'anastomose; il s'agissait de Coffey I. Une seule mort dans le procédé décrit par M. Lasio, à la suite d'un iléus paralytique irréversible. Les résultats éloignés paraissent également meilleurs par ce procédé.

Louis Barraya.

Edward Gomer Jones et **Arnold H. Kegel.** — **Traitement de l'incontinence d'urine** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 2, Fév. 1952, p. 179-188).

C'est l'absence de tonicité du muscle pubo-coccygien qui est responsable chez la femme, de l'incontinence d'urine. Les exercices actifs de ce muscle suffisent en général à la supprimer; ils peuvent être utilisés soit en complément de la chirurgie, soit comme seule thérapeutique.

Sur 117 malades, 81 obtinrent un bon résultat (69 p. 100). Le traitement fut toujours long. Le résultat ne fut acquis qu'au bout de 2 mois dans 81 p. 100 des cas et de 6 mois dans 89 p. 100 des cas.

37 malades présentaient une récidive opératoire. 27 d'entre elles furent guéries malgré la persistance de la cystocèle ou de l'urétrocèle, ce qui prouve bien le rôle que joue le muscle dans la continence du sphincter.

Les facteurs qui permettent de prévoir un bon résultat sont l'apparition progressive et ancienne de l'incontinence, l'amélioration transitoire par l'opération, le contrôle partiel de la miction.

Ceux qui indiquent un mauvais résultat probable sont les troubles neurologiques associés, l'échec opératoire total, l'incontinence nocturne, l'absence de sensation de réplétion vésicale.

La collaboration de la malade, son désir de guérir, sa patience sont indispensables pour obtenir un résultat. Il n'est pas question d'opposer ce traitement, dont aucun détail pratique n'est indiqué, aux méthodes chirurgicales, mais il peut rendre de grands services, surtout après les échecs opératoires.

André Sicard.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

Hans Marberger (Innsbruck). — **Un cas d'embolie de l'artère spermatique** (*Zeitschrift für Urologie*, **44**, n° 8, 1951, p. 541-545).

A l'exception de l'œil, nul autre organe facilement accessible n'est exposé à d'aussi graves désordres par troubles circulatoires que le testicule. Cela tient à ce que son artère principale, l'artère spermatique, est une artère à distribution terminale. Une fois qu'elle est obstruée, ses rares anastomoses ne permettent pas, surtout chez les sujets âgés, une suppléance suffisante. Abstraction faite des malheurs opératoires (cures surtout de hernie, de varicocèle) et de gros traumatismes extérieurs pouvant amener la déchirure du cordon, les troubles circulatoires du testicule peuvent, suivant la juste conception de Hellner, être divisés en troubles indirects, les plus fréquents, relevant de la torsion, de l'étranglement du testicule et du cordon, et en troubles directs, infiniment plus rares : la thrombose, l'embolie, les altération pariétales de l'artérite et de l'artériosclérose. Voici une observation tenue par l'auteur pour un cas d'embolie de l'artère spermatique.

Observation. — Un homme de 48 ans a été réveillé d'un profond sommeil par une vive douleur à l'aine droite, allant de l'orifice inguinal au testicule. Les douleurs s'atténuèrent bientôt et furent remplacées par une sensation de pesanteur, de tiraillement de la bourse, moins localisable. Le testicule gonflé est devenu douloureux à la pression. Léger état fébrile. Nul écoulement urétral, nulle douleur à la miction. Le testicule qui, au dire du malade, n'a pas modifié sa position de toujours, a grossi pendant quelques jours. Le malade est à la phase de guérison d'une myo-endocardite rhumatismale : au bout d'un an et demi de cette maladie, il n'y a que deux mois qu'il a commencé à se lever. Quelques jours avant le début de son affection testiculaire, il a dû faire un violent effort au cours d'un incendie. Il n'a jamais eu de maladie vénérienne, mais son testicule droit a toujours été un peu plus petit que le gauche et placé un peu plus haut. Le malade à la peau pâle et moite, une légère cyanose du visage, un système pileux normal. L'électrocardiogramme montre des signes d'insuffisance coronarienne et des troubles de la conduction intra-ventriculaire, à gauche. Le testicule tendu, de la taille d'une petite pomme élastique, est logé au fond du scrotum et est entouré d'une couche d'hydrocèle. Le cordon douloureux et enflammé est de la taille du pouce. Le triangle inguinal droit est gonflé et sensible à la pression. Le dartos est épaissi, le scrotum rouge, le testicule gauche sain ainsi que la prostate et les vésicules séminales. Le liquide de l'hydrocèle est sanglant et stérile. On

pense à un trouble vasculaire direct. Le testicule mis à nu est le siège d'un *infarctus hémorragique;* les veines du plexus pampiniforme sont thrombosées. L'artère spermatique isolée ne bat pas comme le fait encore l'artère déférentielle. Il n'y a nulle trace de torsion du cordon. Le testicule est conservé, le scrotum suturé. Au bout d'un an le cordon est encore épaissi, le testicule est dur et diminué de volume. Au bout de deux ans, il est dur et de la taille d'une cerise, mais indolore ainsi que le cordon qui est à peine épaissi. Nul trouble fonctionnel. Pas de nouvelle embolie. L'opérateur a pensé préférable de conserver le testicule au risque d'une nécrobiose ultérieure qu'il pensait moins préjudiciable au malade que le choc psychologique de la castration. Il est d'ailleurs possible qu'un testicule atrophié garde quelque fonction.

L'auteur termine son travail par une discussion du diagnostic entre lésions directes et lésions indirectes des vaisseaux du testicule.

G. Wolfromm.

Vincent J. Longo, John R. McDonald et **Gershom J. Thompson** (Rochester). — **Tumeurs primitives de l'épididyme** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **147**, n° 10, 3 Nov. 1951, p. 937-941, avec 6 fig.).

Ces lésions sont rares. Parmi les 55 cas comportant un examen anatomo-pathologique détaillé recueillis par les auteurs dans la littérature mondiale, 60 p. 100 des lésions étaient constituées par des tumeurs pseudo-glandulaires ou tumeurs adénomatoïdes. La pathogénie de ces lésions est discutée, certains les considérant comme de nature mésenchymateuse, d'autres de nature épithéliale. Ces tumeurs siègent 4 fois plus fréquemment au niveau de la queue de l'épididyme qu'au niveau de la tête et le côté gauche est intéressé 2 fois sur 3. Les autres lésions comprennent des léiomyomes, des tumeurs mixtes, des lipomes. Le cancer est une affection très rare et l'on n'en connaîtrait qu'une trentaine d'observations authentiques. Le sarcome est 2 fois plus fréquent que le carcinome.

Marcel Roux.

Raymond J. Fitzpatrick, Louis M. Orr, James B. Glanton et **Joseph C. Hayward** (Orlando, Fla). – **Tumeur du cordon spermatique** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **148**, n° 4, 26 Janv. 1952, p. 259-261, avec 3 fig.).

2 nouvelles observations de tumeur du cordon spermatique qui étaient l'une un sarcome spino-cellulaire chez un homme de 34 ans, l'autre un lipome chez un homme de 71 ans.

Le 1er cas tire son intérêt de la durée de la survie : 14 ans, la mort étant finalement survenue par métastases tardives généralisées. Il s'agissait d'une tumeur arrondie, du volume d'une mandarine, de consistance semi-fluctuante, bien limitée. Le traitement avait consisté dans une castration en raison de l'englobement de l'artère spermatique à l'intérieur de la masse.

Le 2e cas était un lipome qui avait été opéré une première fois en 1937, qui récidiva et fut de nouveau opéré en 1949. La lésion était indiscutablement bénigne.

Marcel Roux.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

Franklin L. Payne (Philadelphie). — **Le traitement du cancer de l'utérus par les radiations et la chirurgie** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 6, Juin 1952, p. 715-721).

L'analyse de 211 cas de *cancer du corps utérin* montre que le traitement de choix est l'hystérectomie précédée de radiumthérapie intracavitaire. Les cas jugés inopérables sont justiciables d'irradiation intra-cavitaire intense et de radiothérapie associées. Les pelvectomies représentent un risque trop grand.

La statistique globale montre, si l'on excepte 3 malades morts de causes diverses, 115 survies après 5 ans ou plus, soit 55,3 p. 100. L'hystérectomie seule compte pour 80,4 p. 100, le radium pré-opératoire et l'hystérectomie pour 92,9 p. 100, l'hystérectomie et la radiothérapie post-opératoire pour 75 p. 100 et le radium associé à la radiothérapie pour 40,8 p. 100.

Pour le *cancer du col utérin*, la radiumthérapie suivie d'hystérectomie reste toujours le meilleur traitement. Pour les 183 cas analysés, il a donné 74 p. 100 de survies au delà de 5 ans au stade I, 45,6 p. 100 au stade II, 27,3 p. 100 au stade III, 14,3 p. 100 au stade IV, soit une survie globale de 44,8 p. 100.

Ces cas ont été traités de 1940 à 1945. Il est à noter que, de 1930 à 1935, la survie n'avait été que de 28,6 p. 100 et, de 1935 à 1940, de 39 p. 100.

André Sicard.

P. Brocq et **Mlle J. Alberti.** — **L'hystérectomie inter-annexielle à divers niveaux (fundique, supra-isthmique, isthmique, subtotale et totale), avec conservation de l'artère utérine et de ses branches ovariennes** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. **51**, n° 1, 1952, p. 23-38, avec 9 fig.).

Cette opération est en quelque sorte une hystérectomie partielle ou totale avec conservation de l'un ou des deux ovaires. Elle laisse intacts le pédicule utérin et ses branches ovariennes, elle préserve l'innervation des ovaires et respecte la synergie utéro-ovarienne en ménageant une portion plus ou moins importante de l'endomètre, chaque fois que cela est possible.

La protection des artères utérines est assurée par la conservation des deux bords musculo-séreux de l'utérus. La section utérine en donnant au bistouri une inclinaison particulière se fait suivant un angle dièdre. L'hémostase provisoire n'est pas nécessaire Il suffit de pincer les artérioles au fur et à mesure de leur section et de les lier ensuite séparément. L'hémostase est complétée par la suture du col ou de l'isthme et par celle des deux tranches de chaque dièdre par points séparés ou par surjet.

La péritonisation doit être parfaite. Elle n'est difficile qu'à la partie supérieure en raison de l'épaisseur de la tranche à la hauteur de l'implantation de la trompe et du ligament rond et du peu de souplesse du péritoine postérieur du ligament large à ce niveau.

En cas d'hystérectomie totale, la technique, bien que réalisable, est plus difficile. Pour éviter les lésions de l'artère utérine, il faut soit conserver une tranche du col et terminer par une désinsertion du vagin en avant et en arrière, soit isoler la crosse de l'artère utérine et pincer et lier séparément ses branches cervico-vaginales et vésico-vaginales.

Cette opération, qui peut n'être exécutée que d'un seul côté, se situe, dans la gamme des interventions conservatrices, entre l'hystérectomie à différentes hauteurs avec conservation des ovaires par le procédé habituel et la myomectomie qui reste néanmoins l'opération de choix.

Ses indications en sont en fait limitées. Dans le fibrome, elle n'est possible que quand les noyaux sont localisés au niveau du fond et qu'il n'en existe pas au niveau des bords. Par contre, dans le gros utérus hyperplasique avec petits fibromes, dans le gros utérus ménorragique ou douloureux sans fibrome, dans les diverses annexites. elle donne d'excellents résultats.

Dans les 29 cas opérés avec la technique décrite, les suites opératoires n'ont comporté aucun incident.

Sauf dans un cas où la totalité de l'endomètre avait du être retirée ainsi qu'un ovaire, aucun trouble de castration n'est signalé. Les règles restent généralement normales ou sont modifiées dans leur abondance et leur durée suivant l'importance de la portion d'endomètre respectée au cours de l'opération.

André Sicard.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Watts R. Webb et **Thomas H. Burford** (Saint-Louis, Mo). — **Gangrène du membre supérieur après opération de Blalock utilisant l'artère sous-clavière** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 2, Fév. 1952, p. 199-204, avec 2 fig.).

Cette complication est exceptionnelle. Les auteurs en rapportent 1 cas personnel qui s'est terminé par une amputation de l'avant-bras.

Discutant les différents facteurs qui peuvent être mis en cause pour expliquer l'insuffisance de la circulation collatérale de suppléance, ils attachent une importance minime au type de l'incision, l'accident a été observé aussi bien après thoracotomie postérolatérale qu'après incision antérieure. Par contre les phénomènes de thrombose si fréquents chez ce type de malade, et le spasme artériel semblent être les facteurs décisifs.

A. Germain.

H. Schjelderup (Bergen-Norvège). — **Rupture du tendon inférieur du biceps brachial** (*Nordisk Medicin*, **48**, n° 33, 15 Août 1952, p. 1121-1123, avec 4 fig.).

H. relate 1 cas de rupture du tendon bicipital inférieur à son insertion sur la tubérosité du radius, chez un homme de 40 ans. Tableau clinique tout à fait classique. Au point de vue thérapeutique, H. fit dans le tendon une suture à la Bunnell; les deux chefs du fil, passant ensuite à travers le radius, au ras de la tubérosité bicipitale encochée et traversant ensuite les parties molles pour se fixer au bord interne de l'avant-bras en se nouant sur un bouton de fixation. Évolution normale. Guérison. L'auteur insiste sur l'utilisation du curare au cours de l'anesthésie, lui ayant permis d'éviter toute secousse musculaire préjudiciable à la suture.

M. Deniker.

George Perret (Iowa City). — **Étude expérimentale et clinique des blessures des nerfs périphériques du membre supérieur** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **146**, n° 6, 9 Juin 1951, p. 556-560).

L'auteur pense que, contrairement à l'opinion classique, les antibiotiques permettent aujourd'hui d'intervenir immédiatement dans tous les cas de plaies des nerfs même lorsqu'il s'agit d'une blessure souillée. La suture immédiate est une des conditions essentielles de la régénération du nerf et de sa restauration physiologique. Si la réparation immédiate est impossible en raison d'une perte de substance étendue, les deux extrémités du nerf interrompu doivent être repérées et amarrées aussi étroitement que possible au muscle, fascias ou tendons de voisinage par des sutures métalliques, ce qui permettra de les retrouver plus aisément lors de l'intervention de restauration ultérieure.

En cas de greffe nerveuse, l'autogreffe semble supérieure dans ses résultats à la simple homogreffe.

Marcel Roux.

Garrett Pipkin (Kansas City, Missouri). — **Arthrodèse de l'épaule par enclouage scapulo-huméral** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **16**, n° 4, Oct. 1951, p. 407-418, avec 14 fig.).

Il s'agit d'une technique consistant dans l'introduction d'un clou de Kuntscher par voie transglenoïdienne à l'intérieur du massif épineux de l'omoplate que l'on fait émerger au niveau du bord spinal de l'os et que l'on réintroduit à force à l'intérieur du canal médullaire de l'humérus après excision du cartilage glénoïdien et exérèse de la tête

humérale. L'opération a été pratiquée 6 fois. Elle peut être complétée par la disposition de greffons ostéo-périostiques autour du foyer d'arthrodèse.

Une résection partielle de la clavicule peut être nécessaire pour permettre une bascule plus parfaite de l'omoplate.

Des schémas et des radiographies illustrent le procédé.

MARCEL ROUX.

MEMBRE INFÉRIEUR

Ivo Macik (Brno). — **Les injections de procaïne intra-artérielles dans les séquelles de traumatisme et les artérites oblitérantes des membres inférieurs** (*Lékarské Listy*, an. **7**, n° 3, 1er Fév. 1952, p. 64-67).

Au nombre de 3 à 6, les injections pratiquées dans l'artère fémorale sont de 15 cc, 20 cc et 30 cc de procaïne à 1 p. 100, à raison d'une tous les 3 jours, complétées par une infiltration du sympathique lombaire à mi-cure.

De bons résultats ont été obtenus dans les rigidités articulaires avec guérison complète dans les cas récents, avec disparition de l'œdème (périmètre diminué de 3 cm), de la cyanose, des anomalies thermiques locales et des autres troubles trophiques qui accompagnent la décalcification dans les cas anciens, ou chroniques. La fermeture des fistules résiduelles peut être obtenue, après une période de décharge exsudative et par l'association de pénicilline, quand les radiographies prouvent l'absence de séquestre. Lorsque le cal est insuffisant, l'effet est moins net, mais reste un utile adjuvant. Dans la gangrène sèche par endartérite, l'action analgésique et vaso-dilatatrice de la procaïne intra-fémorale est manifeste. Elle permet d'obtenir souvent des guérisons complètes.

GUY HENRI.

H. Gelbke (Göttingen). — **Quelques remarques sur la mécanique et la technique de l'enclouage du col du fémur** (*Acta Societatis Medicorum Upsaliensis*, vol. **56**, n° 5-6, 21 Fév. 1952, p. 253-369, avec 16 fig.).

Voici les directives que s'est imposées l'auteur en matière d'enclouage du col fémoral :

1° L'enclouage doit être stable et solide, conditions indispensables à la consolidation;

2° La technique doit être aussi simple que possible, de telle sorte que tout chirurgien averti puisse la pratiquer aisément; toute complication matérielle apporte des éléments d'insécurité;

3° L'opération doit être aussi courte que possible, car elle s'adresse le plus souvent à des sujets âgés et fatigués;

4° L'instrumentation et les clous doivent être de bonne qualité et de prix modique, sans pour cela nuire à la sûreté de l'intervention et à la qualité de ses suites.

Le premier point retient particulièrement l'attention de l'auteur.

La position du clou, peu oblique et basse, proposée par Böhler, n'est pas favorable; sans doute le clou ainsi placé pénètre-t-il profondément dans la tête fémorale, mais il siège dans toute sa longueur en plein tissu spongieux; et l'étude mécanique, de même que les constatations cliniques, montre une tendance à la bascule de la tête et au bâillement du trait de fracture au bord supérieur du col.

La position préconisée par Pauwels, peu oblique et haute, place encore le clou en plein tissu spongieux.

L'une et l'autre ne donnent aucune stabilité à l'ostéosynthèse : la pointe du clou s'abaisse sous l'effet de la pression verticale sur la tête; son extrémité opposée, mal appuyée dans la corticale mince du trochanter, érode celle-ci et s'élève. Dans ces deux cas, le montage est imparfait; il aboutit à des consolidations en mauvaise position ou à des pseudarthroses.

La position du clou décrite et recommandée par Küntscher, très oblique et basse, est de beaucoup préférable. Le clou ainsi placé pénètre très bas dans la corticale diaphysaire externe, s'appuie en son milieu sur la portion très solide qui répond à la partie inférieure de la base du col (angle d'Adam), pénètre très obliquement dans la tête qui se trouve en quelque sorte pendue à lui; toute bascule secondaire est impossible.

Afin d'en rendre la fixité encore plus grande, G. utilise le clou *à crémaillère* de Becker, qui accroche la corticale fémorale et ne peut pas glisser vers le bas.

Ainsi réalisé, l'enclouage assure une stabilité parfaite du montage.

La simplicité technique découle de la position même du clou. Repérage radiologique de la zone d'attaque au moyen de broches trans-cutanées; incision très courte; forage et fraisage de l'orifice de pénétration dans la corticale; l'aiguille guide, poussée à la main (point n'est besoin de conducteur) vient buter contre la corticale interne; déplaçant progressivement sa pointe vers le haut, on tâte en quelque sorte cette corticale jusqu'à ce que toute résistance fasse défaut; à ce moment la pointe est tangente à l'angle d'Adam, et il n'y a plus qu'à la pousser dans la tête.

L'intervention est courte; la mise en place du clou est presque automatique; une incision minime est suffisante pour calibrer l'orifice de pénétration, après repérage trans-cutané, y introduire l'aiguille guide, puis le clou.

L'intervention est économique; le clou type Künstcher ou Becker, en V, coûte le tiers du prix du clou à section en étoile, type Sven-Johansson; et l'instrumentation elle-même, dont G. donne la description minutieuse, la représentation photographique (en même temps que le mode d'utilisation) se résume en une douzaine de pièces simples, d'un prix modique.

R. Gueullette.

Theodore E. Keats, Dumont S. Staatz et **Robert W. Bailey** (Ann-Arbor). — **Pneumo-arthrographie du genou** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **94**, n° 3, Mars 1952, p. 361-364, avec 4 fig.).

Sur 80 cas de lésions méniscales du genou vérifiés opératoirement, le diagnostic exact a été fait dans 70 p. 100 des cas par les signes cliniques, dans 75 p. 100 des cas par la pneumo-arthrographie seule, dans 90 p. 100 des cas par les signes cliniques et la pneumo-arthrographie associés.

Illustré de radiographies démonstratives, cet article a pour but de montrer que la méthode, pratiquée avec de l'oxygène, est anodine et donne des renseignements très utiles.

Il est précédé d'une courte étude radiographique sur le cadavre destinée à montrer la physiologie des ligaments et tendons péri-articulaires.

André Sicard.

Le Gérant : G. Masson.

13.631. — Arrault et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1er trimestre 1953. — N° d'ordre 1.667, Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Le volvulus total de l'intestin grêle.

Par MM.

R. JOYEUX et A. COURTY

(Montpellier).

Les nombreux travaux français et étrangers sur les volvulus de l'intestin grêle confondent dans une même étude les volvulus partiels et les volvulus totaux. S'ils sont graves tous les deux, la torsion totale, aux lésions anatomiques longtemps réversibles, garde cependant le pronostic le plus sévère : le choc nerveux, la toxémie suffisent à expliquer les accidents de collapsus rencontrés couramment chez ces malades. La précocité du diagnostic est indispensable à la réussite opératoire.

Basant notre travail sur 4 observations personnelles inédites, échelonnées sur ces 10 dernières années, nous comptons revenir principalement sur l'étude clinique dont le tableau classique ne nous paraît pas répondre, dans la majorité des cas, à la réalité. Par l'une de nos observations nous apporterons un appoint sérieux à l'étude radiographique si incomplète encore de nos jours. Nous envisagerons enfin le côté thérapeutique.

***

Observation I. — M... Henri, 37 ans. Aucun antécédent pathologique. Début subit à 15 h par des douleurs abdominales intenses à caractère transfixiant avec irradiations lombaires, qui obligent le malade à se courber en deux; ces douleurs intermittentes à paroxysmes vraiment atroces ne s'accompagnent ni de nausées, ni de vomissements.

Premier examen à 17 h 30 : le malade, les téguments froids, couverts de sueurs, est inquiet, assoiffé. La température rectale est normale, le pouls est à 64; son abdomen est plat, symétrique, respirant également et normalement dans les parties sus- et sous-ombilicales. De la main, le malade haletant signale le maximum des douleurs spontanées dans la partie gauche de la région sus-ombilicale et vers les lombes. A la palpation une résistance localisée est perçue sur une étendue de 5 cm environ sur le muscle droit gauche immédiatement au-dessus de l'ombilic; la pression appuyée profonde n'est douloureuse qu'en ce point de la paroi abdominale. La sonorité est normale; il n'y a ni matité, ni tympanisme; la matité hépatique est normale.

La pression de la fosse lombaire droite est douloureuse surtout lorsqu'on appuie dans l'angle costo-vertébral et le long de la colonne vertébrale. Le toucher rectal est indolore. A 20 h 30 les douleurs sont un peu calmées mais le sujet refuse d'abandonner la position en chien de fusil qui le soulage; l'abdomen plat respire bien; température 35°5, pouls 64.

A 21 h, fait nouveau : vomissement de matières liquides et rougeâtres (sang dilué), abdomen inchangé.

L'intervention est décidée sans diagnostic précis; durant les soins pré-opératoires le malade présente une crise particulièrement douloureuse, s'agite sur le brancard, s'assied brusquement pour vomir 2 ou 3 gorgées de liquide brunâtre en même temps qu'il pâlit, perd connaissance, renverse la tête en arrière et a les yeux révulsés. Quelques minutes plus tard ces signes s'estompent, les douleurs abdominales, quoique moins violentes, persistent.

Dès le début de l'anesthésie : syncope blanche qui malgré tous les efforts reste irréversible.

A l'autopsie, le ventre contient environ 2 l de liquide hémorragique; l'intestin grêle a une teinte violacée sur toute son étendue à l'exception des 50 premiers centimètres de jéjunum et des 50 cm d'iléon pré-cæcal qui sont normaux.

On constate après éviscération qu'il existe une torsion en masse de l'intestin grêle autour de son mésentère (torsion de 2 tours 1/2 dans le sens des aiguilles d'une montre); le pied de torsion mésentérique très serré apparaît tout de même normal après détorsion. En outre, il existe dans le mésentère à sa partie moyenne une brêche d'un diamètre de deux travers de doigt à peine, qui serre, jusqu'à l'étranglement complet, une anse grêle infarcie de 1 m environ.

En résumé : *Volvulus quasi-total du grêle dans le sens des aiguilles d'une montre (2 tours 1/2) avec étranglement d'une anse à travers une fenêtre mésentérique. État de choc grave. Exitus pré-opératoire à la 6e heure.*

Obs. II. — Mme P..., 51 ans, toujours en bonne santé, mère de 2 enfants, ménopausée depuis 11 ans, nous est adressée pour appendicite aiguë.

Le 10 Octobre 1943 à 1 h du matin, la malade est réveillée brusquement par de très violentes coliques dans tout l'abdomen, avec maximum dans la fosse iliaque droite. *Des vomissements* fréquents mais peu abondants, alimentaires puis bilieux, se succèdent cependant que de nombreuses *selles diarrhéiques* sont émises. La malade est apyrétique, le pouls à 60. L'abdomen est normal. Les opiacés ne suppriment pas les crises douloureuses atroces intermittentes qui se rapprochent de plus en plus.

Nous ne verrons personnellement la malade qu'à 19 h. Nous relevons l'altération du faciès, très pâle, couvert de sueurs; le pouls bat à 110, pour quelques minutes plus tard battre à 140 et être par instants incomptable. La température est à 38°3.

L'abdomen est globalement dilaté. Sur la paroi flasque se dessinent des anses dilatées et des ondes péristaltiques. La palpation déclenche une douleur généralisée beaucoup plus nette dans la fosse iliaque droite, sans contracture. Au toucher vaginal utérus petit, culs-de-sac bombés. Le cul-de-sac droit et le Douglas sont très douloureux. Au toucher rectal aucune anomalie notable.

Le très mauvais état général de la malade (pouls 172) nous interdit tout examen radiographique. Le sondage vésical ne ramène que quelques gouttes d'urine après 24 h sans miction. L'aspiration duodénale, sans effet, est aussitôt supprimée.

Sous anesthésie locale : laparotomie médiane sous-ombilicale : pas d'épanchement dans la cavité péritonéale. Anses grêles très dilatées, de couleur rouge vineux. Aucune bride, aucun obstacle ne sont trouvés. Le cæcum est plat, fixé dans la profondeur. Le mésentère est tendu et apparaît tordu. Quelques bouffées de chlorure d'éthyle sont données pour pratiquer l'éviscération totale du grêle placé dans de grandes compresses imbibées de sérum chaud. Cet intestin a subi en totalité, de l'angle duodéno-jéjunal à 10 cm de son abouchement dans le cæcum, une torsion autour de son mésentère. La détorsion s'obtient par une rotation de 270° en sens inverse des aiguilles d'une montre. Iléostomie sur la dernière anse dilatée. Les autres anses présentent de nombreux placards ecchymotiques et paraissent infarcies.

A la fin de l'intervention : vomissement brutal du contenu intestinal très abondant, cyanose, syncope que ni l'aspiration trop tardive, ni l'injection intra-cardiaque d'adrénaline ne permettent de juguler.

En somme : *volvulus primitif total du grêle dans le sens des aiguilles d'une montre (270°). Détorsion. Exitus post-opératoire immédiat par inondation des voies respiratoires.*

Obs. III. — M. T... 42 ans, opéré 3 ans plus tôt d'appendicite aiguë sans drainage, entre en clinique pour douleurs abdominales et vomissements avec arrêt des gaz et des matières depuis 5 jours; les vomissements toujours bilieux, d'abord bi-quotidiens, sont plus fréquents; les douleurs progressivement se sont accentuées.

L'état général est profondément atteint, le faciès est pincé, le front perlé de sueurs;

le malade répond avec une peine visible aux questions qu'on lui pose; pouls 144, température normale. Sur l'abdomen marqué d'une longue cicatrice d'incision de Jalaguier se dessinent un ballonnement médian et dans la fosse iliaque gauche deux anses particulièrement dilatées, animées de mouvements péristaltiques; toute la paroi est résistante, douloureuse à la palpation. Météorisme accusé. Le Douglas bombe au toucher rectal, mais le rectum est vide; au cours de l'examen trois vomissements bilieux se produisent.

Le diagnostic d'occlusion intestinale complète, vraisemblablement par bride, paraît évident. L'état du malade est trop précaire pour envisager une étude radiographique.

Intervention sous rachianesthésie, en reprenant l'incision de Jalaguier : Dilatation importante de toutes les anses grêles cyanosées; les 10 derniers centimètres du grêle seuls sont plats; ils paraissent écrasés et attirés en haut par une membrane qui partie du détroit supérieur remonte vers la région sous-hépatique. Le grêle est tordu sur son mésentère dans le sens des aiguilles d'une montre; le pied de la torsion est œdématié.

La détorsion facile provoque une débacle diarrhéique abondante et des vomissements fécaloïdes qui à l'occasion d'un état lipothymique inondent l'appareil respiratoire supérieur. La vidange gastrique est pratiquée trop tardivement. L'exitus survient presque aussitôt.

En résumé : *Volvulus total du grêle associé à une bride post-opératoire en aval sur le dernier segment iléal. Évolution subaiguë. Torsion dans le sens des aiguilles d'une montre. Détorsion. Exitus par inondation per-opératoire des voies respiratoires.*

Obs. IV. — M. Cr... 58 ans, subit en 1938 une gastro-entérostomie qui supprime définitivement les douleurs d'un ulcère pylorique vieux de 8 ans. En 1945 et 1950

Fig. 1 (Obs. IV). — Station verticale.

ablation d'un polype vésical. Au début juin 1951, vers 4 h du matin, subitement, très violentes coliques (douleur atroce) sans nausées ni vomissements. L'injection

de morphine ne calme pas le malade qui sur un fond de douleurs vives, accuse par intermittence une recrudescence des phénomènes douloureux. A 10 h, brusquement, sans raison, plus de douleurs, la guérison semble acquise.

Le 4 Octobre 1951, vers 11 h du matin douleurs sourdes au creux épigastrique; une heure plus tard le sujet prend son repas; au fur et à mesure que l'estomac se remplit les douleurs s'accentuent, obligeant finalement le malade à se lever de table pour vomir le contenu alimentaire gastrique. Le sujet à peine calmé ne cessera de se plaindre dans l'après-midi. Vers 17 h les douleurs, sans nausées ni vomissements, sont atroces surtout en position allongée. Le sédol ne les calme pas.

Ayant souffert toute la nuit, le 5 Octobre vers 4 h du matin un vomissement de plus d'un grand bol de bile apporte un net soulagement sans effacer totalement

Fig. 2 (Obs. IV). — Décubitus dorsal.

les douleurs. Malgré la diète, à 15 h les douleurs atroces reprennent toujours au creux épigastrique nécessitant à 19 h et à 20 h une injection de sédol. Mais vers 2 h du matin, crises douloureuses d'une violence extrême par moments obligeant le sujet à se tenir en position assise, plié en deux.

L'examen clinique du malade, écrit le médecin traitant, était négatif. La température, le pouls étaient normaux, le ventre souple, non contracturé. Le 6 Octobre à midi le malade est à la clinique assis dans son lit, le visage angoissé, les traits tirés; pouls 90, température 37° 5. Il accuse une douleur sourde au creux épigastrique, souvent très vive, atroce dès qu'il se couche. Nous l'examinons d'abord en position demi-assise : l'abdomen souple respire bien. La cicatrice opératoire n'a aucune particularité notable. Pas de ballonnement, pas de météorisme. La palpation du creux épigastrique provoque une douleur vive sans contracture de défense. En position allongée : aucun autre symptôme n'est relevé mais 30 s plus tard la douleur devient subitement intense, atroce, obligeant le sujet à se relever rapidement.

Un examen radiographique est alors demandé; en voici l'interprétation rapide du radiographe : 1° *Abdomen sans préparation* (debout) (fig. 1) : Présence de niveaux

Fig. 3 (Obs. IV). Après ingestion barytée.

Fig. 4 (Obs. IV). — Les anses sous-diaphragmatiques

liquides situés dans l'hypocondre gauche, de petite taille siegeant dans le grêle. Le cliché sans préparation pratiqué en décubitus (fig. 2) montre simplement une aéro-entérie. 2° *Après ingestion de baryum :* moignon gastrique de tonicité et de relief normaux sensiblement normaux. Poche à air assez importante mais avec superposition d'aéro-entérie et d'aéro-colie. Passage rapide et satisfaisant du baryum qui opacifie postérieurement les premières anses grêles; on ne voit pas d'image nette d'anse adhérente. Visibilité des niveaux liquides de l'hypocondre gauche (fig. 3, 4, 5).

L'examen radioscopique n'a fait qu'aggraver les phénomènes douloureux, les crises se répètent avec une fréquence et une intensité accrues.

Intervention. Laparotomie médiane sus-ombilicale le 6 Octobre à 18 h sous pentothal-curare et aspiration duodénale continue. La libération du côlon transverse

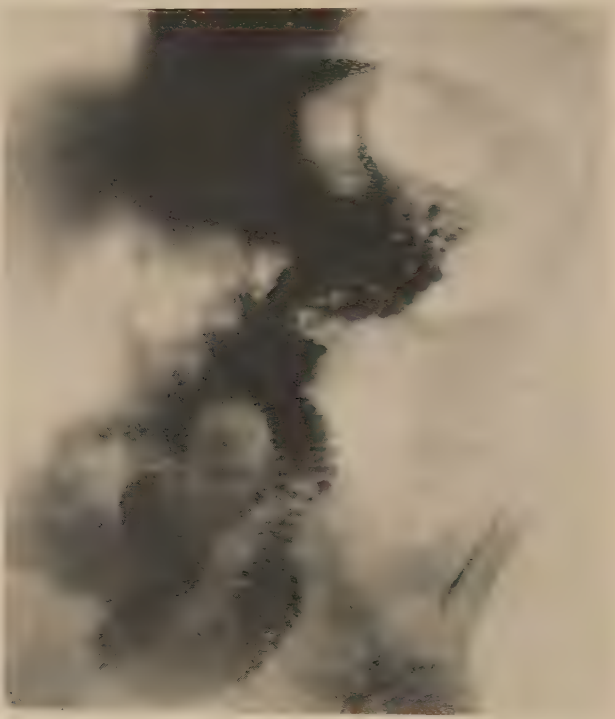


Fig. 5 (Obs. IV). — Cliché sous faible imprégnation.

ouvert à la paroi abdominale antérieure fait apparaître une anse grêle dilatée, violette, dans l'hémi-abdomen gauche. Avant de nous porter sur elle nous notons le tiraillement d'avec sur la face antérieure du pylore, la souplesse de la bouche de gastro-entérostomie transmésocolique. L'anse afférente courte est normale, l'efférente également sur 25 cm. Nous libérons une adhérence très solide du calibre d'un petit crayon fixant une anse grêle violacée et distendue au côlon transverse. Les anses dilatées se trouvent à gauche de la bouche anastomotique. Tout le grêle, 25 cm au-dessus de la bouche de G. E. participe au volvulus : Torsion du grêle sur l'axe mésentérique, sur deux tours, en sens inverse des aiguilles d'une montre. Stase dans les anses qui sont violacées, légèrement œdématiées.

La détorsion dans le sens des aiguilles d'une montre recolore aussitôt les mésos atteints d'un certain degré de mésentérite rétractile et les anses intestinales, et nous trouvons sur le grêle, à 25 cm de la bouche de G. E. et à 10 cm de l'angle iléo-cæcal, deux anneaux de striction. Injection de 20 cm³ de novocaïne dans le mésentère. Fermeture partielle sans drainage.

L'aspiration duodénale continue ramènera en 24 h près de 4 l de liquide intes-

tinal. A la 48e h. une injection intra-veineuse de 1 cm³ de chlorhydrate d'Yohimbine provoque une importante chasse de gaz et une première selle abondante. L'opéré quitte la clinique en parfait état le 20 Octobre 1951. Il sera revu 1 an plus tard en excellente santé.

En somme : *Volvulus sub-total du grêle associé à une bride au sommet de l'anse chez un ancien gastro-entérostomisé. Évolution à rechutes. Torsion de deux tours en sens inverse des aiguilles d'une montre. Détorsion. Guérison.*

Les volvulus totaux du grêle sont rares. Les 50 cas relevés dans le mémoire de Guibé en 1907 comprenaient les formes du nouveau-né et celles associées à des rotations coliques. Wilson en 1949 ne trouve que 61 observations dans la littérature. Moretz et Morton en 1950 n'ont observé en 22 ans, dans un grand hôpital américain, qu'un seul volvulus total sur 36 torsions du grêle. Il existe en moyenne un volvulus total pour 8 à 12 volvulus partiels.

Sans insister sur les circonstances étiologiques, notons seulement les caractères primitifs (obs. II) et plus souvent secondaires (obs. I, III, IV) de ces volvulus, par bride péritonéale chez les balafrés de l'abdomen.

L'enroulement dans le sens des aiguilles d'une montre est le plus fréquent; aucune loi ne peut l'expliquer; plus que le degré de rotation, c'est le degré de striction qu'il faut considérer, pour apprécier le retentissement vasculaire mécanique et vaso-moteur sur l'anse; la surcharge adipeuse du méso peut jouer un rôle dans la limitation et de la rotation et de la striction. L'occlusion intestinale est très relative; ainsi dans l'observation IV, la baryte prise *per os* passait bien dans les anses grêles participant pourtant à l'enroulement. Nous avons réalisé sur le cadavre le volvulus de la totalité du grêle; la torsion du méso est évidemment frappante; les anses, à cause de leur longueur et de leur liberté, suivent la rotation mais se prêtent mollement à l'enroulement.

La conjugaison d'une dynamique intestinale troublée par une bride ou autre anomalie intra-péritonéale avec alourdissement, remplissage plus ou moins subit des anses grêles; l'alimentation riche en détritus divers entrent en considération dans le mécanisme de tous les volvulus. Chez aucun de nos malades n'a été notée de longueur anormale du mésentère, constatation qui serait fréquente chez l'enfant et que Lichtenstein, sans distinction d'âge, a retrouvée bien des fois. Le sphacèle massif dans les volvulus totaux est l'exception (une seule observation, Guibal de Nancy). Bien plus, les lésions graves, de caractère irréversible, si fréquentes dans les volvulus partiels, ne sont pour ainsi dire jamais rencontrées dans les volvulus totaux. Les malades meurent non pas de l'importance des lésions sur l'intestin, mais des conséquences physiopathologiques particulièrement sévères de ces torsions.

Pour certains, Nario notamment, l'exclusion bilatérale du duodénum dans sa portion terminale fait toute la gravité du volvulus total. Cette exclusion serait réalisée au delà de l'angle duodéno-jéjunal par le volvulus lui-même, au milieu de la 3e portion par la corde mésentérique. Dans cette anse exclue, la résorption joue un rôle de premier plan par la très grande toxicité des produits d'élaboration « autochtone » (preuve expérimentale). Sans vouloir nier de tels faits que nous n'avons personnellement pas rencontrés, nous pensons que le premier facteur de gravité est la torsion brutale du mésentère qui lèse les nerfs mésentériques, d'où l'état de choc, de collapsus de ces malades, tout comme il s'observe dans les contusions de l'ab-

domen. Ici comme là : « l'intensité du choc n'est pas l'annonce de l'intensité des lésions ». Et il nous paraît possible de comparer les contusions abdominales avec choc intense et lésion viscérale minime aux volvulus totaux, les contusions abdominales avec choc minime et lésion viscérale grave aux volvulus partiels.

Au facteur nerveux, s'ajoute dans un second temps le facteur toxique d'origine intestinale dont l'action peut être rapide ou lente. La torsion mésentérique entraîne l'iléus paralytique, la stase dans tout le grêle. C'est alors tout le tableau humoral de la maladie occlusive qui s'établit insidieusement trompant médecin et malade, faisant ainsi du volvulus total du grêle la forme la plus grave de tous les volvulus intestinaux.

***

Étude clinique.

Est-on en mesure aujourd'hui de reconnaître précocement le volvulus total du grêle ? Là est toute la question !

Dans le volvulus total du grêle, disait Delbet, il existe une triade caractéristique : *l'absence de vomissements fécaloïdes, un ballonnement ultra-rapide et considérable, l'installation d'une ascite aiguë abondante : en résumé, des signes d'étranglement sans péritonite.* Ce schema basé sur 2 observations ne pouvait évidemment que s'avérer, sinon faux, du moins incomplet et peu compatible avec la nécessité d'un diagnostic précoce.

Mondor, qui ne différencie pas d'une manière vraiment nette volvulus total et volvulus partiel, insiste sur le ballonnement vite important, presque toujours central et péri-ombilical ; il note, comme Delbet, la présence, non constante toutefois, d'un ascite aiguë ; il insiste sur le point douloureux sus-ombilical, dans la zone du maximum de douleur spontanée et sur le météorisme tympanique, rénitent, quelquefois péristaltique.

Nario (*La Semana Médica*, an. 44, n° 33, Août 1934, p. 441-447) dont l'expérience est basée sur 7 cas personnels de volvulus totaux, insiste sur le polymorphisme sémiologique qui rend tout diagnostic incertain : l'important ballonnement ne se produirait que dans les torsions brutales et très serrées ; 2 fois il observa la rétraction de l'abdomen ; l'absence de vomissement fécal serait inconstante ; d'ailleurs la régurgitation intestinale n'est signalée dans les différentes statistiques que dans 30 p. 100 des cas ; l'épanchement péritonéal manquait chez 5 de ses malades ; la radioscopie, en montrant des niveaux liquides multiples à différentes hauteurs et à topographie centrale est utile mais insuffisante pour différencier les différentes occlusions du grêle.

Ces divergences de vue entre les auteurs nous paraissent dues au fait que chacun envisage le volvulus du grêle à une étape différente de son évolution :

Dans une première étape de diagnostic très difficile, mais nécessaire pour la guérison du malade, il n'y a pas de ballonnement de l'abdomen. Le début subit, d'une extrême brutalité est le plus courant, mais il existe des débuts en 2 temps, des débuts insidieux même, avec antécédents de coliques anciennes, peut-être torsions ébauchées et spontanément réduites (obs. IV).

La douleur a des caractères très particuliers : elle est violente, souvent

atroce, profonde, pré-vertébrale, transfixiante, à localisation sus-ombilicale, péri-ombilicale ou para-ombilicale gauche; elle peut s'irradier vers les lombes (obs. I) au bas du dos (Ch. Monod); obligeant le malade à se plier en deux; elle est, tantôt continue due, pour Tagart, à la torsion mésentérique, tantôt à type de coliques abdominales sous la dépendance du péristaltisme. Après un début impressionant, peuvent survenir des rémissions trompeuses. Chez un de nos malades nous avons pu constater un signe qu'Évans et Bigger auraient été les premiers à décrire en 1947, à savoir l'existence d'une position de soulagement : décubitus latéral droit ou gauche, position en chien de fusil, position assise, simultanément à la douleur, l'angoisse du malade se traduit par une *atteinte frappante de l'état général* avec agitation extrême, plus rarement abattement. Le facies est pâle, au front perle une sueur intense, le pouls petit, rapide, parfois bradycardique (Reich), la température est basse ou ne dépassant pas habituellement 38°.

Aux périodes de rémission ces signes s'atténuent et peuvent faire place insensiblement à une toxémie occlusive, médecins et malade alors abusés par un mieux apparent, retardent l'heure de l'intervention chirurgicale.

Les vomissements autant que les douleurs et l'atteinte de l'état général sont caractéristiques des volvulus totaux. Classiquement peu abondants selon le schéma qui proportionne leur importance à la hauteur de l'obstacle sur le grêle, ils ne manquent jamais mais peuvent être tardifs. Rarement sanglants (obs. I), ils sont en général bilieux et composés souvent de bile pure; ce signe se retrouve dans 3 de nos observations, il est cité par tous les auteurs. S'il ne se produit jamais de vomissements fécaloïdes, ceux-ci sont par contre à redouter au moment de la détorsion (obs. II et III). Le chirurgien doit prévoir cette éventualité. L'arrêt des matières et des gaz peut manquer; il peut être tardif. La diarrhée a été notée chez quelques malades.

Les signes fonctionnels que nous venons de décrire ont une importance d'autant plus grande que, nous allons le voir, l'examen physique peut être extrêmement trompeur. Autant la symtomatologie fonctionnelle est riche et bruyante d'emblée, autant est pauvre la symptomatologie physique durant un temps pourtant très précieux pour le chirurgien puisque c'est le bon moment pour opérer. Pendant plusieurs heures, en effet, aucun signe physique ne sera tiré de l'examen de l'abdomen en dehors d'un certain tympanisme principalement accusé dans l'hypocondre gauche. Cette notion capitale à nos yeux contraste étrangement avec le classique ballonnement localisé, très précoce, des volvulus partiels. Au temps où von Wahl décrivit à propos du volvulus subtotal du grêle son signe si classique du météorisme abdominal, à maximum péri-ombilical, tympanique, rénitent au palper, immobile, les malades étaient examinés longtemps après l'apparition des douleurs. C'est en pleine période d'état qu'on les observait et quand on intervenait, c'était habituellement trop tard. Cette époque doit être révolue.

Le volvulus subtotal du grêle est pendant longtemps sans symptôme physique net. Le ventre reste plat, uniformément plat, peut-être parce que l'iléon a basculé dans la partie postérieure de l'hypocondre gauche et qu'il n'est pas, d'un certain nombre d'heures, distendu par les gaz. Aucune anse intestinale ne se dessine sous la peau, aucun bruit de gargouillement n'est

perçu. Bref le ventre est silencieux. La percussion cependant décèle un certain tympanisme dont la localisation dans l'hypocondre gauche doit attirer l'attention. La palpation profonde juste au-dessus de l'ombilic et plutôt à gauche finit par provoquer une douleur peu intense par rapport à celle accusée lors des paroxysmes douloureux. Mais, et c'est encore là un fait frappant, la paroi est souple, non contracturée, ne présentant aucune défense. Le ballonnement abdominal n'a jamais apparu chez les malades I et IV. Sur notre malade II le silence abdominal a duré 18 heures. Le médecin non averti a laissé ainsi courir un temps précieux avant de décider de l'intervention chirurgicale qui s'est soldée pour avoir été pratiquée trop tard par un *exitus* post-opératoire immédiat.

Nous ne saurions trop mettre en garde médecins et chirurgiens contre ces ventres plats, souples, indolores ou peu douloureux à la pression quand les signes fonctionnels sont si particulièrement intenses. La pancréatite hémorragique, l'infarctus intestinal n'entrent-ils pas déjà dans ce cadre qui impose la décision opératoire ?

Si on complète cet examen par la recherche de l'ascite, par les touchers vaginal et rectal, aucun élément supplémentaire n'est trouvé : ni épanchement, ni douleur, ni tension du Douglas.

Les crises douloureuses se répètent, les heures s'écoulent. Le malade va entrer dans la deuxième étape clinique, le ballonnement enfin apparait. Celui-ci en situation centrale, péri-ombilicale, peut prêter à confusion avec un ballonnement du grêle de cause quelconque. Ce ballonnement est habituellement immobile car le grêle, à ce stade, distendu et à l'état d'iléus paralytique, ne présente aucune contraction péristaltique qui puisse se dessiner sur la paroi abdominale (quelques rares ondes péristaltiques furent observées sur la malade II). Il s'accompagne à la pression de douleurs hautes sus-ombilicales avec même une sensation de tension plus ou moins nette. Ce ballonnement n'a en somme nullement les caractères de rapidité et d'importance que lui donnait Delbet.

Comment donc établir le diagnostic ?

Le contraste entre signes fonctionnels et signes physiques ne peut, durant les premières heures, que frapper le praticien averti. Il importe de fouiller les antécédents : une intervention antérieure évoque la responsabilité d'une bride ou d'une coudure et même d'un volvulus. Mais il n'y a pas toujours d'aussi heureuses circonstances; une infection pelvienne génératrice d'adhérences, des orifices herniaires témoins d'une cure radicale plus ou moins ancienne, un excès alimentaire, un facteur racial sont autant d'éléments à rechercher.

Le diagnostic le plus souvent admis est l'étranglement d'une anse grêle sur bride ou par hernie interne. Mais ici beaucoup plus rapidement que dans les volvulus totaux, l'occlusion se manifeste cliniquement par un abdomen bruyant : météorisme, ondes péristaltiques, gargouillements, anse grêle distendue. Pour Moretz et Morton dans 70 p. 100 des volvulus partiels cette distension abdominale est présente précocement. Autant sont facilement posés le diagnostic de volvulus partiel et l'indication opératoire, autant reste difficile le diagnostic de volvulus total.

L'ultime ressource pour le diagnostic reste *l'examen radiologique*. Cet examen doit être pratiqué très tôt, à plus forte raison devant le contraste des tableaux cliniques, fonctionnels et physiques. Attendre au contraire l'évolution des crises est adopter une attitude désastreuse dans une affection où le fléchissement général brûle les étapes. Malheureusement cette étude radiologique des volvulus totaux du grêle n'est qu'à ses débuts. Bien peu d'observations sont riches d'un examen radiologique détaillé.

L'image radiologique, disait Mondor à la tribune de l'Académie de Chirurgie le 3 mars 1943, *nous a paru, dans 2 cas, faite de deux niveaux liquides plus ou moins jumelés, relativement isolés des autres, surmontés tous deux d'une bulle gazeuse large à contours nets. Si une étude attentive des pieds opaques de ces anses les montrait, par surcroit, s'étirant et convergeant, il y aurait sans doute là, l'un des dessins les plus suggestifs. Enfin la position de Trendelenburg, dont L. Leger a, 6 ou 7 fois déjà, vérifié les avantages pour d'autres occlusions aurait ici, quand l'horaire des accidents semble ne pas faire craindre de lésions sphacéliques sur la spire, l'une de ses bonnes indications.*

Et Mondor ajoutait, lorsqu'il y a, dans l'occlusion intestinale une dilatation gastrique de proportion inaccoutumée, cela peut être celle qui complique un volvulus total ou un volvulus segmentaire haut du grêle, ou celle qui complique un étirement par la torsion mésentérique de l'axe vasculaire principal et la compression par lui de la 3e portion du duodénum.

Des 3 observations de volvulus total avec examen radiologique contenues dans la thèse de Delouche nous ne tirons que des notions bien vagues communes à toute occlusion du grêle : dans l'une d'elles, appartenant à Chigot, rien de particulier ne fut noté; sur un autre malade existent de nombreux niveaux liquides sur le grêle sans aérocolie; sur le 3e enfin, sont notées dans la moitié gauche de l'abdomen des anses très dilatées refoulant l'estomac, et dans la moitié droite de nombreux niveaux liquides avec anses grêles en arceaux et transversales. Chez ce dernier malade le ballonnement abdominal était important formant une masse tympanique périombilicale.

Mondor, Olivier et Porcher citent le cas d'un sujet de 42 ans chez lequel au 4e jour de l'évolution du volvulus existait une distension gazeuse importante du grêle avec anses horizontales en marches d'escalier occupant toute la moitié gauche du ventre et débordant à droite de la colonne : en somme signes radiologiques d'occlusion du grêle sans élément pathognomonique d'un volvulus total. Ces notions radiologiques sans particularité se retrouvent dans un certain nombre d'observations américaines. Elles ont au moins le mérite, compte tenu du contexte clinique, d'amener le médecin, s'il était utile, à l'indication opératoire.

Mais nous pourrions redire dans ce chapitre de la radiologie ce que nous avons déjà dit à la clinique : il est indispensable d'envisager le volvulus dans ses deux phases évolutives : vu dans sa dernière étape, le volvulus total du grêle ne peut se présenter sous écran et sur cliché radiographique qu'avec le tableau de distension globale du petit intestin, avec plusieurs niveaux liquides. Ce n'est pas à cette phase que le radiographe pourra tirer quelques signes pathognomoniques. Ceux-ci s'ils existent n'auront de chance d'être observés qu'à la première phase, avant l'apparition du ballonnement. Or les images radiographiques manquent à cette étape et ceci s'explique très bien par l'attente imprudente du médecin qui entraine l'arrivée

tardive du malade au centre chirurgical. Alors la radiologie s'avère moins importante que l'acte chirurgical réalisé sans plus de retard.

Nous avons eu l'avantage de pouvoir obtenir sur notre malade de l'observation IV un examen radiographique détaillé qui présente d'autant plus de valeur que nous avons pu étudier la situation des anses jéjunales et iléales grâce à l'ingestion d'une petite quantité de baryte. L'interprétation initiale et rapide du radiographe put, après contrôle opératoire, être corrigée comme suit.

L'examen radiologique de l'abdomen est pratiqué :

1° *Extemporanément :*

a) En station verticale (fig. 1), sous la coupole diaphragmatique gauche on constate la présence de deux anses intestinales superposées dilatées en forme d'arceau, à grand axe vertical donnant l'impression sous la coupole d'un croissant clair sous-diaphragmatique. A leurs extrémités se voient deux images de niveau liquide. La clarté gazeuse colique est sous-jacente et ne se suit que sur une partie du trajet.

b) En décubitus dorsal (fig. 2) les images sont à peu près superposables. Les anses intestinales sont nettement individualisables. L'image gazeuse sous-diaphragmatique se retrouve mal.

Ces images rappellent en somme celles signalées par Mondor en 1943 : deux niveaux liquides plus ou moins jumelés surmontés tous deux d'une bulle gazeuse large à contours nets. Sur notre malade nous avons non seulement deux niveaux liquides jumelés, mais deux anses intestinales jumelées avec pour chacune deux niveaux liquides correspondants. Les pieds de ces anses sont restés invisibles sur les clichés.

A cette étape de l'évolution du volvulus nous ne pouvons noter aucune dilatation gastrique. Elle ne peut, cela est évident, qu'apparaître tardivement.

2° *Après ingestion barytée :* Cette radiographie après imprégnation nous paraissait d'autant plus utile chez notre 4e malade qu'était à craindre chez ce gastro-entérostomisé une complication mécanique autour de la nouvelle bouche gastrique. Le moignon gastrique de grande dimension est bien imprégné (fig. 3). L'antre pylorique paraît totalement exclu comme si une gastrectomie subtotale avait été réalisée. La bouche de gastro-entérostomie est largement perméable. Les premières anses jéjunales sont opacifiées. Le transit se fait bien. Elles sont cependant dilatées globalement et atones.

Leur siège est franchement anormal : elles se trouvent en effet bas, dans la partie droite du pelvis, siège habituel de l'iléon. Leur disposition est anarchique, ne rappelant pas l'aspect du jéjunum I. Après un certain temps de latence les anses sous-diaphragmatiques gauches ne sont toujours pas imprégnées. Leur aspect reste similaire : dilatation, aspect en arceau, niveaux liquides se projetant sous la poche à air gastrique. Leur grand axe devient légèrement oblique de bas en haut et de gauche à droite en passant de la station verticale au décubitus (fig. 4).

Nous sommes frappés en outre par une image nettement visible sur le cliché sous faible imprégnation (fig. 5), image centrale d'anse réduite de calibre, située sous la bouche de gastro-entérostomie et paraissant s'enrouler sur elle-même en formant un cercle de court diamètre. Quand on sait que le sujet était atteint de volvulus du grêle, il est permis de se deman-

der si cette image ne répond précisément pas à une anse tordue de calibre réduit au pied du volvulus. Nous nous gardons d'être affirmatif sur une telle interprétation.

En somme le fait primordial qui ressort de l'étude de ces clichés radiographiques nous paraît être la situation inversée des anses grêles : le jéjunum se trouve transposé à droite et en bas occupant la place normale de l'iléon qui se trouve au contraire placé en situation haute et gauche sous la coupole diaphragmatique gauche. On ne saurait confondre cette inversion intestinale acquise avec les cas de *situs inversus* total dans lesquels, comme ici, la première anse jéjunale se dirige vers le flanc droit de la colonne lombaire alors que normalement le premier paquet d'anses jéjunales est en général à gauche. Mais quand on sait que la topographie du grêle est dans les cas de *situs inversus* total lié étroitement à celle du duodénum et du cæco-ascendant, le duodénum se trouve alors également en position inversée.

Les aspects radiologiques présentés par notre malade sont ceux de toute occlusion du grêle. L'imprégnation barytée permet de dire, avant tout contrôle opératoire : occlusion basse.

S'agit-il d'une incarcération du grêle dans la fenêtre mésocolique ? Mais le collet n'est pas individualisable... S'agit-il d'une hernie interne ? La situation à gauche permet d'éliminer la hernie du grêle par l'hiatus de Winslow. La disposition des anses grêles dilatées est aussi contre une telle hypothèse.

Par contre l'inversion de la disposition des anses grêles nous permet de penser au volvulus du petit intestin. Sans doute peut-on, si on n'étudie pas attentivement les clichés et avant le contrôle opératoire, penser surtout au volvulus partiel et non subtotal quand on juge de l'importance de l'imprégnation barytée. Mais nous savons maintenant que l'occlusion intestinale n'est pas franche, totale, dans ce volvulus subtotal, surtout à sa période initiale et que le grêle peut rester perméable sur une grande partie des anses en volvulus. Le volvulus partiel du grêle entraîne au contraire l'occlusion totale de l'anse ou des anses ayant subi la rotation. La baryte qui progresse jusqu'à la première anse tordue ne peut ici montrer une inversion de position des anses imprégnées.

***

Ainsi est démontrée la valeur diagnostique de l'ingestion barytée dans ce type d'occlusion du grêle. Sans elle le diagnostic de volvulus total du grêle ne saurait être posé. Cette ingestion barytée contre-indiquée jusqu'à ce jour dans l'occlusion franche du petit intestin nous semble sans danger à condition que soient exécutées aussitôt après étude radiographique aussi rapide que possible : l'aspiration duodénale continue et l'intervention chirurgicale sans délai.

Pouvons-nous de cette étude radiologique sortir un faisceau de signes permettant à eux seuls de penser au volvulus total du grêle dans sa période initiale ?

Trois signes dominent : 2 reconnus après examen extemporané doivent déjà attirer l'attention :

Présence d'anses grêles dilatées avec niveaux liquides dans l'hypocondre gauche;

Anses grêles avec niveaux liquides jumelées.

Un signe enfin est tiré de l'ingestion barytée : Disposition inversée des **anses intestinales grêles.**

Quoi qu'il en soit cette triade symptomatique radiologique qui demande à être contrôlée sur d'autres cas de volvulus total ou subtotal du grêle ne saurait à elle seule établir le diagnostic de cette torsion intestinale.

Ici, comme toujours c'est la juxtaposition du syndrome clinique et du syndrome radiologique qui permettra d'éviter l'erreur dans le diagnostic causal de l'occlusion. Nous ne saurions de toute façon assez insister sur l'importance de l'examen radiologique dans les occlusions à ventre plat, dans les syndromes douloureux aigus abdominaux impossibles à étiqueter **par le simple examen clinique.**

Le pronostic du volvulus total du grêle est fonction de la précocité de l'intervention chirurgicale. Les observations sont exceptionnelles où le sphacèle total des anses, les lésions irréversibles du paquet vasculo-nerveux mésentérique ont été la cause de l'*exitus*. Le pronostic reste très sérieux si le volvulus a atteint sa seconde période évolutive qui s'accompagne non seulement du choc nerveux, mais encore du syndrome humoral des occlus et cela en dehors de toutes lésions pariétales graves de l'intestin et du **mésentère.**

Il faut tenir compte dans l'évaluation du pronostic de l'état de choc initial, du syndrome clinique de toxémie. Mais de nombreux facteurs entrent encore en jeu pour rendre le pronostic, même de nos jours, bien souvent imprévisible. Sur nos 4 malades, 2 sont morts par inondation des voies aériennes par le contenu intestinal au cours de la détorsion du grêle pendant l'opération. De telles morts doivent aujourd'hui être évitées par l'anesthésie en circuit fermé avec intubation trachéale. Certains centres chirurgicaux ne sont pas suffisamment équipés pour remplir ces conditions. Nous ne saurions alors trop recommander l'aspiration duodénale continue avant, pendant et après l'opération. Le chirurgien saura dorénavant que cette aspiration pourra rester sans résultat jusqu'au moment de la détorsion, mais qu'en marche à ce moment-là elle évitera la complication brutale et mortelle de l'inondation trachéale par le contenu intestinal.

L'acte chirurgical ne souffre pas de discussion. Il doit être, répétons-le, aussi précoce que possible ! La laparotomie de choix est para-ombilicale médiane, à la fois sus- et sous-ombilicale. Elle permet de poursuivre la bride à l'origine du volvulus, soit très haut vers l'étage sous-diaphragmatique, soit très bas vers le pelvis. Le chirurgien n'est guère gêné par l'ascite **séreuse ou séro-sanglante plus ou moins abondante.**

Des anses grêles dilatées, cyanotiques se présentent aussitôt à lui, et permettent de penser à priori à la possibilité d'un infarctus intestinal.

Reconnaître le volvulus n'est pas toujours commode. Certains chirurgiens ont refermé l'abdomen sans discerner la cause du syndrome abdominal. Delbet et Routier ont montré avec juste raison, qu'il était bien souvent nécessaire d'extérioriser toute la masse du grêle pour reconnaître la torsion du mésentère. Cette extériorisation d'ailleurs indispensable pour

la détorsion sera pratiquée avec tous les ménagements possibles de l'intestin et de son méso : l'intestin doit être manipulé avec douceur, ramassé dans une grande compresse imprégnée de sérum physiologique chaud. Tout tiraillement, toute traction sur le mésentère seront évitées. Nario, pour éviter l'éviscération trop grave, prend une anse et suit à partir de celle-ci le flanc droit du mésentère. Le chirurgien est ainsi amené jusqu'au cæcum sans pouvoir passer de l'autre côté de l'intestin. C'est le contraire qui se produit lorsqu'on rencontre l'anse tordue. Cette manœuvre qui permettrait de reconnaître le volvulus n'évite cependant pas l'extériorisation du grêle pour effectuer la détorsion.

Il importe de faire le bilan des lésions mésentériques, intestinales, de rechercher les anomalies; il faut apprécier l'état de la circulation mésentérique par l'observation directe et le palper. Dans l'observation IV nous avons vu presque aussitôt se recolorer l'ensemble de l'intestin grêle et pour activer ce retour à l'état normal, nous avons pratiqué en plusieurs points l'infiltration novocaïnique large du mésentère. Comme l'un de nous le montrait en 1944 au sujet des hernies étranglées, cette manœuvre à présent vulgarisée, par son action manifeste sur la vascularisation et sur le péristaltisme est susceptible de lever le doute du chirurgien sur la vitalité suffisante ou non de telle ou telle partie de l'intestin. Elle supprime en outre les réflexes nocifs dus à l'« irritation » locale. Elle combat admirablement le choc nerveux dû aux tiraillements des nerfs mésentériques. La détorsion doit être complétée, c'est évident, par la section de brides, d'adhérences, par l'exérèse d'une tumeur mésentérique ayant pu favoriser le volvulus.

L'enfouissement des zones pariétales nécrosées, dévitalisées, peut, dans quelques cas être indispensable. Quant à la résection totale du grêle, toutes les fois qu'elle a été nécessaire, elle a été fatale. Nous ne devons plus aujourd'hui y être acculés.

L'iléostomie complémentaire s'impose-t-elle ? Certains auteurs (Guibal) l'ont pratiquée avec succès dans les cas tardifs. Cette pratique, de nos jours, ne paraît plus devoir être systématique. Ses indications sont rares d'autant plus que la détorsion obtenue, l'aspiration duodénale continue aura son plein effet. Éventuellement la ponction aspiratrice avec vidange soigneuse des anses distendues peut être justifiée. Elle nous paraît bien plus efficace dans les volvulus partiels qui s'accompagnent d'une seule anse distendue qui pourra être ainsi parfaitement vidée de son contenu toxique.

L'opération terminée, le traitement devra être poursuivi, luttant contre le choc et la maladie occlusive. En dehors du traitement classique du syndrome humoral, nous insistons surtout sur l'intérêt de l'aspiration duodénale continue qui a ramené en 24 h sur notre opéré guéri des litres de liquide intestinal. Nario conseillait vivement déjà en 1934 le tubage gastrique post-opératoire en raison du reflux considérable du liquide intestinal vers l'estomac après détorsion du volvulus et l'absorption hypertoxique intense qui s'ensuit.

Les médications péristaltiques seront prescrites le plus tôt possible pour le retour à l'état normal du transit intestinal. L'un de nous a montré à ce sujet, voici quelques années, toute la valeur du chlorhydrate d'Yohimbine par voie veineuse.

Restent les dangers de récidive; dans les cas de Bertrand et Clavel, le volvulus survenu après un taxis pour hernie étranglée sur une bride résiduelle, se reproduisit après l'intervention entrainant alors la mort du malade. Nous ne connaissons pas d'autres observations de récidive de volvulus subtotal du grêle déjà opéré... Il est cependant permis de songer à une telle éventualité en présence des volvulus essentiels que ni bride, ni tumeur ne permettent d'expliquer. La fixation partielle du grêle n'est pas à recommander puisqu'elle risque de provoquer des désordres mécaniques et, c'est évident, des volvulus partiels. La fixation totale paraît difficilement réalisable. Nous pensons que dans ces cas la solidarisation des anses grêles (opération de Noble) associée à quelques points de fixation pariétaux soit à même de réaliser avec le minimum de risques la meilleure prophylaxie des volvulus totaux *récidivants*.

Le lecteur trouvera les références bibliographiques essentielles dans la thèse de Delouche, Paris 1945, nº 196, et dans les articles de : Wilson W. W. (*British Medical Journal*, nº 4628, 17 Septembre 1949); — Moretz W. H. et Morton J. J. (*Annals of Surgery*, vol. **182**, Novembre 1950).

Nouvelles techniques de fixations vertébrales.

Par M.

J.-J. HERBERT

(Aix-les-Bains).

Le problème de la fixation de la colonne vertébrale est un de ceux qui ont été l'objet de nombreux travaux et pour lesquels bien des techniques ont été décrites.

Albee, Hibbs, Haltead, Huc et beaucoup d'autres ont décrit des techniques excellentes donnant de bons résultats et applicables dans un grand nombre de cas. Cependant, l'utilisation des transplants osseux conservés permet de décrire de nouveaux procédés de fixation.

Rappelons d'abord que la fixation de la colonne vertébrale peut être rendue nécessaire par deux sortes de lésions :

Soit par une lésion inflammatoire plus ou moins destructive qu'il faut immobiliser pour lui permettre de se cicatriser et pour consolider le rachis.

Soit par une déformation qu'il faut d'abord réduire et dont il faut maintenir la réduction (scoliose, par exemple).

Dans le premier cas, si l'immobilisation est nécessaire, le problème de la correction est moins important; le plus souvent, il faut fixer le segment vertébral dans la position où il est.

Dans le second cas au contraire, le problème est tout différent. Il s'agit, en effet, d'une colonne en position vicieuse qui doit être corrigée ou tout au moins équilibrée et qu'il faut maintenir dans sa position de correction. Le montage pour fixer cette correction doit donc être particulièrement puissant de façon à ce qu'il puisse résister aux forces considérables qui agissent sur le rachis dans des directions variées.

Quand on veut faire des greffes très étendues (10, 12 et même 15 vertèbres), il est impossible de trouver sur le sujet le matériel osseux nécessaire. La technique des greffes osseuses conservées dans la Banque d'os, en mettant à la disposition du chirurgien un matériel osseux illimité permet de réaliser des opérations qui n'auraient pu être faites autrefois. On peut utiliser, soit du tissu hétérogène, soit mieux du tissu homogène. L'expérience que j'ai de ces techniques qui porte sur près de 200 cas, permet d'affirmer que ces greffes osseuses permettent d'obtenir d'excellentes consolidations; leur évolution ne diffère en rien de celle des greffes autogènes à condition que *le matériel osseux soit prélevé et conservé dans d'excellentes conditions; c'est là un point primordial.*

Les expériences de congélation que j'ai faites montrent que si le tissu osseux est bien congelé par la méthode du *Quick Freezing*, aussitôt après son prélèvement, les cellules osseuses sont intactes et l'examen histologique (professeur Rutishauser) ne montre pas de différence entre le tissu homogène conservé et le tissu non conservé servant de test et qui a été fixé

immédiatement. Au contraire, si la congélation tarde ou est mal faite, le tissu est profondément altéré. Mais le but de cette communication n'est pas de décrire les méthodes de congélation, point sur lequel j'ai eu l'occa-

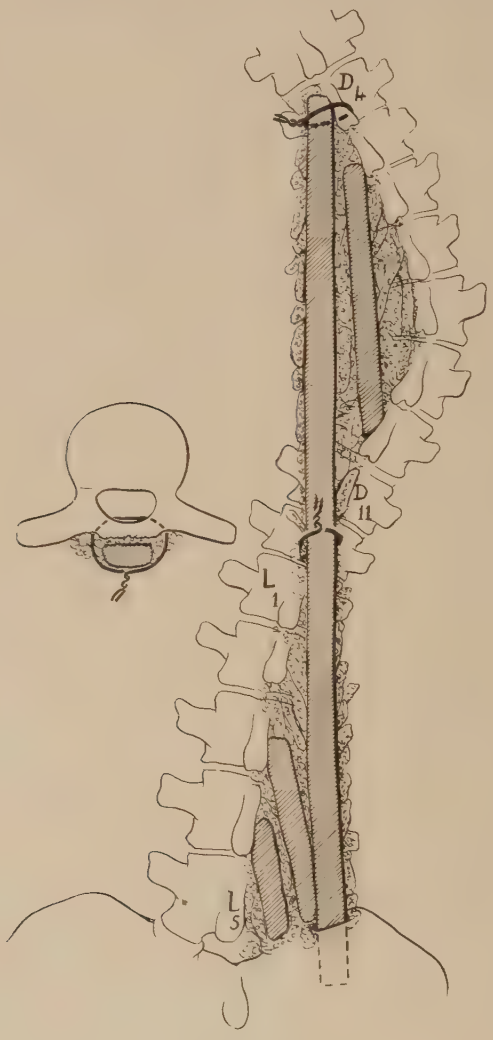


Fig. 1.

sion d'insister (1), mais simplement de montrer quelques procédés nouveaux de fixation vertébrale.

1 J.-J. Herbert. — De l'utilisation des os conservés comme greffes. La Banque d'Os (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, Janv. 1949).

J.-J. Herbert et J. Paillot. — Les greffes osseuses conservées par réfrigération: Résultats et indications (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, nº 10 et 11, 1950).

J.-J. Herbert. — Homografts and the Bone Bank (*Journal of Bone and Joint Surgery*, August 1951. British volume).

Avant de décrire les diverses techniques utilisées, je voudrais d'abord rappeler brièvement quels sont les principes généraux applicables à toutes les greffes vertébrales, fixatrices de déformations corrigées ou équilibrées :

Toutes les surfaces constituant le lit du greffon doivent être avivées par

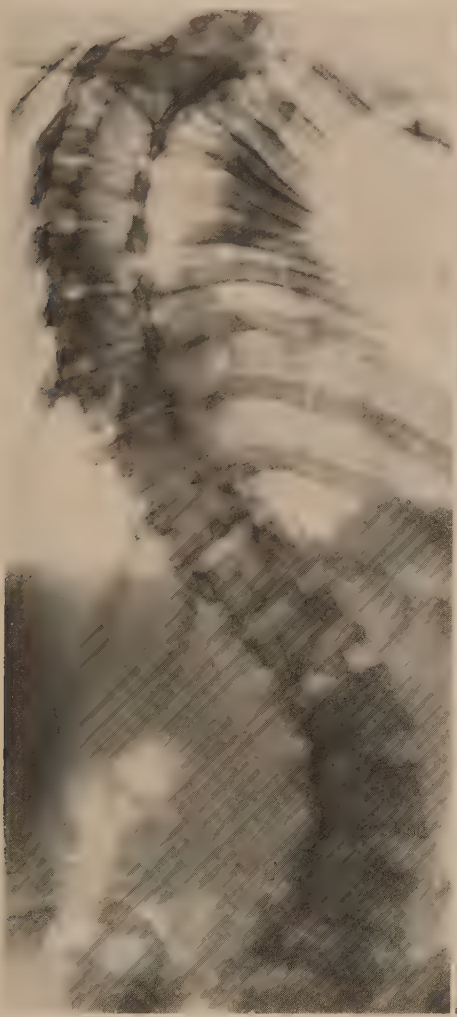


Fig. 1 *bis*.

Fig. 1 *ter*.

Fig. 1 *bis*. — Scoliose avant redressement.
Fig. 1 *ter*. — Même malade après redressement et fixation par greffe croisant obliquement le rachis.

destruction de la corticale au ciseau frappé spécial ou à la pince gouge et l'étendue de cet avivement doit être considérable. C'est le temps le plus pénible de l'opération.

Les interlignes des apophyses articulaires doivent être détruits dans leur partie postérieure et comblés par du tissu spongieux.

Les grands transplants osseux doivent avoir des contacts permanents ou en tous cas très nombreux avec la colonne vertébrale de l'opéré, et dans les endroits où les contacts osseux ne sont pas possibles, du tissu spongieux doit être placé.

Le tissu spongieux doit être réparti sur toutes les surfaces osseuses, comblant les espaces morts, entourant le greffon et permettant de réaliser ainsi des surfaces d'ossification qui bloqueront le segment osseux.

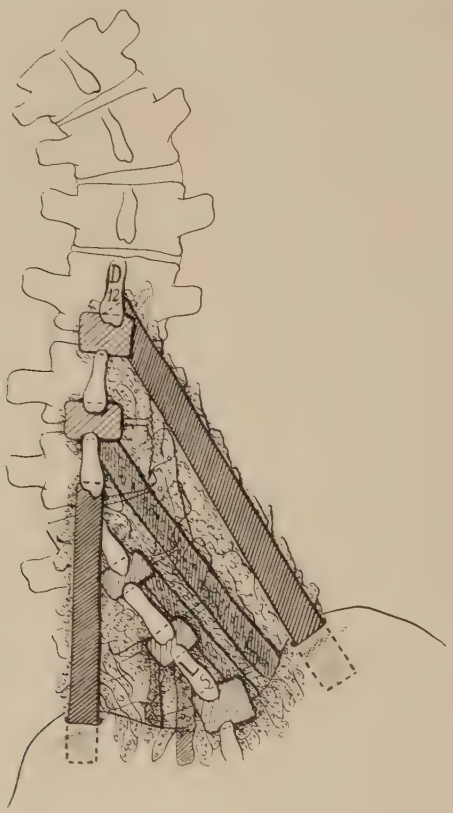


Fig 2.

Les grands transplants rigides doivent être fixés à la colonne et cette fixation peut être réalisée par divers procédés qui seront décrits ci-dessous.

Enfin, une immobilisation plâtrée post-opératoire est nécessaire pendant plusieurs mois, mais cette immobilisation peut être ambulatoire.

TECHNIQUES PROPREMENT DITES

Je veux simplement décrire les techniques des grandes greffes vertébrales et j'écarte volontairement de ce sujet les arthrodèses lombo-sacrées qui forment un sujet à part et qui mériteraient une étude toute spéciale.

Les transplants utilisés sont, en général, des fragments de diaphyse tibiale et péronière. Parfois c'est un péroné entier qui est mis en place.

Technique 1. — Cette technique est utilisable dans certaines scolioses paralytiques dorso-lombaires qui formaient une vaste courbe à point de départ sacré, à convexité maxima vers D8. Dans ce cas, on place un grand greffon allant de D4 à la crête iliaque ou à la partie externe du sacrum,

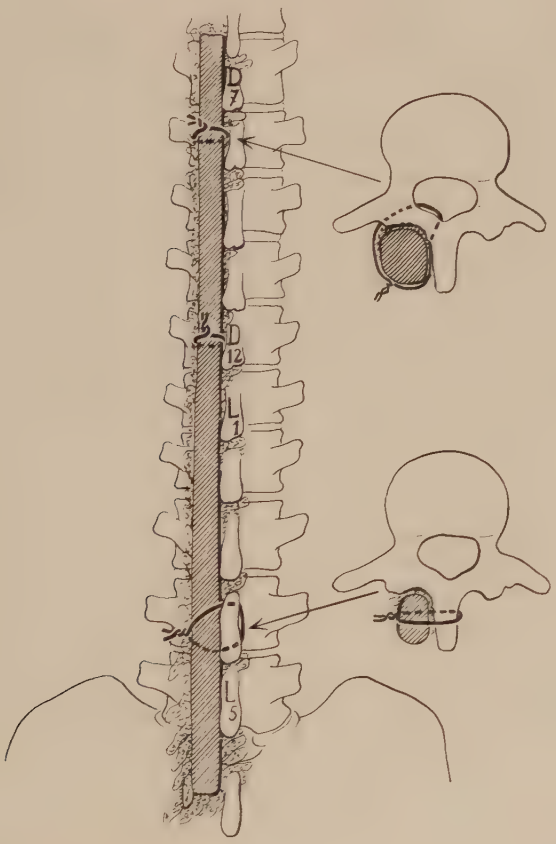


Fig. 3.

croisant la colonne à la jonction dorso-lombaire, souvent c'est l'os péroné en entier qui est utilisé. Les apophyses épineuses de cette jonction sont réséquées. Parfois à cause de la courbure vertébrale antéro-postérieure, il faut sectionner le transplant au niveau de cette jonction. Le greffon s'enfonce en bas dans l'os iliaque et est fixé à la jonction dorso-lombaire par un fil métallique passant au travers des lames et est de nouveau fixé à D4 par un fil métallique passant sous cette épineuse. Les intervalles entre cette greffe et la colonne sont remplis par de petits greffons et du tissu spongieux comble les espaces morts (fig. 1, 1 *bis* et 1 *ter*).

Technique 2 (fig. 2). — Certaines scolioses, notamment rachidiennes ou essentielles, ou à point de départ sacré dues à une malformation congénitale, forment une courbure lombaire qui se redresse à partir de la

Fig. 3 *bis*. Fig. 3 *ter*.

Fig. 3 *bis*. — Scoliose avant redressement.
Fig. 3 *ter*. — Après redressement et fixation par greffe.

jonction dorso-lombaire. Dans ce cas, on peut faire des greffes en étai (1) : une greffe du côté convexe allant de L2 à la crête iliaque et une du côté concave allant de D12 à la crête iliaque. Entre deux apophyses épineuses voisines de petits greffons sont enfoncés à frottement dur, ce qui permet de

(1) De telles greffes en étai avec une technique un peu différente, ont été faites par Boppe et Tavernier.

redresser partiellement la lordose lombaire qui accompagne toujours ces cas. Là encore, on place entre la greffe et la colonne des petits greffons et du tissu spongieux abondant. Le montage final forme un bloc pyramidal puissant.

Technique 3 (fig. 3, 3 *bis* et 3 *ter*). — Dans certains cas, il est possible de réduire à peu près complètement la colonne vertébrale. On peut alors

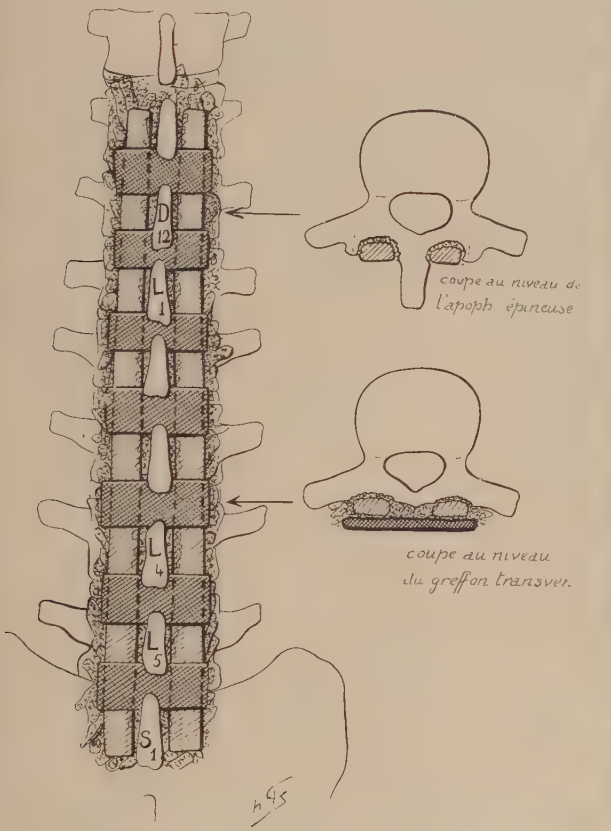


Fig. 4.

Fig. 4 *bis*.

Fig. 4 *bis*. — Cyphose paralytique.

placer un grand greffon dans une gouttière vertébrale depuis la 6e ou 7e dorsale jusqu'au sacrum, fixé par des fils métalliques au niveau des lames ou des apophyses épineuses. Toujours du tissu spongieux comble les espaces morts.

Technique 4 (fig. 4, 4 *bis*, 4 *ter* et 4 *quater*). — Quand la réduction de la colonne est parfaite, on peut faire la technique des greffes en échelle de la façon suivante : deux greffons longitudinaux sont mis en place de

chaque côté des apophyses épineuses. Dans l'intervalle de celles-ci, des greffons transversaux sont enfoncés à frottement dur fixant ces greffons longitudinaux. Du tissu spongieux remplit les espaces morts. On obtient ainsi un dispositif final d'une grande rigidité.

Fig. 4 *ter*. Fig. 4 *quater*.

Fig. 4 *ter*. — Après redressement et fixation par greffe en échelle.
Fig. 4 *quater*. — Six mois après, on voit le bloc osseux constitué.

Technique 5 (fig. 5 et 5 *bis*). — C'est une application du procédé de Wilson en alternant deux greffons avec des plaques métalliques comme le montre bien la figure. En bas une greffe est encastrée entre L5 et S1, des greffons sont placés sous les tiges métalliques et du tissu spongieux comble les espaces morts.

Ces diverses techniques qui sont applicables aux grandes greffes vertébrales ont été réalisées 40 fois, elles peuvent d'ailleurs se combiner entre elles comme le montrent les radiographies.

23 fois dans les scolioses essentielles.

13 fois dans les scolioses paralytiques.

4 fois dans des cas divers.

J'ai observé un certain nombre de fractures de greffons au bout du

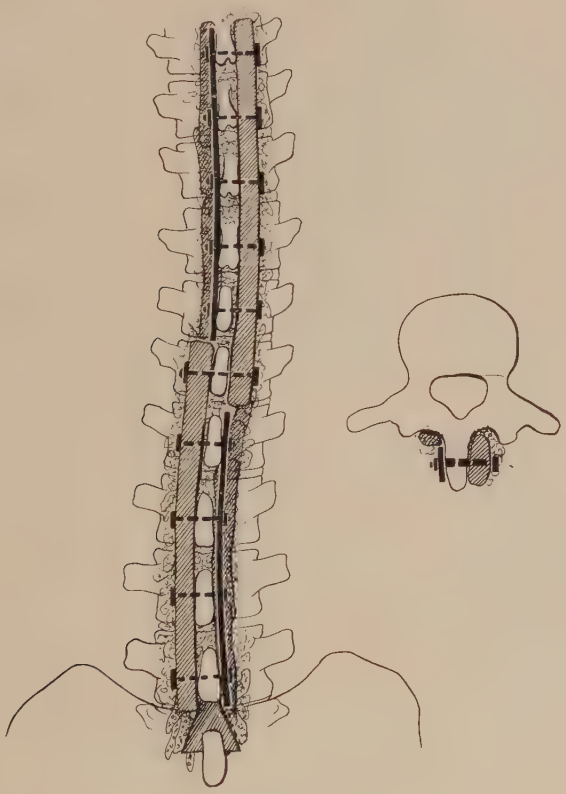


Fig. 5.

6e, 8e et 10e mois et qui, faits importants, se sont presque toujours consolidées. J'ai observé également quelquefois des résorptions partielles, mais il s'agissait de transplants placés dans de mauvaises conditions biologiques et dont les cellules n'étaient pas en contact suffisamment rapproché avec celles du receveur.

Ce travail ayant pour objet de proposer des techniques nouvelles n'a pas pour but de rapporter les observations de malades, ni l'évolution biologique de ces greffes. Ces deux points feront l'objet d'un travail ultérieur.

Toutes ces techniques ont leurs indications et sont surtout applicables, comme je l'ai dit, aux grandes déformations vertébrales. Les sujets atteints

de scoliose, parfois associée à une paralysie des membres inférieurs sont des malades qui disposent d'un matériel osseux très réduit et sur lesquels il est difficile de faire quelque chose. Grâce au tissu conservé, on peut faire de puissantes greffes et contribuer ainsi à maintenir leur rachis.

Fig. 5 *bis*.

Fig. 5 *bis*. — Fixation d'une scoliose par le procédé précédent.

Ces techniques ne présentent aucun shock puisqu'il m'est arrivé de greffer 10 à 12 vertèbres et quelquefois 18 à la fois sans aucun ennui. Par ailleurs, ces techniques n'ont pas la prétention de se substituer aux techniques classiques qui ont fait leurs preuves, et comme elles, elles ont leurs avantages et leurs inconvénients. C'est au chirurgien qu'il appartient de choisir celle qui est le mieux adaptée au cas qu'il a à traiter.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

H. Laborit. – **Réaction organique à l'agression et choc.** Un volume de 295 pages, avec 17 fig. Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

Voilà un livre remarquable et qui doit retenir l'attention. Il apporte vraiment quelque chose de nouveau. C'est ce qu'écrit le professeur R. Leriche en exergue de la belle préface qu'il fit pour l'ouvrage que je signale et recommande à nos lecteurs. Excellent ouvrage étayé par les deux notions que voici : *a*) ce qu'on nomme nos moyens de défense ne préserve guère que la constance de notre milieu intérieur, c'est-à-dire pas notre vie tout court, mais simplement notre liberté vis-à-vis de l'autre milieu, l'extérieur, l'essai de conservation de notre *homéostasie*; *b*) la réalisation du maintien de la constance de notre milieu intérieur n'est le fait que d'une réaction dite *oscillante, post-agressive*, que l'auteur étudie vraiment sous toutes les faces, et d'où l'on tire des déductions en ce qui concerne les états de choc et les états post-agressifs.

Au point de vue thérapeutique, qu'en conclure ? Dans les cas où l'agression est suivie de quelque réaction modérée, et où l'équilibre — semble-t-il — peut se rétablir spontanément, le mieux est, sans nul doute, d'être avare de traitement; dans le cas contraire, pourquoi ne pas mettre l'organisme en vie ralentie *en hibernation* qui affaiblit tout son pouvoir réactionnel?

Que l'on partage ou non les idées de Laborit, *la Réaction organique à l'agression est un grand livre*, écrit le professeur R. Leriche. Le lecteur pensera sûrement de même.

JEAN PATEL.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Schinz. **Traité de diagnostic radiologique** (Fasc. 8, Organes internes, 5e édit. 452 p., avec 559 fig.; G. Thieme édit., Stuttgart, 1952).

Le huitième et dernier fascicule de ce magnifique *Traité de Schinz* vient de paraître et sa perfection est absolument comparable à celle des précédents fascicules tant dans la présentation que dans le texte et la reproduction des clichés.

Cet ouvrage est consacré à l'étude des affections du gros intestin : anatomie et physiologie des côlons, moyens d'exploration et étude pharmaco-dynamique. L'auteur envisage successivement les anomalies de situation et de longueur, les hernies, les lésions inflammatoires, spécifiques et non spécifiques, les diverticules, les tumeurs bénignes et malignes, les adhérences, les occlusions et les corps étrangers.

Une étude d'ensemble est réservée aux différentes fistules internes depuis l'œsophage jusqu'au rectum.

L'étude du pneumo-péritoine et du rétro-pneumo-péritoine vient compléter ce chapitre sur la radiologie du tractus intestinal. Les chapitres suivants sont consacrés

aux affections du foie et des voies biliaires, de la rate, du pancréas, des reins, des surrénales et des organes génito-urinaires à la fois chez l'homme et chez la femme avec des chapitres spéciaux pour la grossesse et l'hystérosalpingographie.

Cet ouvrage comprend également la table des matières des précédents fascicules à la fois par affections et par nom d'auteur.

Ce Traité de Schinz est une véritable encyclopédie radiographique et a sa place dans toutes les bibliothèques et les Centres de travail.

J. Sénèque.

W. Teschendorf. — **Traité de diagnostic différentiel radiologique** (*Maladies des Organes thoraciques*, t. 1, 3e édit., 954 p., avec 1030 fig.; G. Thieme édit., Stuttgart, 1952).

Il s'agit d'un excellent traité de diagnostic radiologique illustré de très nombreuses radiographies sur toutes les affections médicales et chirurgicales de la cavité thoracique.

Pour chacune de ces affections il est fait un rappel clinique des principaux signes, un exposé des signes radiologiques avec discussion sur leur interprétation; cet ouvrage est divisé en quatre principaux chapitres :

Diagnostic des affections pulmonaires. — Pneumonie, pleurésies, abcès pulmonaires, bronchiectasies, lésions hilaires, tumeurs médiastinales avec deux très importants chapitres réservés à l'étude de la tuberculose pulmonaire et au cancer du poumon.

Diagnostic des affections cardiaques. — L'auteur commence par un exposé du cœur normal et du cœur pathologique, des différentes positions qu'il convient d'adopter dans les différents cas. Toutes les affections cardiaques et aortiques sont successivement envisagées avec une étude très poussée des diverses affections pour lesquelles des interventions chirurgicales ont été préconisées dans le courant de ces dernières années : persistance du canal artériel, tétralogie de Fallot, etc.

Diagnostic des affections de l'œsophage. — Cette partie comprend l'étude de la paroi et du relief interne de l'œsophage, avec les affections aiguës et chroniques, les tumeurs bénignes et malignes, les diverticules, les atonies et les corps étrangers de l'œsophage.

Diagnostic des affections du diaphragme. — On trouvera exposé dans ce dernier chapitre une étude des mouvements du diaphragme, des pleurésies diaphragmatiques; des adhérences diaphragmatiques, des paralysies, des éventrations diaphragmatiques ainsi que des hernies et enfin les tumeurs du diaphragme.

Cet important traité s'adresse donc aussi bien aux médecins qu'aux chirurgiens et sera consulté avec grand profit.

J. Sénèque.

P. Moritsch (Vienne-Autriche). — **La prévention de la douleur dans les interventions chirurgicales** (Un volume in *Wiener Beiträge zur Chirurgie*, Wilhelm Maudrich, édit., Vienne, 2e édition, 1953, 300 p., avec 98 fig.).

La nouvelle édition rapide de ce livre d'anesthésie en langue allemande indique le succès de la première, dont il a été rendu compte dans le *Journal de Chirurgie*, par M. Leriche (t. 66, 1950, p. 136).

La seule adjonction faite dans ce nouveau tirage est une dizaine de pages insérées à la suite du chapitre sur l'anesthésie générale par inhalation.

Elles traitent des nouvelles drogues curarisantes et analeptiques, de quelques points de technique de l'intubation et donnent quelques notions sur l'anoxémie. Pratiquement, il s'agit du même livre.

P. Moulonguet.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Emeric Markovits (actuellement radiologiste de la Clinique du Cancer Steiner, à Altana (U. S. A.). — **Radio-diagnostic. Os et articulations** t. **1**, 2e adaptation française d'après la dernière édition américaine par MM. Philippe Jacobson et Henri Brunswic, avec 616 fig. Éditeurs Delachaux et Niestle (Neuchâtel, Suisse).

Cet ouvrage, d'une conception très particulière, est, en réalité, une sorte d'atlas, doublé d'un texte de caractère éminemment pratique et présenté, en particulier, sous forme de tableaux qui résument les éléments du diagnostic.

A côté des radiographies, l'auteur a placé des schémas d'une grande simplicité et destinés à faciliter pour l'étudiant l'interprétation des clichés.

Dans la rédaction de cet ouvrage, l'auteur a donc fait preuve d'un souci didactique mais ce souci dépasse de loin et par bien des points le niveau de l'étudiant qui débute; il s'adresse aussi aux radiologues, aux médecins, aux chirurgiens.

Sans conteste, la partie la plus intéressante est celle qui traite des tumeurs des os. Le lecteur trouvera en effet dans ce livre une réunion peu commune de toutes les variétés, fréquentes, rares ou même exceptionnelles, des tumeurs osseuses connues. M. Markovits s'est attaché à choisir les clichés les plus typiques. La plupart sont très beaux.

Ainsi l'auteur a réalisé dans ce large chapitre, qui représente la moitié ou à peu près de l'ouvrage, un ensemble de faits et d'images, qui, sans aucun doute, est un guide de valeur pour tous ceux qui auront l'occasion de porter un diagnostic souvent délicat, parfois très difficile. La comparaison du cas à définir ou à classer avec les différentes figures de ce livre sera d'un précieux concours pour ceux qui ne sont pas spécialisés dans l'étude et le traitement de ces lésions.

Suit un exposé, également à retenir, des affections des articulations des membres, de la colonne vertébrale, du bassin, du crâne.

Au total, l'étudiant, le médecin, le radiologue, le chirurgien ont intérêt à connaître cet ouvrage qui leur sera utile dans leur vie de praticien.

Il faut donc féliciter les Traducteurs et les Éditeurs du soin qu'ils ont pris à le présenter au public médical.

Ils ont ainsi rendu service à tous.

BROCQ.

S. de Sèze, J. Robin, S. Jurmand et **J. C. Rénier.** — **Dégénérescence sarcomateuse de la maladie de Paget. 4 nouvelles observations** (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, 1952, séance du 9 Mai, p. 555-560).

Le développement d'un ostéosarcome sur une maladie de Paget est bien connu et, si un travail récent n'en relève que 16 observations françaises publiées, il faut en conclure à la banalité du fait.

Les auteurs en apportent 4 exemples. L'évolution fatale a été rapide, aucun traitement n'a été institué. Il s'agissait comme toujours de gens âgés, 3 hommes et 1 femme. Ce qui est à remarquer c'est le siège à la racine du membre inférieur dans tous ces cas, avec point de départ trois fois sur le pelvis, une fois sur le col fémoral.

Les douleurs atroces ont été le symptôme dominant, avec le développement d'une grosse tumeur. Les radiographies ne sont pas reproduites.

P. MOULONGUET.

Lo Sardo (Rome). — **Les caractéristiques de la maladie de Lobstein avec aperçus sur son hérédité et ses rapports avec l'ostéogénèse imparfaite** (*Il Policlinico* [*Sez. chirurgica*] vol. **58**, n° 6, Nov.-Déc. 1951, p. 317-332).

Dans une première observation, il s'agit d'un enfant de 9 ans présentant dans ses antécédents des fractures multiples; il est vu à l'occasion d'une nouvelle fracture de

l'avant-bras. L'examen clinique montre les signes de la maladie de Lobstein sauf l'hypoacousie; la radio montre une ostéoporose diffuse. En étudiant les antécédents familiaux, on constate que l'affection se présente avec un caractère mendelien prédominant.

La seconde observation concerne un jeune homme de 14 ans dont les antécédents comportent 8 fractures survenues à l'occasion de traumatismes minimes. Là aussi, on trouve à la radio une ostéoporose diffuse malacique; quant aux antécédents, on ne trouve qu'une sœur atteinte de sclérotique bleue.

Un 3e cas, chez une femme de 20 ans, présente la triade symptomatique de l'ostéopsatyrose.

OLIVIERI.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

G. d'Errico (Naples). - **Les anévrysmes spontanés de la sous-clavière avec étude particulière du traitement chirurgical. Un cas à étiologie syphilitique traité par exérèse** (*La Riforma Medica*, an. **66**, n° 12, 22 Mars 1952, p. 316-322).

Un homme de 62 ans, atteint de syphilis à l'âge de 22 ans est examiné par d'E. pour un anévrysme du volume d'une noix situé sur le tiers moyen de la clavicule. Cet anévrysme est localisé par anévrysmographie (il est fusiforme), long de 5 cm et large de 2 à 3, situé transversalement sous la clavicule. Pour atteindre l'anévrysme on sectionne la clavicule suivant un Z renversé (ꙅ) : on put constater, entre le fil de sécurité situé en amont de l'anévrysme et ce dernier, la présence d'un gros rameau qui peut être conservé. Cette disposition anatomique permet l'exérèse de l'anévrysme dont la dissection avec le plexus brachial fut pénible. Le résultat fut bon et le malade revu 1 mois après, ne souffrait plus et avait repris son travail. Le pouls radial était encore absent et l'oscillomètre, au bras, ne donnait aucune pression.

OLIVIERI.

P. A. Fernbach, L. Berman et **B. Cohen** (Buffalo). — **Rupture intra-péritonéale d'un anévrysme iliaque avec survie après traitement chirurgical** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 4, Avril 1952, p. 570-571, avec 1 fig.).

Une fillette de 10 ans 1/2 ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques fut prise de douleurs abdominales vives avec vomissements et état de shock. On pensa à une appendicite ou à un infarctus mésentérique. A l'opération on trouva un anévrysme de l'iliaque primitive droite avec une rupture de 1 cm de diamètre, en partie oblitérée par un caillot, mais par où s'était écoulé pas mal de sang. On put lier l'iliaque primitive au-dessus de l'anévrysme, et au-dessous de lui avant la bifurcation; l'iliaque externe avait été liée aussi. En raison du mauvais état général de la malade, le sac fut laissé en place.

Les cultures du sang ayant montré du streptococcus viridans, on fit un traitement intense et prolongé à la pénicilline. La malade guérit et retrouva l'usage de son membre inférieur droit malgré l'absence de pulsations.

Cet anévrysme était sans doute secondaire à une endocardite bactérienne subaiguë, bien qu'une origine congénitale soit possible.

M. GUIMBELLOT.

Ch. A. Hufnagel et **H. H. G. Eastcott** (Boston). - **Conservation des greffons artériels par le froid** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 11, 15 Mars 1952, p. 531-537, 5 tabl., 6 fig.).

Les auteurs décrivent une méthode de congélation rapide des greffons artériels par immersion dans un milieu à — 195°. Cette congélation est obtenue en 10 à 12 secondes pour les vaisseaux de calibre réduit, en 20 à 25 secondes pour les vaisseaux d'un plus large calibre.

Cette réfrigération brusque entraîne habituellement pour les vaisseaux d'un calibre important un craquèlement de la paroi qui a amené les auteurs à recommander, dans ce cas particulier, une congélation en deux phases : l'immersion directe dans le liquide rapidement congelant étant interrompue au bout de 15 s et les greffons étant alors transférés en tube stérile scellé dans un milieu où la température est de — 70° C. Ainsi la congélation rapide peut être obtenue sans incident.

Lorsque les greffons ont été rapidement congelés la décongélation doit être pratiquée de façon rapide dans une solution saline isotonique à 37 ° C.

Les expériences des auteurs leur ont permis de conclure après une étude à la fois macroscopique et microscopique des greffons ainsi traités et après culture de tissus que la coagulation brusque était probablement supérieure aux méthodes jusqu'ici employées car elle altère moins la structure de la paroi artérielle laquelle conserve une vitalité démontrée par les cultures de tissus.

La plupart de ces greffes ont eu des suites favorables. On ne relève qu'un décès pour les greffes aortiques par hémorragie secondaire. Il y a par contre un nombre relativement important de thromboses pour les greffes carotidiennes mais les auteurs pensent que le prélèvement n'a pas été fait dans des conditions d'asepsie absolument rigoureuse.

Les auteurs rapportent à l'appui de leur travail expérimental l'observation d'un homme de 60 ans présentant une thrombose de la poplitée chez qui fut pratiquée, après résection de la zone thrombosée, une greffe au moyen d'un greffon rapidement congelé et chez qui le résultat fut excellent puisque 5 mois après l'opération le pouls pédieux est parfaitement perçu. Le malade peut marcher et courir et a repris ses occupations.

MARCEL ROUX.

Ch. Dubost et **N. Œconomos** (Paris). **Les greffes vasculaires. Etude expérimentale. Application chez l'Homme** (*Revue de Chirurgie*, an. **71**, n° 5-6, Mai-Juin 1952, p. 167-185, avec 8 fig.).

Depuis 1 an, D. dans le service de son maître, le professeur d'Allaines, a pratiqué 18 greffes artérielles humaines conservées.

Ces opérations ont été pratiquées après une expérimentation ayant porté sur plus de 50 animaux. L'étude de la greffe a été faite de 2 à 12 mois après l'opération. Dans tous les cas, les auteurs ont observé les mêmes modifications histologiques. Aucune modification de l'*intima*. La *média* présente toujours les mêmes altérations caractérisées par la conservation de l'appareil élastique et la disparition presque complète de l'élément musculaire. L'adventice est fibreux, dense, scléreux, inflammatoire si le greffon a été entouré de tissu aponévrotique ou musculaire. Jamais il n'a été observé de thrombose au niveau du greffon ou des sutures.

Les auteurs ont observé des modifications identiques à propos de 2 décès survenus chez des malades greffés, l'un 3 jours (coarctation de l'aorte), l'autre 20 jours après l'intervention (tétralogie de Fallot) décédé d'un infarctus du mésentère.

Ils ont, comme procédé de conservation, donné la préférence au liquide de Gross (solution de tyrode maintenue à un *p*H constant auquel on ajoute des antibiotiques et du sérum homologue) conservé en vase clos au frigidaire.

Les greffons utilisés avaient été conservés de 3 à 40 jours.

D. a utilisé les greffons humains conservés dans 11 cas de tétralogie de Fallot, 3 de coarctation de l'aorte, 1 cas d'artérite, 2 anévrismes et 1 cas d'hypertension portale. Le plus beau cas de D. est sa greffe d'aorte abdominale pour anévrisme étendu depuis les rénales (au-dessous), jusqu'à la bifurcation aortique (comprise). Le greffon long de 14 cm conservé depuis 21 jours, a rétabli la circulation normalement : une aortographie faite 2 mois plus tard a montré la parfaite perméabilité du vaisseau. Depuis 8 mois cet homme de 63 ans a repris ses occupations habituelles.

Au terme de leur travail les auteurs font remarquer que les meilleurs résultats doivent être obtenus dans les affections congénitales où la maladie est cardiaque et

non vasculaire. Dans les artérites, les anévrismes, au contraire, les anastomoses sont pratiquées en territoire vasculaire malade et sont exposées à la rupture et à la thrombose.

G. Picot.

G. Giraud et **P. Cazal** (Montpellier). — **Les accidents du traitement des thromboses veineuses par le dicoumarol ou ses dérivés** (*Montpellier médical*, t. **39-40**, n° 6, Nov.-Déc. 1951, p. 639-651).

L'hémorragie post-opératoire, conséquence d'un traitement par le dicoumarol, est le plus souvent strictement locale. Elle ne peut être prévue (temps de coagulation restant voisin de la normale, taux de prothrombine supérieur à 20 p. 100); elle ne peut pas toujours être maîtrisée, ce qui limite l'emploi du dicoumarol, dans les suites opératoires ou obstétricales immédiates, à des cas exceptionnels.

Les auteurs s'attachent surtout à l'étude des accidents hémorragiques provoqués par le traitement anticoagulant dans les thromboses médicales. Ils s'observent dans 20 p. 100 des cas environ; l'hématurie est souvent l'hémorragie révélatrice de la surcharge en dicoumarol : elle est généralement transitoire et cesse 2 à 5 jours après l'arrêt du traitement. Mais il en existe des formes sévères, avec hémorragies diffuses des muqueuses, dont 1 cas est rapporté.

La surveillance du traitement par les anticoagulants exige la recherche à intervalles réguliers, d'hématies dans le culot urinaire, d'un purpura provoqué, le dosage quotidien de la prothrombine et les tests de tolérance à l'héparine *in vitro*.

On peut considérer que le traitement par le dicoumarol doit s'arrêter à un seuil chirurgical de 25 à 30 p. 100 et à un seuil médical de 10 p. 100, pour éviter les accidents hémorragiques.

R. Sauvage.

F. Martorell (Barcelone). — **Ligature thérapeutique de la veine cave supérieure** (*Journal International de Chirurgie*, t. **12**, n° 1, Janv.-Fév. 1952, p. 32-38, avec 1 fig.).

Les travaux expérimentaux de Carlson (1934) et de Strahberger (1950) montrent que la ligature de la veine cave supérieure au-dessus de la terminaison de l'azygos est compatible avec la vie. La même ligature au-dessous de l'azygos entraîne la mort en quelques heures. Celles de la veine cave et de l'azygos en deux temps permettent le rétablissement du retour veineux au cœur droit par le système cave inférieur grâce à une dilatation considérable des veines superficielles et profondes de la paroi abdominale et des plexus vertébraux.

M. rapporte un cas d'anévrysme artério-veineux de l'origine du tronc brachio-céphalique artériel et de la terminaison des troncs veineux : une insuffisance cardiaque grave imposa l'intervention.

Par voie mixte cervico-thoracique furent liés successivement le tronc artériel brachio-céphalique, la carotide primitive droite et la sous-clavière droite, la veine cave supérieure au-dessus de l'azygos, les veines jugulaires interne et externe, la veine mammaire interne et la veine sous-clavière.

Malgré une stase veineuse intense de la moitié supérieure du corps, qui disparut rapidement et grâce à une importante circulation thoraco-abdominale de suppléance, le malade était en excellent état 11 mois après l'opération.

R. Sauvage.

Pietro Tagariello (Padoue, Italie). — **Utilité de la phlébographie dans le diagnostic de l'obstruction intermittente de la veine sous-clavière** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 6, Juin 1952, p. 789-801, avec 11 fig.).

T. attire l'attention sur certaines images d'interruption du courant veineux en regard de la 1re côte fréquemment observées au cours des phlébographies du membre supérieur et qui ne comportent pas de signification pathologique.

En effet il existe à ce niveau un dispositif valvulaire et du fait de la stase provoquée dans le territoire cave supérieur au moment de la phase pré-systolique de la contraction cardiaque, l'occlusion de ce système valvulaire s'oppose à la migration plus lointaine du produit de contraste. Selon que le système valvulaire est ouvert ou qu'il y a occlusion totale ou partielle on peut noter toute une gamme d'aspects morphologiques de cette zone valvulaire avec tantôt un courant continu et large, tantôt un arrêt franc et concave, tantôt, au cas d'occlusion incomplète, un défilé régulier, progressivement rétréci, donnant un aspect en *radis* ou en *queue de souris*.

Tous ces aspects sont des aspects physiologiques et s'opposent aux seuls aspects vraiment pathologiques d'interruption permanente du courant sanguin, laquelle s'accompagne toujours d'une importante circulation collatérale de dérivation.

MARCEL ROUX.

George Lumb (Londres). — **Tumeur chromaffine et hypertension** (*British Medical Journal*, 20 Oct. 1951, p. 936-938, 11 fig.).

Un cas de paragangliome de l'organe de Zuckerkandl avec syndrome typique d'hypertension essentielle. Quelques vues pathogéniques sur ces tumeurs, et leurs rapports avec le phœochromocytome surrénal. Étude histologique de la lésion nécropsique. Brève revue de la littérature sur ce sujet. Il est à noter que l'intervention pratiquée sur cette malade de 70 ans fut une résection du sympathique thoracique et que la mort qui suivit survint par collapsus brutal.

C. NARDI.

NERFS

Otto Vosz. — **La neurotomie du trijumeau par voie occipitale transtentorielle** (*Zentralblatt für Neurochirurgie*, an. **11**, fasc. 4-5, 1951, p. 230-233).

La voie préconisée par Dandy pour la neurotomie juxta-protubérantielle expose à l'hémorragie de la veine pétreuse au cours de la découverte de la racine. C'est ce danger qui a fait renoncer à cette méthode par de nombreux neuro-chirurgiens au profit de la voie temporale. V. prétend éviter cet inconvénient en abordant la racine de haut en bas par voie transtentorielle. L'opération consiste à pratiquer un volet occipital à charnière inférieure répondant au sinus latéral. La tente est alors sectionnée suivant une incision arciforme après avoir soulevé le lobe occipital et sectionné les veines qui le relient à la tente et au sinus latéral. Les deux lambeaux tentoriels rabattus, on obtient un jour bien meilleur sur la racine du trijumeau et la protubérance que par la voie de Dandy. La veine pétreuse ne gênerait plus dans ces conditions l'opérateur pour pratiquer la neurotomie. L'auteur a opéré ainsi 26 cas sans une mort opératoire. Mais ce chiffre est trop faible pour juger des risques réels de ce nouveau procédé. La section des veines occipitales qu'impose cette voie est un risque non négligeable (facteur possible de ramollissement post-opératoire) que l'auteur oublie d'envisager.

D. PETIT-DUTAILLIS.

E. J. Losli. — **Hémangiome intrinsèque des nerfs périphériques** (*A. M. A. Archives of Pathology*, vol. **58**, n° 3, Mars 1952, p. 226-232, avec 3 fig.).

Quelques cas rares d'hémangiomes des nerfs périphériques ont été rapportés, dont les auteurs donnent la bibliographie et le résumé. Ils seraient au nombre de 5, auxquels 2 cas nouveaux sont adjoints. L'un d'entre eux concerne un nerf cubital. Il a été traité par une large résection de ce tronc nerveux, sans tentative de restauration.

Le second cas concerne un hémangiome caverneux de la 5e racine cervicale.

Une étude histologique soigneuse est présentée.

Il est probable que l'attention étant attirée sur cette lésion, elle apparaîtra moins exceptionnelle et devra être citée dans la question des tumeurs des nerfs périphériques sur le même plan que les autres types tumoraux plus connus.

P. MOULONGUET.

CRANE ET ENCÉPHALE

R. Lorenz. — Moyen de diagnostiquer les métastases cérébrales par l'artériographie (*Zentralblatt für Neurochirurgie*, an. **11**, fasc. 3, 1951, p. 171-182, avec 15 fig.).

Sur 344 affections cérébrales opérées, L. relève 21 tumeurs métastatiques (6,1 p. 100). Les caractères de l'artériographie seraient assez particuliers dans cette variété de tumeurs. Si l'aspect de certaines métastases est impossible à distinguer de celui des glioblastomes, il en est qui se rapprochent par le renforcement de l'image au temps capillaire et au temps veineux, ainsi que par la netteté de leurs contours, des images des méningiomes. Comme dans ces derniers, on peut voir un vaisseau marquer les contours de l'ombre tumorale mais on ne trouve pas de réseau capillaire régulier provenant du vaisseau marginal au pourtour de la tumeur. Alors que dans le méningiome l'ombre de la tumeur s'estompe de la périphérie vers le centre qui reste habituellement plus clair, la figure donnée par la tumeur métastatique montre un réseau capillaire très irrégulier réparti dans toute la masse de la tumeur. La substance de contraste y est elle-même irrégulièrement répartie sous forme de taches disséminées au hasard. Enfin les tumeurs métastatiques se développant aux dépens de greffes arrêtées dans la terminaison d'une branche artérielle, on constate parfois une artériole nourricière qui se termine en T ou en fourche sur les contours de l'ombre tumorale, artère ayant acquis un volume anormal par rapport aux collatérales voisines. L'aspect est particulièrement évocateur pour les métastases développées sur le territoire de l'artère pariétale postérieure ou celui de la calloso-marginale.

D. Petit-Dutaillis.

RACHIS ET MOELLE

A. M. Meirowsky. — Les méthodes de traitement chirurgical des grandes complications tardives des paraplégies traumatiques (*Zentralblatt für Neurochirurgie*, an. **10**, fasc. 4, 1950, p. 199-209).

En se basant sur son expérience personnelle l'auteur envisage les indications et les résultats des différentes méthodes opératoires proposées pour lutter contre les trois complications tardives les plus importantes qui entravent la récupération fonctionnelle des paraplégies traumatiques : la spasticité, les troubles vésicaux, les douleurs. La spasticité peut survenir aussi bien dans les suites des sections complètes que des sections incomplètes de la moelle. Quand la spasticité est légère c'est un phénomène souhaitable et qu'il faut respecter car elle facilite l'usage des appareils orthopédiques pour la marche. Seules les formes très prononcées de ce syndrome réclament un traitement chirurgical, qu'il s'agisse de paraplégie en extension ou en flexion. L'indication opératoire est alors formelle, même si le blessé est déjà cachectique. M. préconise dans les formes les plus sévères l'opération de Munro (radicotomies antérieures de DXII à S1) qui lui a donné d'excellents résultats. Il réserve les neurotomies périphériques aux formes prédominant sur certains groupes musculaires. La rééducation de la vessie par la méthode du siphonage se heurte parfois à des difficultés dues au blocage du sphincter. Il se montre peu partisan de la résection du sphincter dans ces cas sauf quand l'hypertrophie du muscle est telle que l'obstruction est totale. Il préfère recourir, ainsi que dans les cas de capacité vésicale réduite, à la radicotomie sacrée, pratiquée après épreuve de la rachianesthésie ou de la novocaïnisation des nerfs sacrés. Il est en effet un certain nombre de blessés qui retrouvent après ces opérations un automatisme vésical satisfaisant. Le traitement des douleurs des paraplégiques pose des problèmes importants. Les douleurs viscérales et les douleurs de type sympathique ne sont pas influencées par les opérations sympathiques et l'auteur les rejette formellement.

Il est de même très important avant de prendre une décision opératoire d'éliminer les douleurs psychogènes, très fréquentes chez ces malades. Ce sont avant tout les douleurs de type radiculaire qui sont justiciables de l'intervention chirurgicale. Parmi les méthodes proposées M. rejette les opérations de psycho-chirurgie qui risquent d'entraver grandement la récupération physique et mentale de ces blessés et donne la préférence à la tractotomie spino-thalamique. Il rejette enfin l'emploi des injections d'alcool sous-arachnoïdiennes, aussi bien pour lutter contre la spasticité que contre les douleurs, en raison de leur action toujours temporaire et à cause des adhérences qu'elles provoquent, adhérences qui rendent illusoire l'effet d'injections itératives quand la récidive survient et parfois impraticable la radicotomie si celle-ci devient nécessaire.

D. Petit-Dutaillis.

K. Nittner et **W. Tönnis.** — **Symptômes, diagnostic et résultats thérapeutiques des angiomes des vertèbres et de la moelle** (*Zentralblatt für Neurochirurgie*, an. **10**, fasc. 6, 1950, p. 317-333, avec 7 fig.).

Sur un total de 104 tumeurs intra-rachidiennes les auteurs ont observé 13 angiomes : 4 angiomes vertébraux avec prolongement épidural, 2 angiomes épiduraux isolés et 7 angiomes intra-duraux. 9 de ces tumeurs étaient bas situées (entre D9 et L5); 4 seulement siégeaient entre D2 et D7. Ils insistent du point de vue clinique sur les variations possibles, qualitatives et topographiques des troubles sensitifs sous l'influence des variations de la circulation locale au niveau de la lésion suivant la position debout ou couchée. A noter également la coexistence fréquente dans leur série de dysplasies d'ordre ectodermique ou mésenchymateux (nævi, lipomes) et de malformations d'ordre dysraphique. Ces 13 cas furent opérés sans mortalité immédiate; 4 fois seulement l'ablation complète de la tumeur put être réalisée, 6 fois on fit une ablation partielle, 2 fois on se contenta de lier ou de coaguler le pédicule principal de la tumeur. Le dernier cas s'est révélé inopérable. La radiothérapie post-opératoire a été utilisée 3 fois. Sur 11 malades suivis il y eut 3 morts tardives. 2 malades seulement présentèrent une récupération fonctionnelle parfaite. Les autres, à des degrés divers ne virent leur paraplégie rétrocéder que partiellement.

D. Petit-Dutaillis.

GLANDES SALIVAIRES

H. S. Shucksmith et **T. Mc M. Boyle** (Leeds). — **Chirurgie des tumeurs parotidiennes** (*British Medical Journal*, 6 Oct. 1951, p. 830-831, avec 2 fig.).

Bref article, montrant l'intérêt de l'abord du facial dès la sortie du trou stylomastoïdien pour la cure des tumeurs parotidiennes. Une infiltration de la région par anesthésie locale aide la dissection. Rien de nouveau. Un cas opéré.

C. Nardi.

COU

H. Finkemeyer. — **A propos du diagnostic et du traitement des anévrysmes extra-crâniens de la carotide interne** (*Zentralblatt für Neurochirurgie*, an. **10**, fasc. 4, 1950, p. 210-214, avec 1 fig.).

Femme de 67 ans ayant présenté 8 semaines avant son entrée à l'hôpital comme premier symptôme une sensation de sécheresse et d'enflure de la gorge. D'abord prise pour une angine, l'affection n'est reconnue que secondairement : constatation d'une tuméfaction pulsatile de la partie gauche du pharynx et du point de vue neurologique d'une certaine paresse bilatérale des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation. Réactions de la syphilis négatives. Une artériographie par voie percutanée objective bien l'anévrysme mais ne permet pas de dire s'il siège sur la carotide interne

ou sur le territoire de l'externe. On n'arrive à préciser le point d'implantation de l'anévrysme que par une 2e artériographie pratiquée en cours d'opération après découverte de la bifurcation carotidienne. On s'était assuré auparavant par une artériographie droite après compression de la carotide gauche de la bonne suppléance de l'hémisphère gauche par la carotide droite. Ligature de la carotide primitive sans incident malgré l'âge de la malade. La malade mourut 3 semaines plus tard d'une péritonite par perforation de la vésicule.

D. Petit-Dutaillis.

S. Driessens, M. Cornillot, M. Verhaeghe R. et **Ducrocq. — Diagnostic des kystes congénitaux du cou par la cytologie** (*Lille Chirurgical*, an. **7**, n° 38, Mai-Juin 1952, p. 108-116, avec 7 fig.).

Il est quelquefois difficile de porter un diagnostic précis dans les tumeurs kystiques latéro-cervicales. On hésite souvent entre un kyste, un ganglion tuberculeux, une maladie de Hodgkin.

Les auteurs rapportent 4 observations de kystes congénitaux du cou qui ont été traités pendant plusieurs mois pour des adénites tuberculeuses.

La ponction et l'examen cytologique du liquide retiré montra chaque fois la nature de la tumeur. Le liquide examiné montrait l'absence de leucocytes, la présence de cellules malpighiennes bien conservées sans multiplications cellulaires, sans mitoses, sans monstruosités (comme on en pourrait voir dans un ganglion néoplasique). Les 4 malades furent opérés et la tumeur, examinée histologiquement, se montra bien être un kyste congénital.

L'intérêt de cette méthode est de couper court aux hésitations et aux échecs de la thérapeutique médicale.

G. Picot.

LARYNX ET TRACHÉE

Byron H. Evans (Fresno, Calif.). — **Myxochondrome de la trachée** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 6, Déc. 1951, p. 585-591, avec 4 fig.).

Un homme de 59 ans présentait un syndrome d'obstruction respiratoire progressive par tumeur de la trachée cervicale. Une trachéotomie préalable permit une biopsie sans risque d'inondation sanguine. Il s'agissait d'un myxochondrome sans signe de malignité. Dès lors par voie cervicale E. procéda à l'exérèse de la tumeur en emportant sa base d'implantation. La perte de substance de 3 cm sur 1,5 cm, fut comblée par une greffe de peau armée de fils métalliques selon la technique recommandée par Gebauer. L'opération fut suivie de succès sans aucun incident.

A. Germain.

William G. Cahan (New-York). — **Un cas d'épithélioma de la trachée thoracique traité par excision suivie de réparation plastique par greffe de fascia lata doublée de gaze de tantale** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 5, Mai 1952, p. 513-527, avec 14 fig.).

Deux problèmes essentiels se présentent dans le traitement des pertes de substance de la trachée thoracique. Le 1er a trait à l'anesthésie : il importe de maintenir pendant tout le temps de la réparation une bonne oxygénation. On y parvient soit en faisant passer la sonde endotrachéale à travers la brèche dans la bronche sous-jacente, soit en mettant en place temporairement au niveau de la brèche trachéale, un fragment de sonde dont le calibre est suffisant pour assurer une étanchéité adéquate. Le 2e problème a trait au matériel et à la technique de réparation. Les méthodes sont nombreuses et varient avec chaque type de brèche à combler.

Ainsi les pertes de substance peu étendues, particulièrement au niveau de la face membraneuse de la trachée peuvent être comblées simplement en les recouvrant d'un lambeau de fascia lata ou de plèvre. Ce moyen est possible tant que le support squelettique restant de la trachée est suffisant pour laisser une lumière adéquate. En cas

de brèche plus importante, ce procédé devient insuffisant : la greffe non rigide n'est pas stable et par ailleurs ne s'oppose pas à la rétraction fibreuse cicatricielle des tissus adjacents.

En cas de sténose, si la résection n'enlève que 2 ou 3 anneaux cartilagineux, la réparation peut se faire par simple suture après mobilisation des deux bouts. Mais si la résection est plus large la suture simple ne doit plus être recommandée.

Ainsi, chaque fois que la brèche est importante, il faut avoir recours à un procédé de plastie dont le succès est commandé par un certain nombre de facteurs fondamentaux d'importance à la fois immédiate et tardive.

Immédiatement, il est essentiel que le matériel utilisé soit facilement maniable, suturé sans tension, et permette une fermeture étanche. Tardivement il faut que le matériel soit recouvert par une épithélialisation secondaire et que la lumière de la trachée conserve un diamètre suffisant. Pour s'opposer à la sténose cicatricielle tardive il est nécessaire d'utiliser un matériel rigide.

Parmi les différents matériels utilisés, l'auteur a donné la préférence à la gaze de tantale doublée extérieurement d'une bande de fascia lata. Il l'a utilisée avec succès pour combler une large brèche de la trachée thoracique après excision d'un épithélioma. Le malade, 16 mois après l'opération, est vivant, sans signes de récidive, sans rétrécissement de la lumière endotrachéale.

A. Germain.

Paul W. Gebauer (Honolulu). — **Chirurgie plastique reconstructrice de la trachée et des bronches** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. 22, n° 6, Déc. 1951, p. 568-584, avec 6 fig.).

G. à la lueur de sa grande expérience personnelle fait le point actuel de la chirurgie plastique reconstructrice de la trachée thoracique et des bronches. Les résultats d'ores et déjà acquis, tant sur le plan clinique que sur le plan expérimental, justifient son emploi dans des cas précis de sténose tuberculeuse ou de tumeur, où la conservation du parenchyme pulmonaire est souhaitable et possible.

1° Incontestablement la meilleure méthode reconstructrice est la résection suivie d'anastomose. Ordinairement cette anastomose ne nécessite pas l'emploi de prothèses internes complémentaires. Une résection pulmonaire partielle quand elle est indiquée donne une plus grande facilité technique en évitant la tension sur l'anastomose.

2° Parmi les différents tissus pouvant servir d'auto-greffe, le meilleur est constitué de derme armé de fil métallique qui donne à la greffe la rigidité nécessaire. Elle a donné à l'auteur de nombreux et excellents résultats. Théoriquement l'auto-greffe bronchique est idéale, mais son emploi est limité par l'extrême rareté des occasions au cours desquelles il est possible de se la procurer.

3° En ce qui concerne les homogreffes, tous les essais ont été jusqu'à maintenant grevés d'échec. Il est possible toutefois que dans l'avenir les progrès dans le domaine de la biochimie et de la biophysique permettent la viabilité de ces greffes.

4° Enfin les prothèses inertes tubulaires sont d'un emploi relativement simple. Mais elles provoquent autour d'elles une réaction fibreuse et peuvent être suivies d'un succès seulement temporaire. Cependant elles sont susceptibles de se déplacer ou d'être mal tolérées. Théoriquement leur ablation peut être suivie de la mise en place d'une greffe dermique armée.

A. Germain.

BRONCHES

D. L. Paulson (Dallas, Texas). — **La réparation plastique dans les ruptures bronchiques traumatiques** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. 22, n° 6, Déc. 1951, p. 636-645, avec 5 fig.).

La rupture bronchique traumatique apparaît comme une complication rare des traumatismes fermés du thorax. C'est un accident grave qu'il faut suspecter en pré-

sence d'un pneumothorax suffocant ou d'un emphysème médiastinal, quand après drainage irréversible, l'air continue à fuir et que le poumon ne se réexpand pas.

Immédiatement l'essentiel du traitement consiste à décomprimer la cavité pleurale par ponction ou drainage irréversible et le médiastin par médiastinotomie sus-sternale. Si l'on suspecte une déchirure bronchique il faut, dans les cas graves, recourir à la bronchoscopie suivie immédiatement de thoracotomie. La réparation bronchique peut se faire par suture ou en cas de perte de substance par greffe dermique.

Bien souvent cependant le diagnostic n'est pas porté d'emblée ou simplement suspecté et secondairement peut s'installer une sténose bronchique. Celle-ci peut s'accompagner d'une atélectasie pulmonaire distale compliquée ou non de suppuration avec dilatation des bronches. En cas de suppuration, seule la résection pulmonaire est de mise. En cas d'atélectasie simple au contraire, une réparation plastique au moyen d'une greffe dermique par exemple, selon la technique de Gebauer, permet la récupération du poumon quelle qu'ait été la durée de l'atélectasie. P. rapporte une observation de ce genre qui fut suivie d'un plein succès.

A. Germain.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

Augusto Pico. — **Le cancer du corps thyroïde** (*Omnia Medica*, supp. 30, Pise 1952, 186 p., avec 24 fig.).

Le supplément 30 de l'*Omnia Medica* est entièrement consacré à l'étude du *Cancer Thyroïdien*, par Picco, d'après les documents du service du professeur L. Biancalana de Turin. C'est un petit traité de la question enrichi de toutes les acquisitions modernes, chacune d'elles jugée avec un équilibre parfait et placée où la situe son efficacité pratique. Ouvrage mené de façon très classique, avec un très gros chapitre d'anatomie pathologique. Une attention particulière est apportée à la thérapeutique, où les travaux français sont rapportés dans leur détail.

L'iode radio-actif est discuté, tant pour la localisation du tissu malade que pour la recherche de métastases. Quant à son action thérapeutique, Pico, à la suite de L. Biancalana conclut que l'essai vaut d'être tenté dans un certain nombre de cas, mais que les limites d'utilisation et les espoirs permis sont loin d'être définitivement fixés.

Louis Barraya.

THYMUS

Nolton H. Bigelow et **Adrian A. Ehler** (Albany, N. Y.). — **A propos d'un cas de lipothymome, variété rare de tumeur thymique** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 5, Mai 1952, p. 528-538, avec 10 fig.).

Il s'agissait, chez une enfant de 10 ans, d'une tumeur du médiastin antérieur, bien encapsulée, volumineuse, dont la structure histologique comprenait du tissu glandulaire thymique associé à des éléments fibro-adipeux. Elle ne s'accompagnait d'aucun symptôme de myasthénie. Son extirpation chirurgicale, très simple, fut suivie de succès qui se maintient depuis 5 ans. Ce type de tumeur thymique bénigne est extrêmement rare : c'est le 2° cas de ce genre rapporté dans la littérature.

A. Germain.

R. T. Ross (Londres). — **Thymectomie dans le traitement de la myasthénie grave** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 16, 19 Avril 1952, p. 785-787, avec 6 tabl.).

Parmi 100 malades atteints de myasthénie grave qui subirent l'ablation d'un thymus hyperplasique 87 eurent une disparition totale de leurs troubles ou une amélioration notable de leur état, appréciable par la réduction des doses journalières de néostigmine qui demeuraient nécessaires après l'opération.

Ces malades furent suivis en moyenne pendant une période de 4 ans 1/2 après l'intervention. Le bénéfice chirurgical fut surtout marqué chez les malades qui furent opérés de façon relativement précoce après le début de leurs troubles. Si l'on compare les résultats de cette série à ceux des malades traités par des moyens purement médicaux, on voit que la méthode chirurgicale comporte un pourcentage nettement plus important de bons résultats.

Des tableaux illustrent ce fait de façon frappante.

MARCEL ROUX.

ŒSOPHAGE

W. C. Mc Garity, O. A. Abbott et **L. W. Grove** (Emory University). — **Atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule œsophago-trachéale, atrésie duodénale et autres anomalies** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 4, Avril 1952, p. 566-569, avec 3 fig.).

M., A. et G. donnent l'observation d'un enfant de 1 jour, qui présentait une atrésie de l'œsophage, avec bout supérieur terminé en cul-de-sac un peu au-dessus de la bifurcation trachéale, et bout inférieur ouvert dans la bronche gauche. De ce fait, l'estomac et la première portion au duodénum étaient distendus par de l'air, qui n'allait pas plus loin, en raison d'une atrésie du duodénum au-dessus de l'ampoule de Vater. On fit une thoracotomie extra-pleurale droite, par laquelle le bout inférieur fut sectionné et anastomosé au bout supérieur, et la fistule bronchique gauche fermée. Le lendemain on fit une gastro-jéjunostomie et une gastrostomie. Mais le 5e jour l'enfant mourut de pneumonie et d'infection par nécrose de l'anastomose œsophagienne.

Les auteurs pensent qu'il aurait été préférable de commencer par le temps abdominal, de faire ensuite la fermeture de la fistule œsophago-bronchique avec extériorisation du bout supérieur de l'œsophage et de ne refaire la continuité de l'œsophage qu'après l'âge de 2 ans.

L'autopsie montra qu'il existait aussi d'autres anomalies : orifice du septum cardiaque, canal artériel perméable, diverticule de Meckel.

M. GUIMBELLOT.

H. Weickardt (Halle). — **A propos du traitement des brûlures de l'œsophage par caustique chez l'enfant** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 26, 1952, p. 1087-1093, avec 5 fig.).

Comme en 1918, il a été observé en Allemagne après la dernière guerre, une recrudescence de ces brûlures chez l'enfant.

Dans les cas récents, le bougierage précocement entrepris peut arrêter l'évolution de la sténose cicatricielle et éviter ses graves complications. Si ces dernières surviennent néanmoins, il faut les traiter par le bougierage sans fin et la dilatation rétrograde.

L'auteur a observé 14 cas, dont 4 récents; aucun de ces enfants n'avait été traité avant son admission en clinique; la raison en est que les manifestations fonctionnelles, et notamment la douleur à la déglutition, ne se montrent parfois qu'après plusieurs semaines.

Les 4 cas traités précocement par le bougierage ont guéri rapidement et sont restés sans récidive; le traitement en clinique n'a duré que 4 à 6 semaines; il a naturellement été suivi d'une surveillance prolongée. L'on sait que les soins nécessités par la sténose confirmée demandent des mois, voire des années. En présence d'un rétrécissement cicatriciel, l'auteur fait généralement une fistule gastrique à la Witzel et un bougierage sans fin. La réussite n'a pas été constante; un échec a été notamment constaté chez un enfant de 5 ans, qui présentait une grosse angulation cicatricielle de l'œsophage au niveau de la bifurcation trachéale; on dut faire une œsophagotomie externe et installer le bougierage sous le contrôle de la vue; on obtint en 6 mois un transit normal; mais une récidive survint en raison de la négligence des parents qui n'ont pas su reconnaître l'importance du traitement secondaire; il fallut réopérer.

Dans 3 autres cas, la méthode a donné un résultat parfait. C'est qu'en fait, comme l'a enseigné depuis longtemps Guisez, la sténose n'est jamais complète et infranchissable, et on connaît des cas où une perméabilité suffisante a pu être recouvrée après 10 ans.

W. relate un cas de sténose étroite, précédée d'une large dilatation sus-stricturale, dont le cathétérisme dut être fait sous œsophagoscopie; le bougierage se compliqua d'un empyème, dont l'auteur attribue la cause à une infection transpariétale; la ponction pleurale n'amena pas la guérison; une exploration radiologique de la poche résiduelle mit en évidence une large fistule pleuro-œsophagienne (à noter que la bouillie déglutie ne pénétrait pas dans la plèvre). De telles complications du bougierage sont rares (60 cas publiés).

Par contre la mortalité de la résection, actuellement en vogue en Amérique, serait considérable : 40 à 50 p. 100, sans compter les risques d'ulcère peptique. Ce sont là les raisons qui incitent l'auteur à s'en tenir aux méthodes classiques qui, bien appliquées, ont fait leur preuve.

R. Gueullette.

Michael E. de Bakey et **Oscar Creech** (Houston, Texas). — **Le traitement chirurgical des diverticules épiphréniques de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 5, Mai 1952, p. 486-494, avec 4 fig.).

La localisation juxta-diaphragmatique des diverticules de l'œsophage est relativement rare. On admet généralement que les diverticules épiphréniques répondent au type des diverticules par pulsion résultant de la hernie de la muqueuse au niveau d'une zone affaiblie congénitalement de la musculeuse. Depuis que la thoracotomie peut être exécutée sans risques, le traitement chirurgical constitue le traitement de choix de tous les diverticules qui occasionnent des troubles. Les procédés utilisés se rangent en 4 catégories : 1° Anastomose entre le sac et l'estomac; 2° Diverticulopexie; 3° Invagination du sac; 4° Enfin la diverticulectomie qui constitue la meilleure méthode en ce sens qu'elle enlève complètement la lésion tout en permettant une restauration anatomique et fonctionnelle parfaite de l'œsophage.

Il peut exister cependant des cas où cette méthode se révèle impossible. Il en est ainsi quand existe un rétrécissement de la partie distale de l'œsophage dû à la longue évolution d'une œsophagite ulcéreuse. Un cas de ce genre est rapporté par les auteurs. Il fut traité avec succès par résection de l'œsophage terminal (avec le diverticule) et du cardia, suivie d'anastomose œsophago-gastrique.

A. Germain.

Lyman A. Brewer (Los Angeles). — **Le traitement chirurgical du cancer de l'œsophage thoracique supérieur et cervical** (*The Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **60**, n° 1, Janv. 1952, p. 1-12, avec 9 fig.).

Plaidoyer en faveur de l'exérèse des cancers de l'œsophage supérieur par thoracotomie gauche avec incision cervicale combinée et du rétablissement immédiat de la continuité par œsophago-gastrostomie.

Le temps cervical de libération de la tumeur est exécuté en premier; la résection de la 6e côte, avec section complémentaire des 5e et 7e, permet le décroisement et la gastrolyse; l'anastomose est faite à la façon de Sweet.

Si la technique de l'intervention est présentée avec tous ses détails, les difficultés opératoires, les complications post-opératoires, le nombre d'interventions pratiquées et les résultats obtenus ne sont pas mentionnés.

J. Loygue.

E. F. Berman (Baltimore). — **Le remplacement expérimental de portions de l'œsophage par un tube plastique** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 3, Mars 1952, p. 337-343, avec 10 fig.).

Pour remplacer des segments d'œsophage réséqués, B. a essayé sur le chien des tubes rigides de méthacrylate, ou des tubes flexibles de polyéthylène. Ces tubes avaient

une longueur de 55 à 90 mm et un diamètre intérieur de 14 à 18 mm. Leurs extrémités renflées en bagues, étaient fixées par un fil à chaque bout de l'œsophage.

20 chiens ont été ainsi opérés. Un d'eux est encore vivant après 22 mois; son tube avait été retiré par œsophagoscopie 13 mois après l'opération; le chien mange sans difficulté. 6 chiens sont morts et 13 ont été sacrifiés à des intervalles variés. Tous mangeaient bien 4 jours après l'opération.

L'autopsie a montré qu'il s'était développé autour de tous les tubes une gaine fibreuse, qui se tapissait d'épithélium; celui-ci était complet au bout de 1 an.

M. Guimbellot.

V. S. Brookest et **J. L. Stafford** (Birmingham). — **Ulcère et perforation gastrique après œsophagectomie** (*Thorax*, vol. 7, n° 2, Juin 1952, p. 167-169, avec 2 fig.).

C'est une complication rare de l'œsophagectomie, mais dont les auteurs rapportent 2 cas après Nuboer (2 cas 1949), Merendino et Emerson (2 cas 1950).

Les faits particulièrement notables sont l'ouverture d'un ulcère dans l'aorte bien que l'ulcère siégeât loin de la suture œsogastrique.

Les ulcères siégeaient au niveau des points d'attache de l'estomac dans le thorax, et l'emploi de ce procédé donne lieu à discussion. L'auteur rappelle aussi que la double vagotomie peut avoir quelque incidence sur la genèse de ces accidents.

C. Nardi.

GLANDE MAMMAIRE

E. L. Sarason et **J. T. Prior** (Syracuse). — **Maladie de Paget du sein chez l'homme** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 2, Fév. 1952, p. 253-261, avec 6 fig.).

La maladie de Paget du sein est rare chez l'homme, et S. et P. n'en ont trouvé que 4 cas, vérifiés histologiquement, dans la littérature.

Ils en apportent une 5e observation. Il s'agit d'un homme de 55 ans, qui présentait depuis plus de 1 an un eczéma du mamelon gauche, suivi d'une tuméfaction. On sentait quelques ganglions axillaires. On fit une excision totale du mamelon et de l'aréole; l'examen histologique ayant montré qu'il s'agissait d'une maladie de Paget, on fit secondairement une mastectomie classique avec ablation des pectoraux et de nombreux ganglions envahis. Cette opération fut suivie de radiothérapie.

Cette observation est suivie d'une assez longue discussion sur l'histopathologie de la maladie de Paget.

M. Guimbellot.

G. Y. Graves et **H. S. Harris** (Bowling Green). — **Cancer du sein masculin avec métastases axillaires après traitement par le stilbœstrol** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 3, Mars 1952, p. 411-414, avec 3 fig.).

5 observations ont déjà été publiées de cancer du sein chez des hommes atteints de cancer de la prostate et traités par le stilbœstrol pendant longtemps; chez tous il y avait déjà des métastases osseuses.

G. et H. en publient un 6e cas, où il n'y avait pas de métastases osseuses, et qui put être opéré avec succès par mastectomie radicale.

C'était un homme de 78 ans qui fut traité par résection endo-urétrale de cancer prostatique, diagnostic confirmé par l'examen microscopique. On lui fit prendre 6 mg de stilbœstrol par jour pendant plus de 9 mois. A ce moment on constata dans le sein gauche une tumeur de 4 cm de diamètre avec des ganglions axillaires. Cette tumeur fut enlevée par mastectomie radicale avec curage de l'aisselle. On fit en même temps une orchidectomie bilatérale et, quelques jours après, une nouvelle résection transurétrale. Le malade guérit sans incident et restait sans récidive 1 an plus tard. L'examen histologique de la tumeur du sein faisait penser à un cancer primitif.

M. Guimbellot.

J. J. Zellinger et **G. C. Adie** (New-Rochelle). — **Cancer du sein** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 2, Fév. 1952, p. 173-183).

Z. et A. étudient 136 cas de cancers du sein traités chirurgicalement de 1938 à 1945 dans un petit hôpital de chirurgie générale. Ils font remarquer que cette statistique n'est pas comparable à celles des services spécialisés de grands hôpitaux.

Les différentes caractéristiques de ces observations sont groupées en 17 tableaux.

La mortalité opératoire fut de 0,7 p. 100. Les récidives cutanées post-opératoires furent de 21,9 p. 100 après mastectomie radicale.

La proportion de survies de 5 ans est de 42,7 p. 100 pour tous les cancers opérés; elle est même de 47,8 p. 100, si l'on ne considère que les mastectomies radicales. Ces chiffres ne s'éloignent pas énormément de ceux de 5 grands hôpitaux spécialisés, qui s'échelonnent entre 32 et 52 p. 100.

A. K. Schmauss (Berlin). **Indications et valeur du traitement du cancer mammaire inopérable par les hormones folliculaires et les substances œstrogènes synthétiques** (*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, vol. **46**, n° 7-8, 15 Avril 1952, p. 176-184, avec 4 fig. et 5 courbes).

L'administration de folliculine et de substances œstrogènes a une action thérapeutique reconnue sur l'évolution du cancer de sein inopérable. Elle ne le guérit certes pas, mais peut amener des améliorations de quelques mois à 2 ans, au cours desquelles les malades sont parfois capables de reprendre leur travail.

Cette thérapeutique ne saurait venir en question que dans les cas où le cancer est apparu quelques années après la ménopause; elle est contre-indiquée chez les femmes encore réglées, et notamment au cours de la grossesse et des périodes pré- ou post-menstruelles. Elle ne trouve pas non plus son indication lors des métastases tardives du cancer.

Les résultats sont d'autant plus favorables que les malades sont plus âgées. Les métastases des parties molles réagissent le mieux; les métastases osseuses peuvent elles-mêmes être influencées par un traitement prolongé.

On utilise soit les hormones pures et leurs dérivés, soit des substances œstrogènes; les extraits ovariens sont inefficaces en raison de leur faible teneur en hormone.

S. préfère aux injections l'administration orale d'æthinylœstradiol, parce que plus simple; la résorption des implants est trop incertaine et variable pour que l'on puisse faire confiance à ceux-ci.

Il convient de noter, comme effet secondaire, l'hypercalcémie, moins fréquente cependant qu'au cours de la thérapeutique par les androgènes. Des hémorragies, des nausées, des vomissements, de l'œdème des membres inférieurs peuvent imposer l'arrêt du traitement. On a noté parfois une augmentation de la pigmentation des aréoles et des aisselles.

De l'étude histologique des pièces prélevées sur les malades ainsi traitées, on ne peut encore rien tirer de précis.

L'hormonothérapie femelle est également indiquée dans les cas, d'ailleurs rares, de cancer inopérable du sein chez l'homme; son pouvoir semble encore augmenté par la castration.

Certes ce n'est là qu'une thérapeutique palliative, qui ne retire rien à la valeur primordiale de l'opération précoce.

R. Gueullette.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

J. Johnson et **Ch. K. Kirby**. — **Chirurgie du thorax** (Un volume de 387 pages, avec 81 pl. Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1952).

Comme son frère sur la chirurgie de l'estomac et du duodénum publié par Welch l'an passé, ce livre est un essai, parfaitement réussi, de simplification, de synthèse, des interventions thoraciques.

Il comporte des schémas de techniques, et en regard, sur toutes les pages paires, des commentaires très détaillés. Il comporte, également, de longues explications concernant les soins pré- et post-opératoires, les voies d'accès à employer, les modes de drainage de la plèvre, et les écueils à éviter au cours des divers actes qui sont envisagés.

J'ajouterai que ce livre est facile à manier et rendra sûrement de grands services.

JEAN PATEL.

F. H. Ellis, C. A. Good (Rochester), **W. D. Seybold** (Houston). — **Goitre intra-thoracique** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 1, Janv. 1952, p. 79-90, avec 5 fig.).

Ce travail est basé sur l'étude de 24 cas de goitres intra-thoraciques, qui furent opérés à la Clinique Mayo par un procédé autre qu'une simple incision cervicale. Il y avait 17 femmes, et les 2/3 des malades avaient plus de 50 ans;

12 avaient subi une thyroïdectomie antérieure;

12 avaient des symptômes faisant penser à un goitre intra-thoracique. Radiologiquement une tumeur non pulsatile de la partie supérieure du médiastin, déplaçant la trachée, mobile à la déglutition, est en faveur de ce diagnostic.

18 de ces goitres siégeaient à droite ; 14 dans le médiastin postérieur ou la partie postérieure du médiastin supérieur; 11 étaient dans le triangle compris entre la veine cave supérieure en avant, la grande azygos en bas, la paroi thoracique en arrière.

Un abord cervical avec ou sans section sternale est indiqué pour tous les goitres intra-thoraciques, sauf ceux qui siègent dans le médiastin postéro-supérieur sans extension au cou, qui sont mieux abordés par une incision postéro-latérale; les goitres complètement intra-thoraciques seront abordés soit par sternotomie, soit par voie transpleurale postéro-latérale suivant leur localisation.

M. GUIMBELLOT.

M. Kostic (Belgrade). — **A propos des tumeurs endothoraciques d'origine nerveuse** (*Journal International de Chirurgie*, t. **9**, n° 6, Nov.-Déc. 1949, p. 520-541, avec 12 fig.).

K. rapporte 3 observations de tumeurs d'origine nerveuse; la première est celle d'une tumeur en sablier opérée avec succès en 2 temps, vertébral et thoracique, l'autre est celle d'un sympathoblastome cervico-thoracique guéri depuis 3 ans, la 3e concerne une tumeur récidivante juxta-médullaire et thoracique d'une maladie de Recklinghausen.

Ces 3 observations n'apportent aucun élément nouveau à des faits bien connus.

R. SAUVAGE.

POUMON ET PLÈVRE

W. R. Merz (Bâle). — **Le traitement de la thrombose et de l'embolie pulmonaire par les anticoagulants** (*Gynécologia*. Supplément au vol. **130**, 1950, p. 5-123, avec 53 fig.).

L'emploi des anticoagulants exige une formation spéciale du médecin qui est appelé à les appliquer : ce traitement prend beaucoup de temps, la surveillance continuelle des malades étant nécessaire pour parer au danger d'hémorragie.

M. donne d'abord quelques indications statistiques concernant la fréquence des accidents. En obstétrique, dans ces dernières années, l'embolie pulmonaire mortelle entre dans la mortalité globale avec une proportion de 3 p. 100 (Scandinavie), 10 p. 100 (Suisse), 20 p. 100 (Bâle). Le pourcentage des décès causés uniquement par l'embolie pulmonaire est de 0,03 p. 1 000 (Suède), 0,2 p. 1 000 (Suisse), 0,21 p. 1 000 (Bâle).

En gynécologie opératoire, les pourcentages correspondants sont en moyenne de 12 p. 100 en Suède, 30 p. 100 en Suisse, 24 p. 100 à Bâle. La mortalité totale due aux embolies pulmonaires est de 1,3 p. 1 000 (Suède), 3,9 p. 1 000 (Suisse), 1,8 p. 1 000 (Bâle).

Dans les symptômes cliniques, une importance particulière est accordée aux troubles subjectifs et au bilan hydrique, c'est-à-dire à la différence entre les quantités de liquide absorbées et éliminées.

Les méthodes de laboratoire employées sont : la détermination de l'héparine éliminée dans l'urine, celle du pouvoir fibrinolytique de l'urine, du temps de coagulation (début et fin) par différentes méthodes, de la rétraction, de l'antithrombine, de la prothrombine, du facteur V, du « Consumptionstest » et de la valeur hématocrite.

La pharmacologie de l'héparine et de la dicoumarine est étudiée en détail, d'après de nombreuses recherches expérimentales sur l'homme. L'héparine est incontestablement supérieure à la dicoumarine. Une grande importance s'attache à l'héparine-dépôt et à la neutralisation de son action par le sulfate de protamine qui agit non seulement par voie intra-veineuse, mais aussi par voie intra-musculaire.

Les causes et l'importance des hématomes, lors de l'application d'héparine-dépôt sont décrites. Pour éviter des séquelles tardives, toute thrombose devrait d'abord être traitée par l'héparine intra-veineuse. La dicoumarine ou l'héparine-dépôt ne devraient être autorisées qu'une fois le stade aigu terminé.

Le dosage des différents anticoagulants est réglé d'après l'observation minutieuse du processus thrombosant. Il ressort des valeurs éliminées dans l'urine que la thrombose exige de moins en moins d'héparine au cours du traitement. La dose d'héparine est chaque jour réglée d'après l'évolution de la maladie : la dose minima du début qui interrompt aussitôt le processus thrombosique, varie, de 50 000 à 120 000 U. I. en 24 h.

La dose en fin de traitement comporte de 40 000 à 60 000 U. I en 24 h. Enfin une dose minimum pour éviter l'embolie pulmonaire mortelle, soit 40 000 U. I. en 24 h.

Une dose insuffisante favorise la formation d'un thrombus silencieux et partant l'embolie pulmonaire mortelle, et de plus prolonge la maladie.

Pour éviter les hémorragies et les hématuries, M. propose une dose maxima simplex de 25 000 U. I. Si la dose journalière dépasse 80 000 U. I., elle doit être répartie au cours de la journée en 6 injections à intervalles de 4 h.

L'étude des modifications de la coagulation sanguine lors de l'héparinothérapie par voie intra-veineuse montre que, pour pouvoir combattre la thrombose avec succès, il doit exister au cours de la journée une cumulation de l'effet de l'héparine. Le temps de coagulation d'après Fonio, dont la valeur normale est de 30 mn, doit être de 2 à 3 h le soir avant la 4e et la dernière injection. La proportion d'héparine éliminée dans l'urine représente 15 à 20 p. 100 de l'héparine injectée.

M. discute ensuite l'indication de la thérapeutique anticoagulante pour les différentes sortes de thromboses, en tenant compte à la fois de la nécessité du traitement précoce et du danger d'hémorragie. Il envisage aussi l'application pratique du traitement et les incidents possibles.

Il définit la crise et la lyse de la thrombose pour pouvoir contrôler plus facilement l'évolution, lors de l'emploi de la méthode anticoagulante. *La crise* est un début aigu de la phase de guérison : le bilan hydrique négatif devient tout d'un coup positif et il se produit dans le sang, dans les cas sans œdèmes thrombotiques, une cumulation de l'effet héparinique. La *lyse* est une phase de guérison raccourcie au cours de laquelle se produit une fonte massive des œdèmes avec augmentation de la quantité de fibrinolysine excrétée dans l'urine. La crise et la lyse sont très rares dans les thromboses soignées par la méthode conservatrice : c'est le but de la thérapeutique anticoagulante de les provoquer. Le traitement et le dosage qui n'entraînent pas de crise et de lyse sont insuffisants.

M. termine son travail en étudiant les avantages du traitement spécifique sur le traitement conservateur, la physiothéraipe de la thrombose au stade précoce prethrombotique, les séquelles, l'incapacité de travail et les frais de traitement. Il signale, comme suite du traitement par l'héparine, une chute des cheveux débutant après 1 à 4 mois. Il discute la prophylaxie de la thrombose par les anticoagulants et conclut qu'il faut conserver, à côté d'eux, les mesures prophylactiques conservatrices.

PIERRE MOCQUOT.

F. Henry Ellis, O. Theron Olagett et **David T. Carr.** — **Résection pulmonaire et thoracoplastie complémentaire simultanées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire** (*The American Review of Tuberculosis*, vol. **65**, n° 2, Fév. 1952, p. 159-168, avec 1 fig.).

L'association d'une thoracoplastie complémentaire à la résection est un procédé qui n'augmente pas particulièrement le risque opératoire chez les sujets en bon état. Dans une série de 35 cas opérés de la sorte, la mortalité opératoire a été nulle. Un seul décès est survenu plus tardivement. 10 de ces malades, y compris celui qui a succombé, ont été suivis pendant moins de 6 mois. Parmi les 25 autres malades, dont la surveillance a été poursuivie pendant 6 à 14 mois, les résultats se sont montrés satisfaisants chez 22 d'entre eux; les 3 autres continuent à présenter des lésions actives. Des complications d'ordre tuberculeux se sont développées chez 6 malades, l'un d'eux est mort, 3 ont encore une tuberculose en activité, chez 2 la tuberculose est considérée comme arrêtée.

Ce procédé opératoire mixte est recommandé comme la méthode de choix quand la résection doit porter soit sur le lobe supérieur, soit sur le lobe supérieur et le lobe moyen, soit sur la totalité du poumon. Au malade qui devrait subir 2 interventions successives, on évite ainsi un double risque opératoire et on diminue le fardeau psychologique et financier d'une 2e intervention.

La thoracoplastie complémentaire permet d'éviter la surdistension du tissu pulmonaire restant avant qu'il ne devienne adhérent et scléreux. Faite dans le même temps opératoire que la résection elle peut être plus limitée, ce qui réduit l'importance des déformations et de l'invalidité consécutive.

A. Germain.

L. D. Eerland. — **La résection segmentaire dans la tuberculose pulmonaire** (*Journal International de Chirurgie*, t. **12**, n° 2, Mars-Avril 1952, p. 79-99, avec 4 fig.).

Après avoir exposé les avantages et les inconvénients de la résection dans la tuberculose pulmonaire, E. discute les indications de la résection segmentaire. Son expérience repose sur 136 cas concernant 56 foyers caséeux avec ou sans bronchiectasies, 27 tuberculomes solitaires ou multiples, 53 cavernes solitaires. Dans le dernier cas, caverne isolée, persistant après cure sanatoriale prolongée, chez un malade parfaitement stabilisé et sensible à la streptomycine, E. semble préférer la résection segmentaire à la collapsothérapie.

Sa technique opératoire n'a rien de particulier, mais il souligne avec raison, les difficultés particulières de certaines résections apicodorsales supérieures gauches.

Sur 136 opérations, aucun décès et peu de complications (1 hémorragie, 10 pleurésies 7 pneumothorax spontanés, 12 atélectasies, 1 ulcération bronchique, 3 fistules bronchiques, 2 réactivations tuberculeuses).

Le traitement ultérieur comporte 6 mois de cure sanatoriale post-opératoire.

Les résultats fonctionnels sont en général très bons, meilleurs qu'après lobectomie et dans l'ensemble la capacité vitale n'est pas diminuée de plus de 200 à 400 cm³.

La disparition des bacilles dans l'expectoration, après cultures, a été obtenue chez 94 p. 100 des 86 malades observés après un délai de 6 mois.

R. Sauvage.

L. Johansson et **L. G. Uggla** (Stockholm). — **A propos de 54 cas de résection pour tuberculose par lobectomie ou pneumonectomie** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 3, Mars 1952, p. 253-261).

Ces cas comprennent 18 lobectomies, 3 lobectomies associées à une résection segmentaire, 1 résection segmentaire et 32 pneumonectomies dont 7 pleuro-pneumonectomies. Les indications posées par les auteurs comprennent : 1° Un premier groupe de 14 cas ayant trait à des cavités résiduelles sous thoracoplastie ou à des cavités dont le siège (en particulier au niveau du lobe inférieur) les rendait peu accessibles à une

collapsothérapie efficace; 2° Un groupe de 17 sténoses bronchiques; 3° 8 cas de dilatation des bronches; 4° 7 cas de pyothorax avec fistule bronchique traités par pleuropneumonectomie; 5° 3 tuberculomes; 6° Enfin 1 cas tout à fait particulier de fistule artério-bronchique. L'avènement des antibiotiques a considérablement amélioré le pronostic des résections pour tuberculose. Avant 1948 sur 19 malades opérés n'ayant pas bénéficié des antibiotiques, on note 7 morts post-opératoires, tandis que sur 35 malades opérés sous antibiotiques après 1948, il n'y eut que 2 morts, l'une précoce, l'autre tardive. Afin de diminuer le risque de résistance l'association de P. A. S. et de streptomycine est recommandée.

A. Germain.

A. O. Riley et **V. H. Kaunitz.** — **La décortication associée à la résection pulmonaire dans le traitement des pneumothorax inefficaces** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 4, Oct. 1951, p. 341-357, avec 6 fig.).

Le principe de la décortication pulmonaire dans le traitement des séquelles de pneumothorax artificiels à type d'absence de réexpansion, compliquée de liquide plus ou moins purulent, est maintenant définitivement admis. Le problème est cependant dominé par un certain nombre de facteurs dont l'état du parenchyme sous-jacent est le plus important. La présence de B. K. dans l'expectoration change complètement la thérapeutique et doit faire adjoindre à la décortication la thoracoplastie ou la résection partielle du poumon ou les deux.

En définitive, les indications thérapeutiques peuvent être ainsi schématisées :

1° Dans les cas où les lésions parenchymateuses initiales étaient discrètes, et où l'expectoration est négative, la réexpansion pulmonaire complétée par décortication simple peut être recommandée.

2° Dans les cas où, au contraire, les lésions initiales étaient plus accentuées, il est souhaitable de les maintenir collabées par une thoracoplastie limitée du sommet, suivie au bout de quelques semaines par une décortication du poumon sain restant.

3° Enfin, si le pneumothorax n'a pas été efficace et s'il persiste des lésions actives avec expectoration positive, la décortication doit être complétée par une résection pulmonaire limitée. Mais si cette résection doit être plus étendue qu'une lobectomie segmentaire, il est bon d'associer une thoracoplastie pour prévenir la surdistension du poumon restant et assurer une oblitération complète de la cavité pleurale.

Une série de 14 cas servant d'exemples à ces préceptes thérapeutiques est présentée dans l'article avec leur iconographie.

A. Germain.

Fogliati Bruzzone (Turin). — **Chirurgie des kystes hydatiques du poumon** (*Archivio per le scienze mediche*, an. **77**, vol. **93**, n° 3, Mars 1952, p. 209-248).

Par suite des progrès de l'anesthésie et l'utilisation des antibiotiques, les interventions de type ancien (marsupialisation) ou très grave (lobectomie) peuvent être remplacées par l'opération de Posadas. Cette opération consiste dans l'énucléation avec suture de la cavité résiduelle en un seul temps.

Les examens histologiques de la couche adventitielle périkystique montrent qu'elle est constituée par une condensation du tissu connectif du stroma pulmonaire et non par un tissu connectif jeune de réaction.

Il en résulte, qu'après l'ablation du kyste, le tissu pulmonaire atélectasié peut revenir sur lui-même, comblant ainsi la cavité résiduelle.

Ce travail est appuyé par une dizaine d'observations détaillées.

Olivieri.

Giuseppe Bendandi (Rome, Italie). — **Conception moderne du traitement chirurgical du kyste hydatique du poumon** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° 1, Juil. 1952, p. 22-25).

Très court article de généralités où l'auteur oppose la conception classique d'opérations en plusieurs temps suivies de marsupialisation ou de fermeture sur drain de

la cavité kystique après évacuation du parasite nécessitant en moyenne un séjour d'hôpital de 45 jours à 2 mois, aux techniques modernes d'ablation en plèvre libre du kyste avec exérèse partielle de la membrane périkystique et fermeture *per primam*.

Les orifices des bronchioles qui s'ouvrent dans le sac kystique sont facilement repérés grâce au gonflement du poumon qui provoque l'émission de bulles à leur niveau et il est facile de les suturer.

La guérison est ainsi obtenue de façon à peu près régulière dans un délai de 10 à 15 jours.

Les opérations plus étendues telles que la lobectomie, doivent être réservées à des ormes invétérées ou multiloculaires ou lorsqu'il existe une bronchiectasie surajoutée.

MARCEL ROUX.

Viking Olor Björk (Stockholm). — **Le traitement chirurgical des tumeurs bénignes du poumon** (*J. International de Chirurgie*, t. **9**, n° 6, Nov.-Déc. 1949, p. 542-558, avec 5 fig.).

L'impossibilité d'affirmer un diagnostic en l'absence de critère histologique, l'ignorance du potentiel de malignité de ces tumeurs, l'éventualité d'une obstruction bronchique, d'une compression cardiaque, vasculaire ou œsophagienne, font que le traitement chirurgical des tumeurs bénignes du poumon est justifié : il doit par contre, s'efforcer de respecter au maximum la fonction respiratoire.

La destruction endoscopique des tumeurs endobronchiques est presque toujours insuffisante : il peut devenir un adjuvant du traitement chirurgical qui, grâce à lui, peut se borner à une exérèse locale.

De toutes façons les portions endo et exobronchiques doivent être enlevées en bloc et la bronche séparée soit par une suture transversale, soit par une greffe (fascia lata ou lambeau pleural).

Pour éviter la sténose cicatricielle, des dilatations post-opératoires sont nécessaires jusqu'à ce que le calibre bronchique se stabilise.

D'autres tumeurs bénignes (bronchiomes ou hamartochondromes) peuvent se développer en plein parenchyme et en être énucléées. La technique de Grafoord est décrite.

R. SAUVAGE.

Journée de Strasbourg, 21 Juin 1952. — **Traitement radiologique et chirurgical du cancer du poumon** (*Strasbourg Médical*, t. **3**, n° 6, Juin 1952).

Nombreux Rapports sur les données anatomo-pathologiques, l'association cancer-tuberculose et cancer-silicose, le diagnostic cytologique et histologique, le diagnostic radiologique, l'évolution clinique, l'essaimage métastatique et le traitement radiologique et chirurgical.

Résumés des rapports sur le traitement radiologique et chirurgical :

I. — **E. Forster, A. Maïer** et **E. Bund** (Strasbourg). — **Technique de l'évidement ganglionnaire médiastinal après pneumonectomie pour cancer** (p. 477-486, avec 12 fig.).

Les techniques d'exérèse ganglionnaire combinée à la pneumonectomie (Chamberlain, Cahan) avec ablation en bloc du poumon et des territoires lymphatiques correspondants donnent peu d'aisance et les manipulations de la masse tumorale et des veines pulmonaires risquent de mobiliser les cellules néoplasiques.

La pneumonectomie première diminue les risques d'ensemencement par voies canaliculaire et veineuse et permet de terminer par un curage médiastinal plus facile et plus typique.

La technique décrite d'évidement médiastinal après pneumonectomie comporte à droite comme à gauche un temps inférieur enlevant le paquet ganglionnaire intertrachéo-bronchique, puis la chaîne latéro-œsophagienne, et un temps supérieur en le

vant la lame conjonctive latéro-trachéale avec les ganglions. Pour ce temps supérieur, à droite, la lame mobilisée est passée sous la crosse de l'azygos, de manière à enlever en bloc tout le tissu latéro-trachéal droit ; la bronche souche est alors recoupée, suturée, puis pleuralisée au moyen de la lame pleurale recouvrant la crosse de l'azygos. A gauche, après section haute du vague et du phrénique, la lame latéro-trachéale est détachée du plan vasculaire, puis de la crosse aortique, et on enlève ensuite le ganglion sus-bronchique et les ganglions cachés dans la concavité de la crosse et en arrière de l'aorte. La bronche gauche est ensuite sectionnée, suturée, mais non pleuralisée.

Cette technique précise et permettant une hémostase minutieuse, est illustrée par d'excellentes figures. Bibliographie.

II. — **A. G. Weiss, F. Kœbelé** et **P. Oudet** (Strasbourg). — **Quelques remarques concernant l'exérèse des cancers bronchiques après radiothérapie** (p. 487-488).

L'association de l'exérèse chirurgicale à la radiothérapie dans le traitement des cancers bronchiques comporte des risques, indépendamment des accidents dus à la méconnaissance des contre-indications de l'irradiation et des risques tardifs de sclérose pulmonaire post-radiothérapique.

Les risques radiothérapiques sont importants : poussées fébriles dues à l'infection secondaire du foyer tumoral, réactions pulmonaires banales de la radiothérapie au cours ou après le traitement.

Les risques chirurgicaux de toute exérèse de cancer bronchique ne sont pas augmentés par la radiothérapie pré-opératoire. La fonte massive des ganglions hilaires facilite la dissection des pédicules pulmonaires et rend opérables des cancers primitivement inopérables. Les suites opératoires sont identiques à celles des cas non irradiés. Mais on ne peut en rien en inférer du bénéfice réel que les malades peuvent tirer de l'association de ces deux traitements.

III. — **A. G. Weiss, P. Oudet, F. Kœbelé** et **F. Kruczek** (Strasbourg). — **De l'incidence de la radiothérapie sur les conditions d'intervention pour cancer bronchique et sur les suites opératoires immédiates** (p. 489-494).

8 cas de cancer des bronches, jugés primitivement inopérables ou à la limite de l'opérabilité, ont été opérés après radiothérapie. Dans l'ensemble, malgré les doses importantes de rayons, l'état général a été maintenu par un traitement combattant le « choc chronique » ; l'exérèse du poumon a été facilitée, simplifiée et les suites opératoires relativement simples.

Les modifications des tissus sont résumées : tissu sous-cutané très peu hémorragique ; symphyse pleurale complète (dans 6 cas), lâche, sauf au niveau des zones pulmonaires néoplasiques ou infectées, où la symphyse serrée a nécessité un décollement extra-pleural très hémorragique ; état œdémateux des poumons, avec perte de leur capacité rétractile ; au niveau des hiles, libération des pédicules et curage ganglionnaire faciles et peu hémorragiques.

Dans 7 cas, cicatrisation *per primam* de la plaie opératoire. 6 malades ont quitté le service de 15 jours à 3 semaines après l'intervention.

IV. — **P. Oudet, M. C. Gros, G. Goor** et **J. P. Hutt** (Strasbourg). — **Indication et conduite générale des irradiations pré-opératoires** (p. 595-499).

On peut considérer que dans les conditions actuelles, l'exérèse chirurgicale n'est applicable qu'au quart des cas, en raison des difficultés d'un diagnostic assez précoce. Après radiothérapie, malgré les régressions constatées, on voit, en général, survenir des accidents post-radiothérapiques et des récidives endobronchiques locales. D'où l'intérêt de la compléter par l'exérèse ultérieure.

10 cas de cancers des grosses bronches avec invasion médiastinale probable (opacité noyant le pourtour de la grosse bronche et le dessin vasculaire du hile) ont été traités par radiothérapie en vue d'une exérèse ultérieure (dose moyenne de 19 000 r,

thérapeutique adjuvante de soutien, traitement anti-infectieux). Pas de troubles sanguins per et post-radiothérapiques, mais accidents infectieux fréquents, parfois graves (1 décès). Chez 7 malades, une régression radiologique importante a été obtenue, permettant d'espérer des conditions opératoires favorables.

V. — **C. M. Gros, Y. Le Gal** et **G. Goor** (Strasbourg). — **Considérations anatomiques et histologiques sur les cancers du poumon irradiés (observations nécropsiques)** (p. 499-502).

De 14 autopsies de malades irradiés, on peut déduire que l'irradiation entraîne une diminution de volume de la tumeur, appréciable à l'examen radiologique, avec des zones de nécrose étendues, mais avec persistance de zones tumorales non stérilisées, sauf dans la partie végétante intra-bronchique du cancer. On a retrouvé constamment des zones étroites d'envahissement par lymphangite avec lésions cancéreuses vivantes sans nécrose importante, soit que l'irradiation ait eu moins d'action sur ces zones ou que la dose reçue à leur niveau ait été moins importante qu'à la partie centrale de la tumeur, soit aussi que les phénomènes de nécrose y soient moins visibles du fait du peu d'étendue des amas épithéliomateux. Jamais on n'a constaté de processus de résorption du type granulomateux.

VI. — **P. Oudet, F. Kœbelé, L. Frühling, C. M. Gros** et **E. Blum** (Strasbourg). — **Examen des pièces d'exérèse des cancers bronchiques irradiés** (p. 503-506).

8 poumons, primitivement traités par radiothérapie, ont été examinés après exérèse (tumeurs ayant reçu en moyenne 19 000 r en feux croisés et prélevées environ 3 semaines après la fin de l'irradiation).

L'examen macroscopique montre une action considérable de la radiothérapie : à l'œil nu, on n'a retrouvé ni tumeur, ni adénopathies cancéreuses, la fonte radiologique affectant les cancers épidermoïdes comme ceux à petites cellules.

A l'examen histologique, dans 2 cas (un cancer épidermoïde, un cancer à petites cellules) peu de restes cancéreux vivants; dans 1 cas de cancer épidermoïde restes altérés de vitalité douteuse; dans les 5 autres cas, persistance de restes néoplasiques apparemment vivants, formés de petits foyers multiples disséminés dans une sclérose abondante, due à la fonte massive de la tumeur, ces restes ayant été retrouvés surtout dans la péribronche.

VII. — **C. M. Gros** et **G. Goor** (Strasbourg). — **Orientation de la radiothérapie dans le cancer bronchique** (p. 507-515).

Les progrès de la chirurgie thoracique ont permis l'essor de la chirurgie pulmonaire d'exérèse, mais, si la mortalité opératoire est négligeable, les survies de 5 ans sont exceptionnelles. D'où l'intérêt de tenter une stérilisation préalable de la tumeur et de préciser les conditions et les résultats de la radio-chirurgie.

G. et G. envisagent successivement la radiosensibilité des différents types de tumeur, le terrain et ses réactions suivant les associations morbides locales et l'état général, la tactique et la technique de l'irradiation (dose tumeur, sa répartition dans le temps et l'espace), le comportement après radiothérapie (épithélioma, poumons, organisme), la conduite générale d'un traitement par irradiation, les associations thérapeutiques, les contre-indications.

Ils concluent : le cancer du poumon se présente actuellement dans un état trop avancé pour que la radiothérapie puisse être efficace systématiquement; l'épithélioma du poumon est, en général, radio-sensible, parfois même radiocurable, mais l'irradiation doit apporter à la tumeur la dose cancéricide en respectant les régions saines; la maladie des rayons doit être prévenue et l'association radio-chirurgicale tentée dans les cas favorables.

VIII. — **Discussion sur le traitement** (p. 515-516).

M. Toty. — L'évolution du cancer est variable suivant les cas. 2 cas d'énormes cancers malpighiens, connus depuis 2 et 4 ans, ont, après opération, donné presque la plus longue survie de sa statistique, en sorte que, en présence d'une énorme masse cancéreuse intra-pulmonaire, le fait qu'elle soit connue depuis longtemps montre qu'elle a une « évolutivité » locale et qu'elle doit être opérée.

Depuis 15 ans, T. irradie les cancers du poumon avant de les opérer. Il rapporte 1 cas démonstratif de cancer jugé inopérable, chez lequel la radiothérapie a permis l'exérèse ultérieure.

M. Bariéty. — La radiothérapie n'est pas le véritable traitement des cancers bronchiques. Il faut distinguer suivant la forme histologique. Les cancers à petites cellules sont moins chirurgicaux et réagissent bien à la radiothérapie, mais temporairement : malgré une régression totale de l'image radiologique et des anomalies bronchoscopiques, il a toujours constaté dans les mois suivants l'apparition de métastases dans les surrénales ou le cerveau.

J. Meillère.

Martin, Bergmann et **Evarts A. Graham** (Saint-Louis, Mo). — **Pneumonectomie pour lésion grave post-radiothérapique du poumon** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 6, Déc. 1951, p. 549-567, avec 11 fig.).

L'irradiation du poumon chez l'homme et chez l'animal produit des lésions dont l'anatomo-pathologie a été étudiée à maintes reprises. En clinique humaine une irradiation importante peut déterminer des symptômes fonctionnels extrêmement gênants (toux, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysies) et entraîner une diminution importante de la fonction pulmonaire.

Aucun traitement médical n'est efficace. Par contre en cas d'unilatéralité la pneumonectomie s'avère dans certains cas une arme thérapeutique précieuse. Deux cas furent ainsi opérés et tirèrent un gros bénéfice fonctionnel de la pneumonectomie.

Les pièces opératoires furent étudiées histologiquement avec une grande précision. La présence de plages de hyalinisation qui, d'après les comptes rendus autopsiques étaient considérées comme une lésion constante et spécifique des poumons irradiés, semble être en réalité un artefact. Elle n'a pas été retrouvée sur les poumons enlevés chirurgicalement. En revanche, l'augmentation de nombre et de volume des fibres élastiques disséminées dans le parenchyme serait un critère beaucoup plus important.

A. Germain.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

P. Bastien (Dunkerque). — **Plaie pénétrante du cœur par balle. Suture. Guérison** (*Lille Chirurgical*, an. **7**, n° 39, Juil.-Août 1952, p. 194-195).

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 33 ans qui, au cours d'une chute avec une carabine chargée, se fit une plaie de poitrine. La balle de 9 mm traversa le ventricule gauche de part en part.

Malgré l'état presque agonique du blessé qui était saigné à blanc, B. ne l'opéra pas de suite. Il le soumit pendant 1 h à une réanimation surveillée : transfusion à travers 2 veines, de 1 l de sang. Réchauffement.

Le blessé fut transformé, le pouls réapparut et B. l'opéra sous-anesthésie en circuit fermé avec intubation. Il intervint par la voie transpleurale gauche. Évacua un énorme hémothorax et un volumineux hémopéricarde. Sutura facilement les plaies antérieure (à 3 cm de la pointe) et postérieure.

Le blessé reçut au cours de l'intervention un 2e l de sang et, après, 1 l de plasma. Il guérit parfaitement. Les examens cardiologiques pratiqués par la suite se montrè-

rent normaux sauf l'électrocardiogramme qui décela les déformations identiques à celles d'un infarctus de la paroi ventriculaire gauche antérieure qui témoigne de l'existence d'une cicatrice.

Le résultat fonctionnel est excellent. Seule persiste une légère dyspnée d'effort.

G. Picot.

F. Cazals et **A. Roy** (Paris). — **Communication aorte-artère pulmonaire consécutive à une plaie pénétrante de la poitrine par arme blanche** (*Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, an. **45**, n° 6, Juin 1952, p. 522-527, avec 3 fig.).

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer 4 mois après une plaie de poitrine par stylet une communication directe aorte-artère pulmonaire. Le diagnostic fut exactement posé, le malade fut opéré, mais la communication des gros vaisseaux ne put être trouvée et c'est à l'autopsie que le diagnostic clinique fut confirmé.

En quelques mots voici, résumée, cette observation rarissime et intéressante parce qu'elle démontre l'importance des facteurs hémodynamiques dans la genèse d'une cardiopathie et d'une insuffisance cardiaque.

Un homme de 31 ans reçoit un coup de stylet dans le 3e espace intercostal gauche à 6 cm du bord gauche du sternum. Il expectore quelques crachats sanglants et on le soigne pour un hémothorax gauche que l'on ponctionne. Au bout de 8 jours, il sort guéri. 3 mois plus tard à la suite d'un gros effort, il ressent une douleur abdominale et précordiale. Il éprouve une dyspnée d'effort qui va s'accentuer, des œdèmes apparaissent aux membres inférieurs et il entre, 4 mois après sa blessure, dans le service de Cardiologie de l'Hôpital Boucicaut (docteur Lenègre). Les examens cliniques, radiographiques, électrocardiographiques et le cathétérisme du cœur droit, font porter le diagnostic de communication aorto-pulmonaire.

Il est opéré à l'hôpital Broussais (docteur Dubost) qui, malgré l'examen le plus soigné, ne peut découvrir la communication. A l'autopsie on trouve l'orifice aortique, large de 5 × 8 mm juste sur l'insertion commissurale antérieure de la sigmoïde droite. Il est épaissi, sclérosé. La valvule est insuffisante et on constate une insuffisance aortique; du côté pulmonaire l'orifice linéaire s'ouvre dans le nid sigmoïdien sus-septal de la valvule postérieure gauche. Juste en face de l'orifice on voit sur la valvule sigmoïde une déchirure qui a dû réaliser une insuffisance pulmonaire.

Il n'a pas été possible, malgré une recherche attentive, de repérer sur le cœur — face externe et face interne — sur l'artère pulmonaire ou sur l'aorte, le point de pénétration du stylet.

G. Picot.

H. Swan, J. H. Forsee et **E. M. Goyette** (Denver). — **Corps étrangers du cœur** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 3, Mars 1952, p. 314-323, avec 3 fig.).

S., F. et G. rapportent 1 cas d'extraction d'un éclat d'obus situé dans la cloison interventriculaire; ce cas vient s'ajouter à 26 autres corps étrangers du cœur publiés dans la littérature récente et opérés sans mortalité. Ce chiffre monte même à 150, si l'on y ajoute les corps étrangers du péricarde ou du voisinage des gros vaisseaux.

L'extraction est indiquée si le corps étranger s'accompagne d'une septicité persistante ou récidivante, s'il est libre dans une des cavités cardiaques, si par sa situation il peut blesser une des valvules, ou un point du myocarde au cours des contractions cardiaques. L'opération est contre-indiquée si le corps étranger est très petit (3 mm, ou moins), s'il siège entièrement dans le myocarde et ne s'accompagne d'aucun symptôme.

Pour préciser ces indications il faut faire une localisation très exacte du corps étranger, et elle ne peut être faite que par une angiocardiographie. Dans 2 cas personnels (1 opéré et 1 non opéré), un éclat d'obus a pu ainsi être localisé exactement dans le septum interventriculaire.

Les auteurs ont utilisé pour l'opération une longue incision antérieure par les 4e espaces intercostaux droit et gauche, avec section du sternum et ouverture des

deux plèvres. Ils ont également employé la ligature temporaire des veines caves, de manière à obtenir la vacuité du cœur pendant la manipulation intra-cardiaque. Une incision de 2 cm a été faite à la partie moyenne du ventricule droit. L'index pénétrant dans le ventricule a senti le corps étranger dans la cloison, et celui-ci a été enlevé avec une pince de Kocher guidée par le doigt. Le temps total d'obstruction du courant sanguin a été de 1 mn 40 sec. Pour éviter les embolies gazeuses, on a laissé le sang pénétrer à nouveau et déborder l'incision avant de la refermer, et la perte totale de sang a paru être de 400 cm³, remplacés aussitôt par une transfusion. Le blessé s'est levé le 6e jour, a guéri sans complications, et a repris son service militaire actif.

M. Guimbellot.

Elmer R. Maurer (Cincinatti, Ohio). — **Ablation d'une tumeur du cœur suivie de succès** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 5, Mai 1952, p. 479-485, avec 6 fig.).

Il s'agissait d'un volumineux lipome arborescent dont le pédicule assez étroit s'attachait au niveau de la face antérieure du ventricule gauche. La cure chirurgicale en fut très aisée. L'intérêt principal de cette observation réside dans son extrême rareté. Il s'agit en effet du 3e cas de lipome du cœur rapporté dans la littérature et du 2e cas d'ablation de tumeur du cœur suivie de succès.

A. Germain.

W. L. Glenn et **R. Whittemore** (New-Haven). — **Quelques observations sur le traitement chirurgical des affections congénitales du cœur** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 3, Mars 1952, p. 297-313, avec 9 fig.).

G. et W. donnent les résultats de 100 opérations pratiquées sur 96 malades pour affections congénitales du cœur.

47 opérations pour canal artériel perméable, dont 28 par section et 16 par ligature. Aucun décès. Une récidive.

28 opérations pour tétralogie de Fallot, dont 3 exploratrices seulement. 2 morts. Les opérations ont été faites par le procédé de Blalock-Taussig.

19 opérations pour rétrécissement de l'aorte dont 4 exploratrices seulement. 1 décès, par bactériémie post-opératoire.

2 opérations pour arc aortique double, avec grosse difficulté de la respiration et de la déglutition chez des enfants de 4 mois et de 2 jours. Chez les 2 enfants, c'est à droite qu'était l'aorte volumineuse, et c'est la petite crosse gauche qui fut sectionnée.

G. et W. décrivent un procédé d'exploration radiologique qu'ils ont utilisé chez l'enfant de 4 mois. Ils introduisent dans l'artère fémorale, à l'aide d'une aiguille creuse, un long et fin tube de polyéthylène rempli de mercure, qui chemine dans l'aorte jusqu'à sa crosse inclusivement; une radiographie, prise après déglutition de baryte, montre la position respective de la crosse et de l'œsophage.

G. et W. décrivent également une modification de la technique de Potts pour la section du canal artériel.

M. Guimbellot.

F. d'Allaines, N. du Bouchet et **Bedu-Gorbon.** — **Traitement chirurgical de la tétralogie de Fallot** (*Journal International de Chirurgie*, t. **9**, n° 6, Nov.-Déc. 1949, p. 495-519).

122 cas de tétralogie de Fallot ont été opérés d'Octobre 1947 à Février 1949. Plus de 80 p. 100 des opérés étaient âgés de 5 à 15 ans.

Chez le nourrisson et chez l'adulte l'intervention est grave et doit être réservée à des cas exceptionnels.

Une préparation pré-opératoire toujours longue permet la suroxygénation et l'hydratation des malades. La préparation à l'anesthésie et l'anesthésie elle-même doivent être menées selon des règles bien précises dominées par la nécessité d'une suroxygénation efficace.

Dans les 75 derniers cas, le 2e espace intercostal a été choisi de préférence au 3e et la voie gauche sans exception.

Sur 100 interventions, 87 anastomoses ont pu être pratiquées (66 terminolatérales, 18 terminoterminales).

La mortalité globale a été de 17 p. 100 (10,7 p. 100 après les anastomoses, 27 p. 100 après les exploratrices simples).

Les accidents ont consisté en syncopes cardiaques brusques et irréversibles (9 fois), hémorragies post-opératoires (4 fois), comas mortels (3 fois), septicémie avec endocardite à staphylocoques (1 fois).

Sur 31 enfants, revus de 1 à 14 mois après l'opération, plus de la moitié ont eu des résultats excellents.

14 sur 31 ont été améliorés fonctionnellement en conservant une polyglobulie.

L'existence d'un souffle au niveau de l'anastomose est le test de son efficacité.

R. Sauvage.

P. Soulié, Fr. Joly, J. Carlotti, J. R. Sicot et **G. Voci** (Paris). — **Étude physiopathologique post-opératoire de la trilogie de Fallot. (Étude de 9 cas après valvulotomie pulmonaire.)** (*Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, an. **45**, n° 5, Mai 1952, p. 385-411, avec 8 fig.).

Ces 9 cas ont été opérés par Brock (de Londres), 1 cas et Servelle (8 cas). Tous les opérés ont guéri. Les auteurs étudient les résultats 1 mois et de 5 à 9 mois après l'opération.

Les troubles fonctionnels sont vite améliorés. La cyanose s'amende mais ne disparaît pas complètement. La dyspnée d'effort est considérablement améliorée. Les enfants opérés grandissent et prennent du poids.

Le souffle systolique persiste, l'aspect radiologique est inchangé.

L'hypertension ventriculaire droite diminue rapidement la première semaine. L'amélioration est d'autant plus grande que la pression systolique était plus élevée avant l'opération (au-dessus de 150 mm de Hg).

Le plus souvent (6 cas sur 9), la valeur à laquelle se fixe, après la valvulotomie, le débit de l'artère pulmonaire reste légèrement inférieur à la normale.

L'inégalité des résultats et leur caractère incomplet peuvent être attribués, soit à une régression ne pouvant être que lentement progressive, soit à une irréductibilité de certains composants du vice congénital. Une observation de très longue durée est nécessaire pour apprécier l'importance et la fréquence respectives du facteur mécanique et du facteur congénital dans la genèse des troubles physiopathologiques et, en particulier, de l'hypertrophie ventriculaire droite des trilogies de Fallot.

G. Picot.

F. d'Allaines, Ch. Dubost, P. R. Breger, C. Metianu et **Cl. Dubost** (Paris). — **Indication de la valvulotomie dans le traitement des cardiopathies cyanogènes** (*Revue de Chirurgie*, an. **71**, nos 7-8, Juil.-Août 1952, p. 208-236, avec 9 fig.).

L'expérience des auteurs porte sur 14 opérés. L'indication majeure de la valvulotomie pulmonaire est la trilogie de Fallot, puisque, en raison de l'absence de toute communication interventriculaire, il n'existe d'autre issue au sang du ventricule droit que l'orifice sténosé de l'artère pulmonaire. Le rétrécissement se présente anatomiquement dans des conditions favorables : c'est un diaphragme très mince perforé en son centre d'un petit orifice. En aval du rétrécissement on trouve ici, comme en aval de certains anévrysmes, une dilatation de l'artère pulmonaire qui peut être énorme. Dans la tétralogie de Fallot, les constatations anatomiques et opératoires ont montré aux auteurs que la sténose pulmonaire est totalement différente. Elle se présente sous la forme d'un défilé long, tortueux qui occupe l'infundibulum et qui est tapissé par un endocarde scléreux. Il existe, en outre, très fréquemment, des malformations vasculaires, orificielles ou tronculaires et une aplasie de l'artère qui s'oppose à toute augmentation du débit sanguin.

La valvulotomie dans la tétralogie n'est donc pas réalisable et les auteurs restent fidèles à l'opération de Blalock.

Dans les sténoses infundibulaires que l'on observe 10 fois sur 100 dans la trilogie, les auteurs restent partisans, malgré sa gravité, de la valvulotomie complétée de résection puisque c'est la seule façon de soulager le ventricule droit qui s'épuise sur l'obstacle pulmonaire.

Les auteurs réalisent la valvulotomie pulmonaire selon deux voies d'accès : l'accès par le ventricule (op. de Brock) et l'accès rétrograde par la branche gauche de l'artère pulmonaire (op. de Dubost).

La voie transventriculaire est assez bien tolérée par le malade, mais la voie est étroite, aveugle et délabrante pour le ventricule. Ce dernier, malgré son hypertrophie est fragile, se déchire, et, dans un cas des auteurs, il s'est produit une rupture extensive de la paroi ventriculaire qui ne put être suturée.

La voie transpulmonaire est moins traumatisante et lorsque le valvulotome a pénétré dans la branche gauche de la pulmonaire ou dans une de ses branches (lobaire supérieure ou apicale), le rétrécissement ne peut être manqué, il est facilement sectionné et dilaté. Quelques points éversants sur l'incision de la pulmonaire achèvent l'opération. Le péricarde est laissé ouvert.

La complication que les auteurs redoutent particulièrement et qui, par sa fréquence, donne à l'opération toute sa gravité est la fibrillation ventriculaire qui semble être la conséquence de l'ischémie du myocarde par insuffisance coronarienne. Les auteurs ont perdu ainsi 2 de leurs 14 opérés.

Dans 8 cas, les auteurs ont utilisé la voie transventriculaire de Brock avec 3 morts (1 syncope, 1 déchirure du myocarde, 1 mort post-opératoire immédiate), 7 fois il s'agissait de sténoses pulmonaires pures (trilogie).

Dans 6 cas, ils ont eu recours à la voie transpulmonaire de Dubost, avec 1 mort (tétralogie de Fallot où la sténose infundibulaire avait été méconnue). Cette voie d'accès est donc moins grave que la voie de Brock.

La première opération remonte à 1 an. Les autres sont plus récentes. L'impression des auteurs est favorable car la plupart des opérés ont présenté une amélioration clinique rapide et indiscutable. Ils espèrent que cette amélioration s'affirmera plus tard.

G. Picot.

L. Werkö, H. Ellasch, F. Berglund et **C. Crafoord** (Stockholm). — **Études circulatoires dans la sténose mitrale avant et après la commissurotomie** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 3, Mars 1952, p. 290-296, avec 4 fig.).

Les auteurs ont cherché à connaître les résultats physiologiques de la commissurotomie dans les sténoses mitrales. Ils ont étudié les 5 premiers malades opérés à Stockholm, en pratiquant des cathétérismes du cœur avant l'opération puis 1 mois après.

Dans 4 cas on constata une diminution marquée de la pression capillaire veineuse pulmonaire, et de la pression dans l'artère pulmonaire et une chute de la résistance vasculaire pulmonaire.

Dans 1 cas au contraire la pression dans la circulation pulmonaire était augmentée après l'opération; ceci était dû au développement d'une insuffisance mitrale.

Dans tous les cas le débit cardiaque et la pression dans le système artériel de la circulation générale s'élevèrent. Dans 2 cas la non saturation artérielle en oxygène constatée avant l'opération fut corrigée.

Tous les cas montrèrent une amélioration considérable des symptômes.

M. Guimbellot.

P. Soulié, J. di Matteo, R. Tricot et **L. Moreau.** — **Commissurotomie pour rétrécissement mitral (Résultats. Indications opératoires)** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, n° 24-25, 4 Juil. 1952, p. 871-894, avec 8 fig.).

Se basant sur l'observation de 55 malades, les auteurs font le bilan des résultats obtenus dans le traitement chirurgical du rétrécissement mitral.

La mortalité a été de 5 cas. Les résultats favorables représentent environ les 3/4 des survivants; 1/4 des opérés ont un résultat médiocre.

Se basant sur ces résultats, les auteurs pensent qu'actuellement les indications du traitement chirurgical sont les suivantes :

a) Indications idéales : rétrécissement mitral pur chez les sujets de 25 à 35 ans, donnant lieu à des troubles fonctionnels très marqués : œdème pulmonaire à répétition, dyspnée d'effort, hémoptysies, sans augmentation marquée du volume cardiaque, avec hyperpression de la petite circulation et diminution de la surface mitrale au-dessous de 1,5 cm².

b) Indications discutables : sujets de plus de 40 ans, dont le cœur est augmenté de volume ou en arythmie complète, avec des antécédents d'embolie artérielle ou de crises asystoliques.

b') Autre indication discutable : l'intervention précoce chez des malades jeunes dont le processus rhumatismal peut encore évoluer.

c) Contre-indications : d'une part, le rétrécissement mitral n'entraînant pas de gêne fonctionnelle notable, sans hyperpression de la petite circulation et avec une surface mitrale supérieure à 2 cm²; d'autre part, rétrécissement mitral en arythmie complète ou en insuffisance cardiaque; rhumatisme cardiaque en évolution; association du rétrécissement et de l'insuffisance mitrale.

Pour arriver à ces indications pratiques, les auteurs étudient avec grand soin les conséquences cliniques, stéthacoustiques, radiographiques, électrocardiographiques et hémodynamiques de l'intervention, les suites à distance, enfin les pièces d'autopsie qu'ils ont recueillies en cas d'échec.

Il existe en effet des lésions scléreuses et des calcifications de l'orifice qui empêchent l'intervention d'être efficace, et surtout des lésions tenant moins aux valves qu'à la rétraction des piliers et des cordages, contre lesquelles l'acte opératoire est actuellement inefficace et dangereux.

Par contre, les lésions d'artérite pulmonaire ne paraissent pas conditionner forcément l'échec de l'intervention.

En résumé, ce travail permet de conclure au bien fondé de la commissurotomie dans le traitement de certains rétrécissements mitraux, à la condition que les indications en soient dûment posées.

P. Moulonguet.

T. J. Donavan, C. A. Hufnagel et **H. G. Eastcott** (Boston). — **Techniques expérimentales de court-circuitage de la valvule pulmonaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 4, Avril 1952, p. 348-359, avec 7 fig.).

Les auteurs se sont attachés à réaliser chez le chien une artère pulmonaire gauche artificielle en utilisant des tubes de polythène ou des fragments de trachées, tapissées intérieurement par une greffe veineuse. L'artère pulmonaire gauche est sectionnée près de son origine, le bout proximal lié, le bout distal anastomosé avec un fragment de veine cave conservée. Le bout libre de la greffe veineuse tapisse l'intérieur d'un fragment de trachée conservée ou d'un tube en polythène. Ce dernier est introduit dans le ventricule droit après une courte incision. Quelques points de suture assurent l'hémostase.

Sur une série de 15 expérimentations, la mortalité a été de 4 : 2 morts opératoires par hémorragie, 2 morts post-opératoires par atélectasie et pneumonie. Les auteurs pensent que ces morts peuvent être évitées par une meilleure technique. Chez les animaux survivants, il n'y eut aucun signe de défaillance cardiaque. Chez 4 d'entre eux notamment les tests de tolérance à l'exercice se sont révélés parfaitement normaux. L'angiocardiographie a montré un bon fonctionnement du shunt jusqu'à parfois 43 jours après l'opération. Cependant la majorité se sont thrombosés à la 3e ou 4e semaine; 2 facteurs principaux expliquent ces thromboses. C'est d'une part la pression insuffisante dans la nouvelle artère pulmonaire et d'autre part la faiblesse intrinsèque du tube tapissé de paroi veineuse qui est utilisé pour l'anastomose cardiaque. Des essais sont poursuivis afin de parer à ces inconvénients.

A. Germain.

Maurice L. Kim, Richard S. Hahn et **Claude S. Beck. — La revascularisation du myocarde par artérialisation du système veineux coronaire, III. Histologie du cœur et des vaisseaux coronaires après revascularisation chez le chien** (*Revue de Chirurgie*, an. **71**, n° 5-6, Mai-Juin 1952, p. 151-166, avec 6 fig.).

Le passage de sang artériel dans la greffe veineuse aortico-sinusale, dans le sinus et les veines coronaires avec ligature surajoutée d'une ou de plusieurs artères coronaires, entraîne des modifications pariétales des vaisseaux d'une telle ampleur qu'il est difficile de différencier les artères des veines.

Les veines du ventricule gauche et de la paroi postérieure du ventricule droit sont artérialisées. On note une hyperplasie de la média et de l'intima et la production de fibres élastiques. Ces modifications sont vraisemblablement une adaptation de la paroi des veines à une augmentation de la pression pulsatile. Ces modifications se prolongent jusque dans les veinules du myocarde correspondant au territoire des veines superficielles hyperplasiques.

Les veines cardiaques antérieures à la surface du ventricule droit et les veines septales sont dilatées sans hyperplasie pariétale. Elles représentent les voies de sortie ouvertes à la circulation coronarienne de retour. Les veinules du myocarde présentent le même type de dilatation dans la partie du ventricule droit correspondant aux veines cardiaques antérieures. Les artères coronaires ligaturées présentent une atrophie de leur paroi, en particulier une infiltration collagène de la média, l'intime est réduite à une couche endothéliale. Elles ont dû garder une partie de leurs fonctions. Les artérioles du myocarde, même dans le territoire d'artères coronaires ligaturées, sont normales.

Les auteurs ont noté dans le myocarde la présence d'infarctus microscopiques vascularisés.

G. Picot.

Duff S. Allen (Saint-Louis, Mo). — **La cardio-statorraphie. Consolidation chirurgicale de la zone myocardique ischémiée par occlusion coronarienne. Étude expérimentale** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 6, Déc. 1951, p. 609-630, avec 5 fig.).

A. présente ici un travail expérimental dont l'intérêt est d'ouvrir une voie nouvelle dans la lutte chirurgicale contre l'ischémie du myocarde par occlusion coronarienne. Il insiste sur le fait que la zone myocardique frappée d'ischémie à la suite de la ligature coronarienne devient flaccide, et qu'elle présente un mouvement paradoxal jouant un rôle néfaste dans la mécanique de la pompe cardiaque. Le but assigné par l'auteur est donc de réduire cette zone ischémiée à sa dimension initiale et de s'opposer à son mouvement paradoxal en la renforçant artificiellement. Il a réalisé expérimentalement ce but chez le chien, à l'aide de bandelettes de péricarde ou de fascia utilisées comme matériel de suture et passées à travers le myocarde de la zone ischémiée. Dans un autre groupe d'expériences, des plaques de fascia ont été appliquées sur la surface ischémiée et suturées sous tension au myocarde adjacent.

L'auteur pense que l'amélioration importante de la fonction cardiaque observée chez le chien est suffisante pour recommander l'application clinique de l'intervention proposée qu'il dénomme *cardio-statorraphie*.

A. Germain.

F. Mandl (Wien). — **Sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **102**, n° 1, 5 Janv. 1952, p. 17-18).

M. passe en revue les différentes interventions proposées contre l'angine de poitrine, interventions dont les buts communs sont l'amélioration de l'irrigation du muscle cardiaque et l'interruption de la douleur.

Une action sur les racines postérieures, le sympathique, peut-être aussi la thyroïdec-

tomie totale (outre son action favorable sur le métabolisme de base) interrompt les voies afférentes qui, du cœur et des gros vaisseaux, gagnent le système nerveux central, coupant ainsi les voies sensibles et sans doute aussi des filets vaso-constricteurs.

D'autres interventions se proposent un effet direct sur la circulation artérielle du myocarde : l'inflammation aseptique artificiellement créée par l'introduction dans le péricarde de poudres inertes (amiante, talc) peut améliorer favorablement l'irrigation du cœur (Thompson); on a pu espérer un apport sanguin supplémentaire en créant des adhérences de surface, myocardo-thoraciques, myocardo-omentales (cardio-omentopexie de O. Shaugnessi); la ligature de la grande veine coronaire, associée à une neurectomie péri-coronarienne (Fauteux), l'opération de Beck apparaissent parmi les procédés les plus audacieux.

M. se montre plus que réservé en matière d'interventions complexes et dangereuses. A son sens, beaucoup de malades sont améliorés par le seul traitement médical, et il ne saurait être question de chirurgie qu'en présence d'une inefficacité de celui-ci et de la répétition alarmante des crises.

Il conseille personnellement les procédés les moins agressifs, à savoir le blocage sympathique, la thyroïdectomie.

A la novocaïne, sans danger, mais inconstante dans ses effets, à l'alcool, plus efficace, mais susceptible d'amener des accidents de névrite intercostale, il préfère, pour ses infiltrations sympathiques, une solution de phénol à 6 p. 100, qui réunit tous les avantages sans aucun des inconvénients précités. Il a traité ainsi, par blocage des premiers segments thoraciques, de 1940 à 1944, 20 malades, sans aucun accident opératoire; l'étude des résultats éloignés porte sur une période de 6 à 41 mois : 2 malades sont restés sans douleurs, mais sont morts cependant de leur affection; 3 malades ont interrompu le traitement; 2 malades n'ont pas été améliorés; enfin chez 13 d'entre eux, le résultat a été très satisfaisant. Une dernière série de 9 malades traités au cours de ces deux dernières années, compte 1 décès par anévrysme, 1 autre 1 an 1/2 après le traitement.

M. ne peut donner encore de résultats éloignés quant à l'emploi du phénol.

L'infiltration du ganglion stellaire lui semble moins efficace (5 malades, dont 2 sans résultats).

La thyroïdectomie totale, qu'il a pratiquée sur 50 malades, lui paraît particulièrerement intéressante, notamment chez les sujets à métabolisme de base élevé ou porteurs de goitre; dans 7 cas où, aux douleurs angineuses, étaient associées des lésions d'endartérite des membres inférieurs, il a obtenu de très bons résultats.

R. Gueullette.

G. Pieri (Rome). — **Contribution au traitement chirurgical de l'angine de poitrine** (*La Riforma Medica*, an. **66**, n° 1, 5 Janv. 1952, p. 1-6).

Il s'agit de 11 interventions pratiquées sur 8 malades, suivant les directives fixées par Danielopolu (9 cas), suivant la technique récente d'Arnulf (2 observations). Le 1er type d'intervention a donné 3 résultats favorables, un succès temporaire, 2 insuccès. L'opération d'Arnulf fut faite dans un cas où l'opération de Danielopolu avait échoué (maladie mitrale avec hypotension) après une amélioration de 5 années. Une grave récidive s'était produite. L'opération d'Arnulf a donné un bon résultat qui se maintient encore après 1 an. Le second cas concerne un sujet atteint de troubles coronariens non graves avec blocus anesthésique du plexus préaortique favorable. L'opération d'Arnulf a donné un résultat favorable qui se maintenait encore après 1 an 1/2.

En conclusion de ses observations P. pense que les résultats de l'opération d'Arnulf doivent être réexaminés après approfondissement de nos connaissances sur l'innervation cardio-aortique et ses rapports avec les altérations anatomiques qui sont dans chaque cas à la base de l'accès angineux.

Olivieri.

H. Bader (Augsburg). — **Sur la réanimation du cœur par le massage direct** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 24, 1952, p. 1015-1019, avec 2 fig.).

B. relate tout d'abord une observation très étudiée, dont voici le résumé :

Hystérectomie subtotale pour fibrome, sous-anesthésie péri-durale complétée par un peu d'éther dont on a dû suspendre l'administration en raison d'une poussée de cyanose; dès la fin de l'intervention, syncope cardio-respiratoire, contre laquelle les moyens médicaux restent sans effet; intubation et administration d'oxygène.

A la 9e mn (l'heure 0 étant celle de la syncope) commencent les manœuvres de massage direct du cœur; le cœur, immobile à l'ouverture du péricarde montre des contractions énergiques dès la 30e s de massage; il bat bientôt à 140, en même temps qu'apparaît une cyanose intense qui elle-même ne dure que 10 à 20 s.

A la 15e mn, transfusion.

A la 45e mn, retour de la respiration (28 insp. à la minute).

A 1 h, réapparition de la réaction pupillaire à la lumière.

A 5 h, les réflexes sont normaux.

A 6,15 h, suppression du tube trachéal.

A 8,15 h, convulsions tétaniformes des extrémités (hyperventilation).

A 9 h, réapparition de la sensibilité à la douleur.

A 21 h, diminution des accidents spasmodiques.

A 25,45 h, pervitin intra-veineuse, vive coloration du visage, agitation motrice, puis retour du coma.

A 43 h, température à 40°,5, respiration agonique et mort. Des courbes du pouls, de la respiration, de la tension artérielle relevés tous les 1/4 d'h, un bref protocole d'autopsie complètent cette observation.

Suivant B., les conditions de succès du massage seraient les suivantes :

1° Condition de temps : les possibilités de réactivation ne dépassent qu'exceptionnellement 3 h après l'arrêt du cœur; le mieux est d'agir au plus tôt; on a vu cependant expérimentalement un cœur d'enfant de 3 mois reprendre ses contractions sous perfusion de Locke 20 h après la mort; la limite de tolérance du système nerveux central ne dépasserait pas 3 à 5 mn, et l'auteur attribue son insuccès au début trop tardif du massage (9 mn);

2° Condition d'abord du cœur : ne pas insister plus de 1 mn sur les manœuvres entreprises par voie sous-diaphragmatique; passer immédiatement à la voie trans-diaphragmatique ou mieux trans-thoracique; il est inutile d'ouvrir le péricarde;

3° Conditions techniques du massage lui-même (peut-être aussi importantes que le temps) : fréquence optima des manœuvres d'expression : 60 à 80 par minute; l'irrigation cérébrale peut être favorisée par la compression de l'aorte au-dessous de la sous-clavière gauche (celle-ci a pu être supportée 25 mn sans accidents).

Nous avons dans le massage direct du cœur une méthode excellente de réanimation; n'hésitons pas à l'employer.

R. Gueullette.

J. L. Ehrenhaft, D. W. Eastwood et **L. E. Morris.** — **Analyse de 27 cas d'arrêt cardiaque** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 6, Déc. 1951, p. 592-608, avec 2 fig.).

Le travail a trait à l'analyse de 25 cas d'arrêt cardiaque per-opératoire survenus pendant une période de 10 ans, dans les différents hôpitaux dépendant de l'Université de l'Iowa. Le total des opérations se montant à 71 000, le pourcentage des arrêts cardiaques a été de 0,35 p. 1 000. Dans un premier groupe comprenant 11 cas et s'échelonnant pendant la période 1942 à 1945 aucune survie n'a été observée. Tous ces cas ont été traités uniquement par respiration artificielle et injections médicamenteuses intra-cardiaques et intra-veineuses.

Dans le second groupe de 16 cas, pendant la période 1948-1951, la circulation artificielle a été adjointe dans la thérapeutique; 3 survies ont été obtenues dont une avec

des séquelles; 1 survie a duré 15 jours. Quelques malades ont survécu simplement pendant quelques heures, la mort étant survenue par lésion cérébrale irréversible. Dans ces derniers cas trop de temps a été perdu entre la reconnaissance de l'arrêt cardiaque et le début de la circulation artificielle.

Les auteurs recommandent dans la lutte contre l'arrêt cardiaque per-opératoire les éléments thérapeutiques suivants :

1° Une surveillance très stricte de l'anesthésiste pour reconnaître l'arrêt cardiaque aussi précocement que possible.

2° Le maintien d'un airway satisfaisant de façon à pouvoir pratiquer une respiration artificielle adéquate.

3° Le temps limite de 3 mn à 3 mn 1/2 d'arrêt cardiaque sans compensation circulatoire et respiratoire est certainement trop long surtout si le malade a été préalablement en état d'hypoxie.

4° L'arme essentielle consiste dans la circulation artificielle par massage cardiaque, de préférence par voie trans-thoracique.

5° A titre d'adjuvant, utiliser la novocaïne, soit localement, soit par voie intraveineuse, soit par voie intra-cardiaque pour diminuer l'irritabilité cardiaque. En cas de fibrillation ventriculaire, le choc électrique.

En terminant les auteurs mettent en garde contre l'usage abusif d'adrénaline, ils recommandent de toute façon des doses minimes et diluées, 0,1 mg à une dilution de 1 p. 10 000.

A. Germain.

R. F. Butterworth (Melbourne). — **Un nouveau modèle de cardioscope à usage chirurgical** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **22**, n° 3, Sept. 1951, p. 319-321, avec 3 fig.).

Bien que la commissurotomie à l'aveugle donne dans la plupart des cas d'excellents résultats, il s'avère que la vision directe permettrait d'éviter les accidents qui surviennent dans certains cas de sténose serrée, où la déchirure porte non pas sur une commissure, mais sur une valve. Le cardioscope présenté dans cet article comporte de multiples avantages, dont la simplicité est le plus frappant : il est formé entièrement (à part le couteau) de perspex dont on utilise les propriétés de conductibilité lumineuse. Il a été utilisé avec pleine satisfaction sur le plan expérimental. B. poursuit son travail en vue de son application clinique pour la correction des sténoses valvulaires.

A. Germain.

A. M. Dogliotti et **Guglielmini** (Turin). — **Angiostat à 3 branches pour l'anastomose latéro-latérale de l'aorte avec l'artère pulmonaire** (*Minerva Medica*, an. **43**, vol. 1, n° 28, 5 Avril 1952, p. 701-704).

Les principaux reproches faits au compresseur de Potts sont la difficulté de sa mise en place, la difficulté d'accrocher l'artère pulmonaire au compresseur, la difficulté pour retirer la branche postérieure du compresseur sur l'aorte en sens inverse.

L'angiostat décrit par D. et M. est constitué par 2 parties fondamentales : le manche et les branches pour la compression vasculaire. Ces trois branches sont parallèles entre elles, et implantées à angle droit sur un manche à section quadrangulaire constitué par trois lames glissant l'une dans l'autre chacune en connexion avec une des 3 branches angiostatiques.

Grâce à cet appareil on peut gagner de 30 à 60 mn pour l'intervention. En outre, on en supprime la plupart des risques et difficultés car on peut conserver une importante circulation dans l'aorte et ses collatérales, et même une circulation partielle sur l'artère pulmonaire dont on n'isole que la demi-circonférence antérieure.

Olivieri.

J. Kunlin, Bitry-Boëly, Roth, Volmié, Mandikas, Beaudry, et **Martinet** (Paris). — **Expériences de perfusions supra-diaphragmatiques et de circulation extra-corporéale totale chez le chien. en vue de la chirurgie intra-cardiaque (au moyen d'un cœur et d'un poumon artificiels)** (*Revue de Chirurgie*, an. **71,** nos 7-8, Juil.-Août 1952, p. 237-264, avec 12 fig.).

K. et ses collaborateurs ont essayé plusieurs modes de perfusion :

1° Clampage de l'artère pulmonaire et de l'aorte descendante tandis que du subtosan héparinè et du sérum sont injectés dans la crosse de l'aorte (conservation de la circulation coronarienne et carotidienne). Le sang veineux qui reflue vers le cœur droit est ponctionné et sera réinjecté après la perfusion.

2° Perfusion coronaro-encéphalique avec circulation extra-corporéale à travers un oxygénateur et clampage de l'aorte descendante (perfusion supra-diaphragmatique).

3° Perfusions totales à l'aide d'un cœur et d'un poumon artificiels conçus par les auteurs.

Toutes ces expériences, qui portent sur 34 chiens, se sont terminées par la mort de l'animal, soit au cours de la perfusion, soit immédiatement après. Mais elles ont permis de faire des observations qui montrent que le problème de la circulation extra-corporéale n'est pas encore résolu.

Lorsque la perfusion a été satisfaisante avec une bonne tension, s'installe un état de collapsus irréversible dont la cause paraît être une hémolyse, et une hémorragie (car le sulfate de protamine ne semble pas actif vis-à-vis de l'héparine *in vivo*) modification du *p*H sanguin dans le sens de l'alcalose ou de l'acidose; diminution des plaquettes et des globules blancs. Il semble bien que le milieu sanguin subit des modifications profondes en passant à travers les pompes et le poumon artificiel qui, malgré les perfectionnements apportés, restent très traumatisants.

On pourrait peut-être réduire ces accidents soit en faisant des perfusions très rapides, soit en injectant du sang oxygéné, soit en terminant la perfusion par une exsanguino-transfusion. Il semble que le problème à résoudre est celui de l'oxygénation.

Actuellement l'appareil cœur-poumon artificiel ne peut être utilisé que comme circulation d'appoint temporaire comme l'a réalisé Dogliotti (Turin) au cours de l'extirpation d'une tumeur thoracique comprimant les veines caves.

Peut-être qu'avec une réserve de sang suffisante la perfusion supra-diaphragmatique devrait permettre chez l'homme des interruptions de la circulation intra-cardiaque durant quelques minutes et permettre, par exemple, de rendre l'embolectomie pulmonaire plus méthodique et moins précipitée. Un débit de 1,5 à 2 l/mn de sang serait nécessaire. Mais il faut évidemment en même temps assurer l'écoulement du sang veineux du cœur droit.

G. Picot.

P. Chalnot et **R. Benicheux** (Nancy). — **Bilan d'une année de chirurgie expérimentale et clinique dans le domaine cardiovasculaire** (*Revue médicale de Nancy*, t. **77**, 15 Mars 1952, p. 106-110, avec 3 fig.).

Les auteurs ont mis au point, à leur usage, les techniques courantes de chirurgie cardiovasculaire. Ils ont construit un certain nombre d'instruments spéciaux : valvulotome pour rétrécissement mitral, seringue à injection rapide destinée à remplacer l'appareil à injection de dos Santos, bicyclette ergométrique pour l'exploration fonctionnelle pré et post-opératoire des cardiaques chirurgicaux.

17 malades ont été opérés, avec 1 seule mort au 15e jour par hémorragie digestive.

Ces 17 malades comportaient : 5 *malformations cardiaques* cyanogènes dont 4 ont subi une anastomose type Blalock et une valvulotomie de l'orifice pulmonaire type Brock; 3 *coarctations aortiques* traitées l'une par anastomose directe après résection, les deux autres par des anastomoses indirectes type Blalock ou Clatgett; 2 *perméabilités du canal artériel*, 3 *rétrécissements mitraux*, avec valvulotomie et 2 anasto-

moses azygopulmonaires; 3 *péricardites constrictives* et 1 *insuffisance cardiaque aiguë* (ligature de la veine cave inférieure).

Les suites fonctionnelles n'ont été satisfaisantes que pour les malformations congénitales et les péricardites.

R. Sauvage.

H. B. Shumacker (Indianapolis). — **Le diagnostic du rétrécissement de l'aorte avec attention particulière sur l'importance de l'absence ou de la diminution du pouls aortique abdominal** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 1, Janv. 1952, p. 111-113).

Dans le rétrécissement de l'aorte, les pulsations sont faibles ou absentes dans les artères des membres inférieurs, et la pression sanguine y est diminuée ou même non mesurable.

Mais il importe aussi de rechercher l'absence ou la diminution des pulsations de l'aorte abdominale. Ce signe évitera l'erreur de diagnostic avec l'obstruction de la bifurcation aortique ou des artères iliaques, où les battements de l'aorte abdominale sont conservés.

S. rapporte en détail deux observations où la constatation de ce signe eut une grosse importance pour l'établissement d'un diagnostic correct.

M. Guimbellot.

P. Santy, J. Bret, P. Marion, J. C. Sournia et **J. Sermonard.** — **Traitement chirurgical de la sténose congénitale de l'isthme aortique : indications, technique et résultats. A propos de 20 opérations suivant la technique de Crafoord** (*Lyon Chirurgical*, t. **46**, n° 5, Juil. 1951, p. 513-536 et n° 6, Août-Sept. 1951, p. 648-666, avec 18 fig.).

Sur les 20 malades opérés par Santy et ses collaborateurs, 11 seulement présentaient des troubles fonctionnels liés à la malformation; les 9 autres ont été opérés systématiquement. Ils estiment, en effet, que toute sténose diagnostiquée doit être opérée systématiquement chez les sujets jeunes, avant 30 ans, sauf contre-indication :

1° *Age du malade.* — Avant 10 ans, on peut craindre que l'accroissement du calibre de l'anastomose ne suive pas le développement du sujet, entraînant une nouvelle sténose à l'âge adulte. Après 30 ans, l'athérome de la paroi vasculaire constitue un danger pour la suture.

2° *Lésions associées.* — Parmi les opérés, 7 présentaient une insuffisance aortique, 2 une insuffisance mitrale; ces lésions ne sont pas une contre-indication, mais le rétrécissement mitral en est une, ainsi que l'insuffisance cardiaque.

3° *Renseignements aortographiques* mettant en évidence une sténose trop étendue en longueur ou trop proche de la sous-clavière.

La technique utilisée a toujours été la résection suivie de suture termino-terminale type Crafoord. Jamais la sous-clavière n'a été utilisée selon la technique Blalock, ni une greffe vasculaire. Jamais d'incident anesthésique.

Exposé détaillé et très clair de ces 20 observations avant et après l'opération et des comptes rendus opératoires. Photographies des pièces opératoires.

Mortalité opératoire : 2 cas sur 20, 10 p. 100. Un infarctus mésentérique avec gangrène de l'iléon chez un enfant de 11 ans, le lendemain de l'intervention. Réintervention. Résection du grêle. Décès. 2e décès chez un opéré de 21 ans, 3 jours après l'opération dans un tableau d'hyperthermie.

Résultats. — Les troubles fonctionnels liés à la malformation (céphalées, vertiges, épistaxis) ont disparu 8 fois sur 10. Recrudescence temporaire des troubles neurotoniques : tachycardie, angoisses dans certains cas.

Le souffle systolique a disparu dans 6 cas seulement et persiste dans 11, ce qui s'explique par un rétrécissement orificiel relatif ou par un certain degré de sténose résiduelle au niveau de la suture.

L'hypertension des membres supérieurs a baissé dans 12 cas, est devenue strictement normale dans 6 cas. L'indice oscillométrique des membres inférieurs augmente et celui des membres supérieurs diminue. Les battements des circulations collatérales disparaissent. Le volume du cœur a diminué dans 9 cas sur 16.

J. Mialaret.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

R. H. Sweet (Boston). — **Hernie de l'hiatus œsophagien du diaphragme** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 1, Janv. 1952, p. 1-13, avec 9 fig.).

Ce travail est basé sur 111 cas de hernie de l'hiatus œsophagien du diaphragme, opérés par voie transthoracique. S. remplace l'ancienne classification en hernie avec œsophage court et hernie paraœsophagienne, par la suivante :

1° Hernie par glissement de l'estomac à travers l'hiatus, avec un sac péritonéal antérieur et latéral, mais pas de sac postérieur. C'est le type le plus fréquent, 87,4 p. 100.

2° Hernie parahiatiale, le fondus remontant dans le thorax par un orifice situé en arrière de l'hiatus œsophagien, et séparé de lui par une petite bande musculaire. Il y a un sac péritonéal postérieur mais non antérieur. Fréquence 6,2 p. 100.

3° Hernie par œsophage congénitalement court, qui n'existe en réalité que dans 4,5 p. 100 des cas.

4° Hernie complexe, à la fois par glissement et parahiatiale : 1,8 p. 100 des cas.

S. indique la technique employée pour l'opération, les symptômes, les indications opératoires et les résultats obtenus chez les malades opérés depuis plus de 6 mois, et qui sont au nombre de 108.

Il y a 94 guérisons complètes, 10 partielles, 1 résultat nul, 2 récidives, 1 malade n'a pas été retrouvé.

La voie transthoracique est la meilleure. Dans 21 cas on s'est aidé d'une contre-incision trans-diaphragmatique.

M. Guimbellot.

E. Carsten Astrup et **Ernst Ziesler** (Arendal). — **Hernie diaphragmatique péricardique** (*Acta Medica Scandinavica*, vol. **141**, fasc. 3, Déc. 1951, p. 153-158, avec 4 fig.).

Intéressante observation de hernie rétro-costo-xiphoïdienne; mais était-elle réellement, comme le dit le titre de la communication, intra-péricardique ? L'examen radiologique ne paraît pas en fournir la preuve; quant au protocole opératoire, il ne mentionne pas la présence du cœur dans le sac herniaire. On est en droit de penser qu'il s'agit simplement d'une hernie de la fente de Larrey dont la cure fut menée à bien très facilement par laparotomie médiane.

J. Loygue.

De Matteis. — **Hernie diaphragmatique congénitale droite du foie simulant une tumeur endothoracique** (*Il Policlino* [*Sezione pratica*], vol. **59**, n° 13, 31 Mars 1952, p. 416-420).

Il s'agit d'une malade de 47 ans atteinte de toux fréquente avec expectoration muqueuse accompagnant des douleurs à l'épaule droite : l'examen radiologique du thorax montre, à droite, la présence de deux tuméfactions situées l'une derrière l'autre à la base droite. Malgré une réaction de Casoni négative, on intervint avec le diagnostic de kyste parasitaire.

Il s'agit en réalité d'une tumeur grosse comme le poing à grand axe antéro-postérieur, à surface lisse et d'aspect nettement hépatique. On fit un prélèvement pour examen histologique : il s'agit d'un fragment de tissu hépatique entouré d'une triple couche de tissu connectif ne contenant en aucun point de fibres musculaires provenant du

diaphragme : d'autre part il n'y a nulle part de cellules pigmentaires contenant de l'hémosidérine, ce qui fait exclure une origine traumatique.

On se trouve donc en présence d'une hernie diaphragmatique du foie simple et étranglée due vraisemblablement à une malformation du développement du diaphragme.

OLIVIERI.

G. Meloni (Florence). — **Hernie diaphragmatique étranglée. Intervention. Guérison** (*Bolletino e Memorie della Società Tosco Umbra di Chirurgia*, vol. **13**, fasc. 2, p. 103-112).

Un homme de 61 ans, portefaix, est admis d'urgence ayant été pris dans la matinée de violentes douleurs de siège épigastrique, suivies de vomissements sanglants. En fait les vomissements sont constitués par du liquide de stase contenant des débris alimentaires et du sang dégéré. Deux crises semblables, mais d'intensité moins forte sont signalées dans les antécédents récents.

Les vomissements cessent spontanément le 3e jour.

L'examen radiographique met en évidence « deux sacs gastriques, d'égale dimension. Le sac supérieur se trouve dans le thorax, au-dessus du diaphragme gauche, le sac inférieur au-dessous, et se continue avec le pylore. »

Thoraco-laparotomie avec résection de la 8e côte. On sectionne le diaphragme jusqu'à l'hiatus œsophagien. Le fond de l'estomac s'insinue en haut et vers la droite dans un espace en entonnoir constitué par une zone de diaphragme extrêmement amincie, à laquelle il adhère fortement. On ne peut individualiser un vrai sac herniaire. L'estomac libéré de ses adhérences est ramené dans l'abdomen.

L'œsophage est de longueur normale. On ne trouve pas de cardia avec ses caractères normaux.

On pratique une plastie du diaphragme, de l'hiatus aux insertions costales antérieures.

Suites très simples.

Les commentaires ne sortent pas des généralités.

J. ASSALI.

Ruggieri (Rome). — **Hernie diaphragmatique et anémie** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], vol. **59**, n° 10, 10 Mars 1952, p. 307-314).

Une femme de 67 ans sans antécédents, présente depuis quelques mois une anémie avec anorexie et asthénie : pas de mœlena ni hématémèses. On pose le diagnostic d'anémie biermérienne et on institue pendant 2 mois un traitement intense par extrait de foie. Ce traitement n'amène aucune amélioration.

Un examen hémocytologique fait éliminer toute affection biermérienne : en effet, il n'y a pas d'éléments mégaloblastiques dans la moelle et le chyle gastrique est absolument normal. Il s'agit d'une anémie hypochromique microcytique due certainement à un écoulement hémorragique continu et latent. Une radiographie du tube digestif montre une hernie de la portion haute de l'estomac dans le thorax à travers l'hiatus diaphragmatique avec œsophage long.

On fait alors un traitement martial intense par voie orale et intra-veineuse dont le résultat fut excellent et définitif.

OLIVIERI.

Pagliardi (Turin). — **Etiopathogénèse de l'anémie dans la hernie diaphragmatique de l'estomac (avec présentation de 1 cas)** (*La Riforma Medica*, an. **66**, n° 7, 16 Fév. 1952, p. 169-172).

Un homme de 53 ans, jusque-là bien portant, présente une anémie avec vertiges, asthénie. Un traitement strychno-arsenical amène une amélioration temporaire. 3 ans après, les troubles reparaissent, malgré un traitement actif avec fer et extraits

hépatiques, l'asthénie s'aggrave. La recherche du sang dans les selles est négative. Un examen complet permet d'établir le diagnostic d'anémie hypochromique et sidéropénique par hernie diaphragmatique de l'estomac. Un nouveau traitement fut institué par injections intra-veineuses d'hydroxyde de fer (1,70 g en tout), il donna un très bon résultat. Pendant les derniers mois du traitement, la recherche du sang dans les selles était devenue positive.

OLIVIERI.

G. Marcozzi et **M. Maurizi Enrici** (Rome). — **En matière de pathologie du diaphragme. L'éventration (Problèmes cliniques et radiologiques).** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **29**, fasc. 7, Juil. 1952, p. 413-446).

L'éventration, anatomiquement, est l'expression d'une transformation totale ou partielle du muscle diaphragme en un simple et mince feuillet fibreux, qui conditionne un soulèvement permanent de la coupole diaphragmatique, sans perdre ses insertions normales, sans présenter de solution de continuité, et conservant intact ses revêtements séreux péritonéal et pleural.

Elle est souvent de nature congénitale bien qu'il existe des cas secondaires, en particulier succédant à de gros traumatismes.

La minceur extrême du diaphragme (parfois transparent), le distingue de la *relaxatio* dans laquelle l'épaisseur du muscle est peu réduite. Les radiographies et tomographies après pneumo-péritoine permettent ce diagnostic.

Dans l'éventration, l'affaiblissement de la coupole est dans la majorité des cas limité à une zone, il atteint tout l'hémi-diaphragme dans la relaxation.

Les 5 observations des auteurs, illustrées par de très belles radiographies, concernent toutes des adultes (femme de 60 ans, homme de 56 ans, femme de 40 ans, hommes de 40 et 38 ans).

Dans la première observation (éventration à droite), les symptômes que l'on peut mettre sur le compte de l'éventration sont : douleurs dorso-lombaires, éructations acides, hoquet, dyspnée d'effort et palpitations.

Cette malade était en outre atteinte de bronchiectasie de la base droite, congénitale et par infection de voisinage, favorisant l'éventration, ou bien secondaire au contraire à celle-ci, ou bien simplement concomitante, éventration et bronchiectasie étant l'une et l'autre congénitales, on ne saurait le dire.

La deuxième observation se caractérise par une absence presque complète de signe clinique, si l'on en excepte quelques crises de hoquet loin des repas, et une sensation de pesanteur à la base gauche.

Seuls le pneumo-péritoine et la stratigraphie ont montré que la masse opaque prise lors d'une radio standard pour un néoplasme du poumon n'appartenait ni au poumon, ni à la cavité pleurale, mais représentait la rate en ectopie haute.

L'histoire de la troisième malade commence à l'âge de 5 ans, où elle tomba d'une échelle. Les troubles respiratoires et digestifs d'abord légers et transitoires, ne font que s'affirmer par la suite.

Le diaphragme gauche est amainci et fortement remonté dans l'hémithorax. Le cœur est repoussé vers la droite. L'estomac est attiré vers le haut en volvulus, grande courbure en haut. Le côlon gauche a suivi l'ascension de l'estomac.

Le traumatisme (cal de fracture des 9e et 10e côtes constaté lors de l'opération) a dû aggraver un état de faiblesse congénitale.

L'intervention consiste dans une thoracotomie avec résection de la 9e côte.

On reconnaît difficilement quelques fibres musculaires au niveau du diaphragme. On l'incise et on réduit sans peine les viscères abdominaux non adhérents — et par une série de points au fil de lin, on ferme et on tend la coupole diaphragmatique. On renforce la plastie par un lambeau fibro-périosté pédiculé, séparé des côtes sous-jacentes à l'incision.

Le quatrième malade suivi pour une suppuration pulmonaire (bronchiectasie) présente à la base droite une image arrondie, kystique.

Après pneumo-péritoine, cette image fut trouvée sous diaphragmatique, et pensa-t-on, siégeant sur la convexité du foie. L'exploration chirurgicale fut négative : le foie ne présentait ni kyste, ni déformation quelconque. On nota seulement une éventration diaphragmatique droite.

Le cinquième malade est vu avec le diagnostic de kyste hydatique de l'hémidiaphragme droit (expectoration abondante, crises d'urticaire).

Les radiographies après pneumo-péritoine, démontrent que l'image ovoïde de la base, doit être attribuée à une éventration circonscrite dans la coupole droite. Pas d'intervention.

J. Assali.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

L. Zanetti (Turin). — **Les kystes du mésentère** (*Minerva Chirurgica*, an. **7**, n° 15, 15 Août 1952, p. 563-569).

L'intérêt de ce travail réside dans l'observation qui en est le point de départ, les considérations étiologiques, anatomo-pathologiques, diagnostiques ne sortant pas des notions acquises.

Depuis 1 an, un enfant est sujet à des crises douloureuses dans le flanc gauche, qui vont en augmentant en durée et en fréquence.

Après une angine, les douleurs abdominales réapparaissent s'accompagnant de fièvre, de pollakiurie, d'urines troubles. L'enfant est traité pour pyélonéphrite, les troubles urinaires s'amendant mais les douleurs abdominales persistent.

A l'examen on sent une masse du volume d'un citron, à limites peu nettes, au ras des fausses côtes gauches, et très douloureuse à la pression. L'examen radiologique montre une opacité de forme irrégulière, repoussant vers la gauche le côlon descendant.

Au 3e jour d'observation on doit intervenir d'urgence pour une occlusion intestinale aiguë.

Épanchement séro-hématique dans le péritoine. Le grand épiploon adhère à un bloc d'anses grêles dilatées et agglutinées entre elles. L'une d'elles, de couleur brune, encadre un kyste du mésentère et est le siège d'un volvulus. On est amené à la réséquer sur une longueur de 25 cm.

L'intestin est infarci, et présente une zone de nécrose au niveau du bord mésentérique.

Le kyste dont l'épaisseur de 2 à 5 mm adhère fortement aux feuillets du mésentère qui, vers sa racine, présente une infiltration purulente.

La paroi du kyste est constituée d'un conjonctif fibreux englobant des formations lymphatiques, parmi lesquelles des ganglions parfaitement constitués.

On ne peut individualiser un revêtement épithélial. On incline à penser qu'il s'agit d'un kyste lymphatique.

La guérison est obtenue sans incidents; l'enfant est revu au bout de 2 ans, en bonne santé.

J. Assali.

B. Sherwin et **H. Gordimer** (New-York). — **Sarcome de Kaposi; rapport d'un cas avec manifestation viscérale unique** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 1, Janv. 1952, p. 118-123, avec 6 fig.).

Le sarcome de Kaposi, bien connu des dermatologistes, peut s'accompagner de manifestations viscérales intéressant le chirurgien. S. et G. rapportent l'observation d'un homme de 61 ans, soigné depuis 8 ans pour des lésions cutanées des membres supérieurs et inférieurs. L'apparition de douleurs abdominales, avec fièvre et perception d'une volumineuse masse médiane conduisit à faire un examen radiologique qui montra une large image gazeuse avec niveau liquide. A la laparotomie on constata qu'il s'agissait d'un kyste du volume d'une tête d'enfant, développé dans le mésen-

tère et ouvert dans l'intestin grêle; c'était un sarcome de Kaposi du mésentère avec liquéfaction centrale par nécrose. L'ablation du kyste et du segment avoisinant du grêle amena une guérison momentanée. 3 mois plus tard on dut réintervenir pour récidive des lésions abdominales. La mort survint 1 mois après.

M. GUIMBELLOT.

ESTOMAC

J. J. Bazzano et **T. K. Hood** (San Francisco). — **Volvulus de l'estomac** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 3, Mars 1952, p. 415-420, avec 4 fig.).

Un homme de 60 ans, sans antécédents gastriques, fut pris brusquement de hoquet, de toux, de douleur épigastrique, d'efforts de vomissement. La radiographie montrait une grosse accumulation de gaz. On pensa à une perforation d'ulcus dans l'arrière-cavité. Cependant, un tube de Levin ne put pénétrer dans l'estomac. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un volvulus de l'estomac autour d'un axe suivant la petite courbure; la torsion oblitérait le cardia et le pylore. Une détorsion fut faite; l'estomac commença à se vider par le pylore et on put introduire la sonde par le cardia. Le malade guérit.

A ce propos B. et H. font une revue générale du volvulus de l'estomac, dont ils distinguent 2 types : le volvulus aigu, qui nécessite une intervention rapide; et le volvulus chronique, ou mieux intermittent, qui guérit souvent tout seul, mais récidive. Le volvulus aigu se fait autour d'un axe longitudinal (organo-axial); le volvulus chronique autour d'un axe transversal (mésentérico-axial), les deux extrémités de l'estomac faisant une rotation en sens inverse.

Le traitement est dans tous les cas chirurgical.

M. GUIMBELLOT.

Lunghi (Assise). — **Volvulus de l'estomac** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], vol. **59**, n° 8, 25 Fév. 1952, p. 244-250).

Un homme de 69 ans est pris brusquement de douleurs aiguës de la région épigastrique sans vomissements : les douleurs se calmèrent au bout de quelques heures pour reprendre 2 jours après : cette fois, des vomissements apparaissent et une opération est faite d'urgence.

L'estomac énormément distendu est tourné sur son axe cardio-pylorique de telle sorte que le ligament gastrocolique est antérieur, au contact de la paroi; on aspire 4 l. 1/2 de liquide noirâtre et on replace l'estomac dans sa position normale puis on termine par un accolement de l'estomac dans sa partie basse et médiane au péritoine dans la reconstruction de la paroi.

Les suites opératoires furent normales.

Ce malade présentait une disposition anormale du thorax dont le diamètre xypho-vertébral était nettement raccourci.

OLIVIERI.

C. Crum, C. A. Flood et **G. C. Hennig** (Baltimore, U. S. A.). — **Résultats du traitement médical du cardiospasme idiopathique** (*Gastro-Enterology* vol. **20**, n° 1, Janv. 1952, p. 30-38, avec 2 fig.).

Résultats obtenus par la divulsion forcée du cardia par les voies naturelles chez 72 malades de tout âge dont la dysphagie était plus ou moins ancienne (de 6 mois à 30 ans).

Après une seule dilatation, les malades ont été guéris cliniquement dans la proportion de 82 p. 100, 10 cas traités sans doute trop timidement au début n'ont guéri qu'après 2 ou 3 dilatations. Il n'y a guère que 5 échecs sur 72 cas. Par contre, constamment l'aspect radiologique anormal persiste aux examens ultérieurs.

Il ne semble pas exister de rapport entre l'ancienneté de la dysphagie, le degré de la dilatation œsophagienne et le résultat clinique obtenu.

La méthode est présentée comme inoffensive; pas d'accident, sauf dans un cas où s'est développé un empyème qui fut guéri chirurgicalement.

Les résultats semblent, d'après ce travail, si excellents que l'on ne comprend pas à sa lecture comment un traitement chirurgical de cette affection a pu être envisagé. Cette éventualité n'est pas signalée par les auteurs.

J. Mialaret.

V. J. Downie. — **Hémorragie massive de l'ulcère aigu de l'estomac** (*British Medical Journal*, 5 Juin 1952, p. 24-25).

Six cas d'hématémèse ou de melæna par ulcère gastrique. 2 morts dont l'un des 6 qui n'avait pas été opéré. Après discussion de ces cas, l'auteur conclut en faveur de l'intervention précoce surtout sur les sujets âgés.

C. Nardi.

J. Quénu et **J. Perrotin** (Paris). — **120 gastrectomies pour cancer dont 20 totales** (*Revue de Chirurgie*, an. **71**, nos 5-6, Mai-Juin 1952, p. 129-150, avec 4 graph.).

Cet important mémoire est avant tout un travail de statistique qui porte sur l'opérabilité des cas présentés, le pourcentage des opérations curatrices par rapport aux opérations palliatives, les résultats opératoires immédiates et éloignés, l'importance, dans ces résultats, de certains facteurs : la forme histologique du cancer, son siège sur l'estomac, l'envahissement ganglionnaire, les procédés opératoires; dans l'ensemble les chiffres établis par les auteurs se rapprochent de très près des chiffres publiés par de nombreux chirurgiens étrangers.

Dans cette statistique qui porte de 1925 à Juillet 1951, on remarque, comme dans toutes les statistiques publiées, une très nette amélioration du pronostic dans ces 10 dernières années par rapport à la période 1925-1940. Le cancer est opéré plus tôt, la technique s'est perfectionnée, l'apparition des antibiotiques, des nouvelles méthodes d'anesthésie et de réanimation et la meilleure préparation des malades (réhydratation, relèvement des protides) en sont les raisons principales.

Opérabilité. — Sur 316 cas, 120 seulement ont subi une intervention d'exérèse, 134 une gastro-entérostomie, 62 une laparotomie exploratrice. L'opérabilité a été globalement de 37,9 p. 100. Pour la période 1925-1940, elle n'a été que de 23,6 p. 100, tandis que pour la période 1941-1951, elle a été de 54,3 p. 100.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs sont, en majorité pyloriques, puis situées sur la petite courbure. Dans 11 cas, l'aspect macroscopique était celui d'un ulcère. L'histologie a montré la malignité. Ces ulcéro-cancers siègent toujours sur la petite courbure, aussi est-il indiqué de traiter les ulcères de la petite courbure par gastrectomie. A distance ces cas semblent d'un bon pronostic.

Au point de vue histologique, 80 p. 100 des cas sont des cancers glandulaires. La linite est d'un mauvais pronostic éloigné.

Résultats de 100 *gastrectomies partielles.* — En bloc la mortalité opératoire est de 24 p. 100, mais de 1947 à 1951, elle tombe à 10 p. 100.

Plusieurs causes de ces 24 morts opératoires sont en voie de disparition : choc opératoire, atélectasie pulmonaire, inondation bronchique en fin d'opération, dénutrition. Les procédés de réanimation, l'aspiration bronchique en sont la raison.

Survies éloignées. — Sur 100 gastrectomies partielles, on trouve en vie de 1 à 5 ans après l'opération, respectivement 42 p. 100, 33,8 p. 100, 28,8 p. 100, 23,9 p. 100, 18,3 p. 100 des cas. Mais si l'on exclut les 21 morts opératoires et les 12 malades perdus de vue, on trouve 26 p. 100 de guérisons après 5 ans. On peut résumer ces chiffres en disant qu'environ 30 p. 100 des malades gastrectomisés passent le cap de 5 ans s'ils survivent à l'opération.

Influence de la technique sur les résultats éloignés. — Les auteurs insistent sur la nécessité de résections très larges à droite : ablation de 3 cm de duodénum, résection

du grand épiploon, ablation soignée des ganglions en liant la coronaire à son origine. Si les ganglions sont indemnes à l'examen histologique, le pronostic éloigné est bien meilleur : après 3 ans, 16 guérisons contre 2 si les ganglions sont envahis. Ces progrès de la technique ont permis d'étendre les résections à certains organes voisins.

Résultats de 20 gastrectomies totales. — De 1934 à 1946, mortalité : 75 p. 100; de 1947 à 1951, 25 p. 100. Ce sont les lâchages de l'anastomose qui sont responsables de la plupart des décès (70 p. 100). L'anastomose œso-duodénale n'est pas séduisante (mortalité 50 p. 100). L'anastomose œso-jéjunale sur la convexité de l'anse est la plus employée. L'anastomose en sandwich de Lefèvre a permis à ce chirurgien de pratiquer 61 gastrectomies totales sans une seule désunion. Les auteurs, comme voie d'abord donnent leur préférence à la voie abdomino-thoracique. Ils recommandent de faire une incision transversale sus-ombilicale, oblique vers le haut, qu'ils peuvent, selon les nécessités, prolonger dans un espace intercostal. Ils envisagent la gastrectomie totale sous l'angle de ses indications propres plutôt que sous l'angle d'une opération de principe.

G. Picot.

J. P. West et **J. R. Fenger** (New-York). — **Les résultats de la gastrectomie totale pour cancer de l'estomac** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n°4, Avril 1952, p. 497-499).

W. et F. ont opéré 60 malades de gastrectomie totale pour cancer : il s'agissait de cas où une opération moindre paraissait ne pas devoir enlever toute la lésion.

La mortalité opératoire fut de 57 p. 100 pour les 21 malades opérés de 1938 à 1946, et de 5,1 p. 100 pour les 39 opérés de 1947 à 1951.

16 opérés sont encore vivants, dont 8 opérés depuis moins de 1 an, et 8 depuis une période de 1 à 5 ans.

3 des 50 opérés, qui ont survécu plus de 3 ans, avaient des ganglions envahis au moment de l'opération.

Les opérés qui ont survécu plus de 1 an avaient un état de nutrition satisfaisant, quoique un peu au-dessous de la normale. On n'a pas noté d'anémie importante. 6 opérés avaient repris leurs occupations normales.

M. Guimbellot.

W. M. Capper et **T. J. Butler** (Bristol). — **Étude clinique du syndrome précoce des gastrectomisés** (*British Medical Journal*, p. 265-271, avec 5 fig.).

Laissant de côté les troubles tardifs des gastrectomisés, survenant 2 à 3 h après ingestion d'aliments, les auteurs étudient les seuls syndromes précoces des minutes qui suivent les repas.

Ils l'observent 79 fois sur 660 cas, soit 11,97 p. 100.

Ce syndrome comprend essentiellement : plénitude, pâleur, fatigue, nausées, palpitations, vomissements parfois.

Les troubles surviennent peu de temps après l'intervention et peuvent être très durables, mais disparaîtraient en général en 1 à 2 ans.

La sévérité du syndrome est très variable (31 sur 79 ici et pour Tanner 7/26).

Le syndrome précoce ne s'observerait pas après intervention du type Billroth I, mais après les anastomoses type Polya-Finsterer.

Les auteurs conseillent comme prévention de ce syndrome la suspension opératoire de la bouche par son angle supérieur, et la suspension de l'anse afférente.

Dans les formes graves du syndrome on peut être conduit à intervenir chirurgicalement. Cette suspension est alors pratiquée à titre curatif avec 7 succès sur 8.

G. Nardi.

T. J. Butler et **W. M. Capper.** — **Étude expérimentale montrant l'apparition d'un syndrome précoce chez les gastrectomisés** (*British Medical Journal*, 26 Mai 1951, p. 1177-1181, avec 5 fig.).

Les auteurs citent d'abord les différents facteurs attribués à ce syndrome : la réplétion brutale de l'estomac, puis du grêle; reflux dans l'anse afférente; hyperglicémie

due à la rapide absorption des hydrates de carbone, puis hypoglycémie rapide; gastro-jéjunite.

En fait il y aurait 2 syndromes : l'un, précoce, survenant quelques minutes après l'ingestion d'aliments, l'autre, tardif, survenant 2 ou 3 h après les repas.

Sur 660 gastrectomies partielles, B. et C. trouvent 79 cas de syndrome précoce. Il survient toujours sur des Polya, jamais sur le Billroth I.

Ce syndrome comporte : plénitude gastrique, pâleur, nausées, palpitations, etc.

L'étude expérimentale emploie : la distension jéjunale par ballonnet, une étude radiologique, une étude de la tolérance du glucose, les effets d'une poche à mercure placée dans l'estomac restant, les effets du blocage splanchnique.

En conclusion : les causes du syndrome sont variées :

Distension, dumping.

Le rôle des hydrates de carbone est réel; de même que le reflux dans l'anse afférente.

Le blocage splanchnique montre que le syndrome est plus sous la dépendance du sympathique que du pneumogastrique.

C. Nardi.

Louis T. Palumbo et **Jùmes E. Brennan** (Des Moines, Iowa). — **Résultats de la gastrectomie totale** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 6, Juin 1952, p. 823-830, avec 6 tabl.).

P. et B. apportent les résultats de 20 gastrectomies totales pratiquées par eux entre 1948 et 1951. 13 étaient destinées à traiter un cancer de l'estomac, 3 une gastrite hypertrophique diffuse, 4 un ulcère.

L'intervention fut menée 11 fois par voie thoraco-abdominale, 9 fois par voie purement abdominale (incision transversale); la gastrectomie a été souvent élargie par la résection d'organes adjacents et a été combinée en particulier 8 fois avec une splénectomie. L'anastomose a été 4 fois une anastomose œsophago-duodénale, 8 fois une anastomose œsophago-jéjunale termino-latérale avec entéro-entérostomie complémentaire. 5 fois une petite portion du fondus gastrique a été conservée et anastomosée au jéjunum. 2 fois a été utilisé un tube taillé aux dépens de la grande courbure de l'estomac et raccordé au duodénum.

Il y eut 5 décès post-opératoires : 2 consécutifs à une anastomose œsophago-duodénale, l'un par lâchage des sutures, l'autre par choc. Un autre décès fut consécutif à une anastomose œsophago-jéjunale également par lâchage de la suture. Les deux derniers décès concernaient des cas traités au moyen d'un tube gastrique taillé aux dépens de la grande courbure.

Les auteurs ont l'habitude d'introduire un tube de Lévine à travers l'anastomose pour permettre une alimentation rapide du malade.

A l'heure actuelle 6 malades sont encore vivants. Tous les autres sont morts dans une période de temps allant jusqu'à 28 mois après l'opération. Parmi ceux-ci 7 sur 8 avaient été opérés pour cancer. La cause de la mort chez ces derniers malades fut le fait d'une récidive ou d'une lésion métastatique.

Pour les malades encore vivants la durée écoulée depuis l'opération varie de 7 à 34 mois; 5 malades ont été opérés pour cancer.

Parmi les malades actuellement vivants 4 ont repris du poids, de 1 à 11 kg; 1 seul a une perte pondérale extrêmement importante : 22 kg.

La majorité de ces malades sont astreints à faire de 5 à 7 repas par jour. Un seul présente de la diarrhée et un seul aussi de l'anémie. Un malade accuse un dumping syndrome.

Les auteurs estiment que l'on ne peut pas se faire encore une opinion formelle sur l'importance des désordres physiologiques que détermine la gastrectomie totale et que l'on ne peut pas dire encore si elle est supérieure à la gastrectomie sub-totale dans le traitement du cancer de l'estomac.

Marcel Roux.

H. Hillemand et **L. Maffei.** — **A propos du retentissement sexuel de certaines gastrectomies pour ulcère** (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, 1952, séance du 9 Mai, p. 579-580).

Sur 130 gastrectomies pour ulcère, revues au moins 2 ans après l'opération, les auteurs trouvent dans 35 cas masculins une diminution notable ou une suppression de l'activité sexuelle, teintée d'indifférence. L'inappétence sexuelle ne paraît pas avoir rapport avec l'amaigrissement ni avec d'autres troubles dépressifs. Elle frappe proportionnellement plus souvent les jeunes.

P. Moulonguet.

INTESTIN

J. Driessens, M. Verhaeghe et **A. Clay** (Lille). — **Ulcères multiples primitifs du jéjunum** (*Lille Chirurgical*, an. **7**, n° 39, Juil.-Août 1952, p. 156-164, avec 8 fig.).

Si l'ulcère peptique du jéjunum est assez fréquent et de pathogénie connue, il n'en est pas de même pour l'ulcère primitif. Il est, en effet, exceptionnel et de cause à peu près inconnue.

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 39 ans qui fut longtemps soigné pour un ulcère duodénal. La maladie était typique avec des périodes de calme. La radiographie n'avait jamais montré d'image d'ulcère, mais une dilatation considérable du duodénum et des premières anses grêles avec une stase importante.

Un jour cet homme est pris d'accidents aigus et l'on diagnostique une perforation d'ulcère duodénal. Il est opéré par V. qui ne trouve rien au duodénum ni à l'estomac, mais découvre une perforation sur la première anse jéjunale à 15 cm de l'angle duodéno-jéjunal. Cette anse est le siège de petites nodosités et porte une zone rétrécie. V. pratique la résection de l'anse jéjunale.

On trouve sur la pièce opératoire 6 ulcères dont le proximal est perforé. L'examen histologique de ces ulcères rappelle tout à fait celui des ulcères duodénaux. En aucun point des préparations, on ne retrouve pas de thromboses vasculaires ou de foyers apoplectiques. Les auteurs n'ont pas non plus retrouvé ces îlots de muqueuse gastrique, signalés par certains auteurs. L'aspect des plaques de Peyer est normal et ces formations ne semblent pas constituer un point d'appel pour les ulcérations.

Le malade soulagé pendant 3 mois fut repris de douleurs, de vomissements et d'accidents sub-occlusifs. Il fut réopéré et le professeur Decoulx découvrit une énorme masse inflammatoire au niveau du foyer opératoire de la 1re intervention. Il pratiqua une nouvelle résection de l'iléon, mais, l'hyperchlorhydrie étant particulièrement élevée chez ce malade, il fit une gastrectomie élargie.

L'estomac à l'examen histologique a montré des lésions hyperplasiques banales.

En somme, si au point de vue clinique, la symptomatologie de ces ulcères est identique à celle des ulcères duodénaux banaux, au point de vue anatomique ce sont des ulcères multiples accompagnés d'une hyperacidité gastrique très élevée et dont la structure microscopique est celle des ulcères duodénaux.

G. Picot.

R. Gottlob (Wien). — **Sur la récidive de l'iléus biliaire** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **64**, n° 22, 30 Mai 1952, p. 395-397).

La mortalité primitive après intervention pour iléus biliaire (50 à 80 p. 100) s'explique suffisamment par le long passé biliaire qui a précédé l'accident, l'atteinte hépatique qui en est résultée, et aussi l'âge fréquemment avancé des malades. Il faut connaître en outre les risques de récidive des manifestations occlusives.

Il est logique que les calculs demeurés dans la vésicule suivent la voie empruntée par le premier calcul cause de l'iléus; tous heureusement ne déclenchent pas l'occlusion.

13 cas de récidives vraies, dont 10 après extirpation opératoire du calcul ont été publiés; l'auteur en apporte un 14e, rapidement terminé par la mort.

Comment prévenir ces accidents itératifs ?

Par une palpation attentive de l'intestin au cours de la 1re intervention, et l'ablation systématique des calculs rencontrés, malgré l'aggravation du risque qui en résulte ?

Par la cholécystectomie systématique au cours de l'intervention ? Mais l'état général est souvent si mauvais que l'on n'oserait la tenter;

Par la cholécystectomie secondaire ? oui, peut-être, quand l'état amélioré de la malade le permet.

Mais la rareté même de la récidive n'autorise-t-elle pas à l'abstention ?

R. Gueullette.

E. Benoldi (Milan). — **Les occlusions intestinales par ascaris** (*Minerva Chirurgica*, an. **7**, nº 19, 15 Oct. 1952, p. 738-743).

L'auteur en apporte 4 observations chez des enfants de 7 à 15 ans. Chez tous fut porté le diagnostic d'appendicite aiguë, et dans 3 cas on constata une réaction péritonéale au niveau de la dernière anse iléale. L'obstacle constitué par un peloton d'ascaris siégeait au niveau de la dernière anse iléale dans 2 cas, à 40 cm de la valvule iléo-cæcale dans un autre, à 60 cm dans le dernier.

On put dans 2 cas par expression pousser les ascaris jusque dans le cæcum, et on dut dans 2 autres cas pratiquer une entérotomie après détorsion d'un volvulus pour l'un de ceux-ci.

La guérison fut obtenue dans tous les cas. L'auteur signale l'intérêt que présenterait à titre diagnostique en sus de la numération leucocytaire l'étude de la formule qui, pratiquée après l'opération, a montré, dans tous les cas, une éosinophilie élevée de 15 à 22 p. 100.

J. Assali.

M. Andersen (Copenhague). — **Iléus post-opératoire traité par la sonde de Miller-Abbott associé à l'emploi de l'A. C. T. H.**

Un enfant de 11 ans est opéré d'appendicite aiguë. On trouve un appendice gangrené mais non perforé. Opération simple. 3 jours plus tard, apparaissent des phénomènes occlusifs pour lesquels A. fait faire un examen radiographique. Celui-ci montre un cadre colique élargi et de nombreux niveaux liquides. Une sonde de Miller-Abbott est mise en place et fonctionne assez bien. Mais, après 48 h, on y adjoint une injection quotidienne de 1/2 ampoule d'A. C. T. H., soit 1/2 mgr. Ce traitement suivi pendant 10 jours, amène une sédation complète. L'auteur envisage différentes hypothèses pathogéniques, et tend à préconiser cette méthode comme traitement de choix, ce qui appelle quelque réserve, d'autant que dans son texte il est question d'iléus « mécanique ».

M. Deniker.

F. Bockmann (Blankenburg-Harz). — **Incarcération chronique traumatique du grêle** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, nº 24, 1952, p. 1012-1015, avec 1 fig.).

Un jeune homme de 20 ans est blessé en 1945 d'un éclat d'obus dans l'abdomen; il guérit chirurgicalement d'une perforation intestinale. Il fait successivement en 1946 et 1951, deux abcès pyo-stercoraux traités et guéris par débridement.

Mais 6 mois après le dernier, apparaissent des signes de péritonite, avec arrêt des matières et des gaz, et perception dans l'abdomen d'une grosse masse tumorale, élastique, douloureuse. Une laparotomie au niveau de l'ancienne cicatrice permet de découvrir au milieu d'adhérences, une anse grêle terminale herniée au travers d'un orifice mésentérique, et étranglée; résection et anastomose termino-terminale, suivie de guérison au prix d'un abcès pariétal.

L'anse herniée avait une longueur de 40 cm; ses adhérences à la paroi étaient telles que l'abcès survenant au cours des poussées d'étranglement restait localisé; son débridement levait temporairement l'étranglement, par affaissement de l'anse intéressée. L'orifice mésentérique était étroit, non extensible, à bords tranchants.

R. GUEULLETTE.

Robert O'Callaghan (Kimberley). — **Iléite terminale aiguë** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **60**, n° 1, Janv. 1952, p. 17-19).

Exposé sommaire de 4 observations d'iléite aiguë terminale qui font partie d'une série de 9 cas; l'auteur est intervenu chaque fois et après avoir reconnu la lésion, a pratiqué une appendicectomie. Aucune discussion clinique ni thérapeutique.

J. LOYGUE.

J. G. Gow et **A. Walsh** (Liverpool). — **Perforation aiguë de l'entérite régionale** (*The British Journal of Surgery*, vol. **39**, n° 157, , Mars 1952, p. 445-447, avec 1 fig.).

De cet accident assez mal connu il n'existerait qu'un cas publié (Holligan et Holligan 1937) auquel les auteurs en ajoutent deux nouveaux.

Dans ces 3 cas, il s'agit de syndromes perforatifs aigus, atteignant des sujets de 50 et 60 ans, en parfait état apparent.

Dans le cas III toutefois existaient depuis 2 ans des troubles intestinaux.

Étant donné l'état inquiétant de l'anse atteinte, les auteurs rappelant la gravité de l'entérectomie sur ces malades, conseillent l'iléo-colostomie avec exclusion.

C. NARDI.

R. Jonas (Wien). — **Sur la résection intestinale chez le nourrisson et l'enfant** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **64**, n° 14, 4 Avril 1952, p. 253-256).

La résection intestinale à cet âge est restée longtemps grevée d'une très lourde mortalité, comme en témoignent les statistiques apportées par l'auteur. Il faut revenir aujourd'hui de ce pessimisme, depuis que l'on sait apprécier la valeur de la perte d'eau de l'organisme, des électrolytes, de la concentration protéinique du plasma, de l'hypovitaminose K, depuis que l'on sait combattre le choc et parer aux accidents infectieux. Ainsi les traitements pré- et post-opératoires ont-ils grandement modifié le pronostic, et l'auteur peut aujourd'hui apporter 4 cas de résections chez le nourrisson et l'enfant sans un seul accident. La résection avait été imposée dans 3 cas par une invagination, dans 1 cas par un volvulus du sigmoïde.

J. se réserve 1 ou même 2 h. de préparation à l'intervention : lutte contre la déshydratation au moyen de sérum salé sous-cutané et en goutte à goutte intra-veineux, légèrement hypertonique ou additionné de dextrose, petites transfusions de 30 à 50 cm³, pénicilline, chambre chauffée à 24-25°.

L'opération est conduite simplement, rapidement, sans perte de sang, sur une table chauffée, dans une salle chaude; une anesthésie superficielle à l'éther est suffisante, La technique de résection est celle employée chez l'adulte; les aiguilles, les fils de soie, sont cependant plus fins. L'anastomose est réalisée en latéro-latérale; un large pansement à l'élastoplast est ensuite appliqué.

Après l'intervention, le petit malade est réchauffé; du sérum chaud lui est administré pendant 2 à 3 jours consécutifs; des boissons sucrées lui sont données dès la 6e h; il est remis au sein ou au biberon de lait de femme dès le 3e jour.

L'administration de vitamines C et K, de pénicilline et de streptomycine, de prostigmine complètent la thérapeutique.

R. GUEULLETTE.

J. M. Johnston (Liverpool). — **Résection étendue de l'intestin grêle** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 16, 19 Avril 1952, p. 799-800).

Il s'agit d'un homme de 57 ans qui subit une résection du grêle extrêmement étendue à la suite d'un étranglement interne par bride épiploïque.

La résection fut si large qu'elle ne laissa subsister qu'environ 60 cm de grêle. L'état du malade, qui était extrêmement alarmant au moment de l'ouverture du ventre, s'améliora considérablement dès que la résection de l'intestin gangrené eut été pratiquée.

Les suites opératoires furent relativement simples malgré l'ampleur de la résection et bien que le malade eut de 4 à 5 selles par jour, son état général se releva rapidement. La reprise pondérale atteignait 14 kg 3 mois après l'opération. Il est vrai que le malade fut mis à un régime riche en protéines et en vitamines.

La digestion des graisses s'accomplissait normalement mais l'absorption en était diminuée. La digestion des protéines et des hydrates de carbone se faisait normalement.

D'une façon générale la nutrition s'accomplira d'autant mieux que l'on aura conservé plus de jéjunum.

MARCEL ROUX.

John N. Walton et **Norman D. Lill.** — **Deux cas d'hémorragies de diverticules de Meckel** (*British Medical Journal*, 12 Janv. 1952, p. 88-89).

Voici brièvement les 2 observations :

OBSERVATION I. — Un marin de 27 ans présente une hémorragie intestinale importante en Août 1950. 5 ans auparavant, il avait eu un accident identique. Aucun élément utile au diagnostic ne ressort de l'examen clinique. Une laparotomie de nécessité est pratiquée à cause de la répétition des hémorragies : découverte d'un diverticule de Meckel, exérèse, guérison.

OBS. II. — Homme de 17 ans. Hémorragie rectale. On pense au diverticule et l'intervention confirme le diagnostic. Résection du diverticule. Guérison.
L'étude histologique montre dans un des cas du tissu hétorotope de type gastrique.

C. NARDI.

J. A. Jensen (Tonsberg-Norvège). — **Invagination par diverticule de Meckel avec débris pancréatiques aberrants** (*Nordisk Medicin*, **48**, n° 42, 17 Oct. 1952, p. 1454).

J. rapporte un cas d'occlusion aiguë chez un homme de 46 ans. Tableau clinique typique. Intervention sans diagnostic étiologique précis. Laparotomie exploratrice, sous-anesthésie à l'éther. On tombe sur une invagination du grêle d'une longueur de 0,30 m environ, dans laquelle on sent la présence d'une tumeur du volume d'une noix. Résection en bloc, suivie d'entéro-anastomose. La pièce ouverte, on reconnaît dans la tumeur, le diverticule de Meckel partiellement infarci. L'examen microscopique confirme la structure diverticulaire avec en outre dans la paroi, des îlots de cellules pancréatiques aberrantes très reconnaissables.

M. DENIKER.

Zulian (Bologne). — **Contribution clinique à la chirurgie du diverticule de Meckel (13 cas)** (*La Clinica*, an. **13**, n° 3, 1951, p. 171-191).

La diverticulite de Meckel a été constatée 8 fois chez l'homme et 5 chez la femme; l'âge le plus fréquent est l'âge adulte. Cependant, on a pu la constater chez des sujets âgés chez lesquels elle n'avait antérieurement déterminé aucune réaction.

Cinq fois, le diagnostic porté fut celui d'appendicite aiguë; 6 fois il s'est agi d'une forme avec occlusion intestinale : enfin dans 2 cas le diverticule fut trouvé étranglé dans un sac herniaire.

OLIVIERI.

M. F. A. Woodruff (Aberdeen). — **Perforation spontanée du gros intestin** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 2, Fév. 1952, p. 221-227).

Après un historique rapide des travaux parus sur les diverses perforations du gros intestin, W. analyse 14 cas opérés dans le même hôpital en 3 ans : 11 malades avaient des perforations dues à une diverticulite, l'un d'eux ayant eu 2 fois une perforation : 7 étaient des perforations de très petit diamètre, 5 des perforations larges,

3 malades avaient des perforations au cours de cancer, dont 2 sur la lésion elle-même (sigmoïde, rectum) et 1 sur le cæcum au cours d'un cancer du sigmoïde.

Tous les malades furent opérés. Il y eût 3 décès (21 p. 100).

Dans la perforation par diverticulite, l'opération de Paul-Mikulicz serait l'opération de choix mais elle est rarement possible. Si la perforation est large, le tamponnement avec drainage et colostomie de dérivation doit être pratiqué; si elle est minime, elle peut être suturée, sans dérivation, et avec espoir de guérison rapide. L'auréomycine est très utile.

Dans les perforations par cancer, il y a lieu d'abord de fermer la perforation, si c'est possible, et faire une colostomie proximale; et après quelques semaines de faire une résection.

M. Guimbellot.

L. J. Kleinsasser (Dallas) et **H. Warshaw** (Lubbock). — **Perforation du côlon sigmoïde pendant un lavement baryté** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 4, Avril 1952, p. 560-565, avec 3 fig.).

Un homme de 50 ans, avait une vieille histoire, longue de 29 ans, de rétrécissement rectal avec abcès périrectaux et fistules. Au cours d'un lavement baryté on vit brusquement à l'écran le liquide opaque se répandre dans l'abdomen, en même temps que le malade se plaignait d'une douleur violente, et qu'un état de shock apparaissait. La laparotomie montra sur le côlon sigmoïde, juste au-dessus de la réflexion du péritoine, une perforation de 4 cm siégeant sur une zone indurée. On fit une biopsie des bords de la rupture, et on sutura celle-ci. Il fut impossible de débarrasser l'abdomen de toute la baryte qui s'y était répandue. La biopsie ne montra aucune lésion spécifique. Le malade finit par guérir après de nombreux épisodes d'obstruction intestinale qui nécessitèrent une série d'interventions nouvelles. Cette survie semble en partie attribuable à l'usage des antibiotiques et au maintien de la balance de l'eau et des électrolytes.

K. et W. ont étudié sur des chiens l'action du sulfate de barium injecté dans le péritoine. Il ne produit ni effets toxiques, ni adhérences intestinales marquées, mais seulement des granulomes sur l'intestin. Par contre, s'il est accompagné de matières fœcales, comme dans une rupture du côlon, la gravité réside dans la présence des éléments infectieux.

M. Guimbellot.

William M. Mc Millan (Chicago). — **Considérations chirurgicales sur les cancers du côlon** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° 1, Juil. 1952, p. 86-88).

Dans ce bref article l'auteur marque son accord avec la tendance qui prévaut actuellement de façon à peu près générale :

Hémicolectomie droite pour toutes les lésions du côlon droit.

Hémicolectomie gauche c'est-à-dire exérèse de tout le segment du côlon qui s'étend de la partie moyenne du transverse au sigmoïde pour les tumeurs de l'angle gauche et du descendant — amputation abdomino-périnéale selon le schéma de l'opération de Miles pour la plupart des localisations rectales — résection par voie purement abdominale pour les lésions sigmoïdiennes basses et les lésions recto-sigmoïdiennes.

Pour ce qui concerne les lésions du transverse l'auteur conseille une résection large avec anastomose termino-terminale.

Marcel Roux.

F. A. Coller, R. H. Lillie, M. Bryant et **W. E. Brown** (Ann Arbor et Milwaukee). — **Cancer du rectum** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 6, Juin 1952, p. 841-852).

Ce travail est une étude statistique sur les résultats éloignés de 1064 cas de cancers du rectum, soignés de 1935 à 1945. Après 5 ans, 28,4 p. 100 étaient encore vivants, et ce chiffre monte à 54,6 p. 100, si on élimine les cas désespérés à leur entrée.

553 malades constituaient des cas non désespérés et ont été traités, 27,3 p. 100 étaient vivants après 10 ans, et même 32,3 p. 100 si on ne tient pas compte des malades décédés entre 5 et 10 ans par une autre cause que leur cancer.

435 résections abdomino-périnéales faites pour des lésions ayant des chances de guérison, et en tenant compte de la mortalité opératoire, ont donné 55,6 p. 100 de survies de 5 ans. Sur 74 résections antérieures de cas analogues, il y en eut 66,2 p. 100, mais la localisation de la lésion était évidemment plus favorable.

Après les abdomino-périnéales, il y eut récidive au delà de 5 ans dans 29 cas.

Il ne paraît pas logique aux auteurs de pratiquer dans le cancer du rectum une opération moins étendue que l'abdomino-périnéale.

M. Guimbellot.

E. Ebner (Saint-Pölten). — **La résection abdomino-anale avec conservation de la continence, dans le cancer du rectum** (*Wiener Klinische Wochenschrift*, vol. **64**, n° 17, 25 Avril 1952, p. 300-302).

Après avoir passé en revue les étapes de la chirurgie rectale, E. souligne l'intérêt considérable de la conservation sphinctérienne, envisage les voies d'abord possibles et critique sévèrement la voie sacrée, pure ou associée.

A son sens, l'opération idéale doit permettre :

De juger de l'opérabilité (d'où la nécessité d'une bonne exploration abdominale); de conserver le sphincter, de respecter le périnée (ce qui ne peut être fait qu'en gardant intacts, sacrum et coccyx); d'agir en un seul temps; de ne pas dépasser les taux de mortalité les plus bas.

L'opération abdomino-anale serait seule capable de respecter ces impératifs. L'auteur en étudie et discute les diverses modalités.

1° L'opération de Bacon-Babcock a une mortalité réduite (4,9 p. 100); on peut lui reprocher l'absence de fermeture du péritoine pelvien et le risque d'étranglement du grêle qui en résulte, les troubles de la continence dus à la suppression de la muqueuse anale, les dangers de rétraction de l'anse colique et de sténose.

2° L'abaissement trans-anal du bout supérieur temporairement oblitéré, après résection de la tumeur par voie abdominale : technique simple, péritonisation facile, continence meilleure; mais possibilité de sténose circulaire au niveau de l'extrémité supérieure du moignon anal, nécessitant des dilatations prolongées; E. l'a réalisé 3 fois, il a eu 3 sténoses secondaires.

3° L'opération d'Oppolzer (proche de l'invagination de Hochenegg); après mobilisation de l'anse et résection de la tumeur, le bout supérieur est abaissé à travers le moignon anal éversé, la suture circulaire est faite par en bas; ici encore la muqueuse anale demeure, le péritoine est refermé, l'abaissement est facile puisque la tumeur n'est plus là; E. a réalisé 15 fois cette opération avec de bons résultats immédiats sans fistules.

4° A côté de ces interventions abdomino-anales, il faut placer la résection abdominale pure, suivie de suture circulaire ou latéro-terminale, intra-pelvienne; elle ne peut évidemment être tentée qu'en présence d'un bout supérieur suffisamment long pour éviter toute traction; aussi bien, est-elle rarement indiquée, grave, difficile, dangereuse.

Ces différentes techniques peuvent d'ailleurs se combiner.

Les méthodes modernes de traitement pré- et post-opératoire en ont largement étendu les indications, et E. estime que l'on doit y recourir le plus souvent possible.

En ce qui le concerne, il donne la préférence aux techniques 1 et 2.

R. Gueullette.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

A. Brunschwig et **R. R. Smith** (New-York). — **Volumineux hémangiome du foie** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 1, Janv. 1952, m. 124-126, avec 3 fig.).

B. et S. rapportent l'observation d'une négresse de 53 ans, présentant depuis plusieurs années une tumeur de l'hypochondre droit à évolution progressive. Elle fut opérée et on trouva un volumineux hémangiome du lobe droit du foie adhérent à la vésicule biliaire et aux organes voisins. Une fine ligne de démarcation existait entre le tissu de la tumeur et le tissu hépatique. Après avoir circonscrit l'implantation de la tumeur par une série de sutures au catgut, l'hémangiome put être enlevé, en même temps que la vésicule biliaire adhérente. Les vaisseaux furent pincés et liés et on laissa un tamponnement pendant 48 h. La tumeur pesait 1650 g. Grâce à d'abondantes transfusions en cours d'opération, la malade guérit.

M. Guimbellot.

H. Wilson et **W. T. Tyson** (Memphis). — **Hémangiomes massifs du foie** (*Annals of Surgery*, vol., **135** n° 6, Juin 1952, p. 765-774, avec 4 fig.).

Après une rapide revue générale des hémangiomes du foie, W. et T. apportent 3 observations personnelles. Dans les 3 cas il s'agissait de femmes; elles avaient 53, 34 et 44 ans. Dans les deux derniers l'hémangiome, volumineux, siégeait sur le lobe gauche, et put être enlevé par section en tissu hépatique normal, après hémostase préventive par une série de points en U.

Chez la femme de 53 ans qui présentait de l'ictère avec fièvre et un foie très augmenté de volume dans toute son étendue, la laparotomie montra que l'hémangiome envahissait la totalité du foie et que par conséquent toute exérèse était impossible. 6 mois après cette exploration on fit un traitement radiothérapique, qui amena une diminution du volume du foie et une légère amélioration de l'ictère.

M. Guimbellot.

K. Aterman (Birmingham). — **Quelques facteurs locaux de la restauration du foie du rat après hépatectomie partielle** (*A. M. A. Archives of Pathology*, vol. **53**, n° 3, Mars 1952, p. 197-226, avec 5 fig. et 4 tabl.).

Dans une étude très consciencieuse, mais dont le caractère technique n'autorise pas qu'il en soit rendu compte longuement, l'auteur passe en revue les modifications histologiques du parenchyme hépatique après hépatectomie, associée à des phases de jeûne plus ou moins prolongé.

La teneur en glycogène subit, dans ces conditions, des variations très importantes qui sont analysées. Les granulations cellulaires, mises en évidence par la coloration de Hotchkiss, ont tendance à devenir vacuolaires; il y a de grosses modifications des cellules de Kupffer et des membranes basales limitant les trabécules hépatiques.

Tous ces changements surviennent en des temps très brefs, démontrant l'intensité des phénomènes régénératifs qui suivent l'hépatectomie partielle.

L'auteur pense que la régénération des cellules hépatiques est sous la dépendance étroite de modifications des membranes basales et des parois vasculaires. D'autre part, il y a une analogie morphologique indiscutable entre certaines de ces modifications, telles que la vacuolisation des granulations cellulaires, dans des circonstances apparemment aussi différentes que l'anoxie et la régénération après hépatectomie partielle.

De telles études permettent de reconsidérer la physiopathologie du foie et, à ce titre, ne peuvent, dans la période actuelle, laisser les chirurgiens indifférents.

P. Moulonguet.

F. V. Flynn et **J. M. Walshe.** — **Étude de la fonction hépatique chez l'homme avant et après une résection partielle du foie** (*British Medical Journal*, 30 Juin 1951, p. 1484-1486, avec 3 tabl.).

A l'occasion d'une résection du lobe gauche pour une hémorragie survenue au niveau d'un nodule hépatique qui se montra être cancéreux primitif, la résection emporta 16 p. 100 de tissu hépatique.

Les tests pratiqués furent : la protéinémie, tests de floculation : Thymol, rouge colloïdal, céphalin-cholestérol; l'étude des acides aminés du plasma et de l'urine; étude de l'urobiline.

En conclusion : seuls les tests de floculation et l'excrétion d'urobiline ont montré des altérations en rapport avec la résection. L'étude des problèmes et des acides aminés montre des modifications qui ne peuvent être attribuées à l'hépatectomie partielle.

C. Nardi.

A. I. Chenoweth (Birmingham). — **Premiers résultats après ligature thérapeutique de l'artère hépatique** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 6, Juin 1952, p. 756-764).

La ligature de l'artère hépatique amène une chute de la pression portale, et par conséquent, peut être utilisée pour le traitement de la cirrhose du foie et de ses complications : ascite, varices œsophagiennes.

C. apporte 2 observations de cirrhose, avec hémorragies très abondantes par varices œsophagiennes et ascite, qui furent traités de cette façon. Il s'agissait d'un homme de 38 ans et d'une femme de 43 ans; le traitement médical, les transfusions avaient été impuissantes à arrêter les hémorragies, et les deux malades étaient dans un état d'anémie extrême. La ligature de l'artère hépatique fut pratiquée près de son origine sur le tronc cœliaque. Chez la seconde malade on y ajouta une ligature de l'artère splénique, la rate étant très volumineuse, alors qu'elle était normale chez l'homme. Chez les deux malades l'artère hépatique était le siège d'un thrill très fort sur toute sa longueur. Les hématémèses et le melæna disparurent. L'ascite, d'abord augmentée chez le premier malade, disparut complètement et on n'en trouvait plus trace quelques mois après l'opération.

M. Guimbellot.

Alejandro Urzua, U. — **Cholécystites aiguës** (*Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile*, t. **2**, n° 3, Sept. 1950, p. 226-234).

Étude de 100 cas, dans l'espoir de parvenir à préciser l'indication thérapeutique et particulièrement l'opportunité de l'intervention d'urgence.

Après l'exposé des habituels arguments pour et contre l'intervention immédiate, ce travail met en évidence une fois de plus les difficultés de ce choix, en raison de la diversité des cas suivant l'âge, les antécédents, l'état général, l'existence ou non d'ictère, l'appréciation individuelle de la gravité. Il est vraisemblable qu'il ne s'agit pas de malades analogues, lorsque dans des statistiques portant sur un nombre égal de cas, la mortalité varie entre 0 et 20 p. 100.

La date de l'intervention qui peut être considérée comme immédiate ou précoce par le chirurgien lorsqu'il voit le malade, mais être, en réalité, relativement tardive par rapport au début des accidents, complique encore l'examen des chiffres et une statistique de 100 cas s'effrite en sous-catégories légères.

Les conclusions générales de ce travail confirment les notions de plus en plus habituellement admises :

1° Il n'existe pas de relation constante entre la gravité de la symptomatologie et celle des lésions anatomiques.

2° Les antibiotiques améliorent le tableau clinique et non les lésions anatomiques. Ils n'évitent pas toujours les complications. Ils ne doivent être employés que si l'on a décidé d'intervenir chirurgicalement.

3° Les malades qui, en 1 ou 2 jours, ne présentent pas d'amélioration spontanée évidente doivent être opérés immédiatement.

4° Dans le cas contraire, on peut attendre, mais il faut attendre longtemps un refroidissement réel. La période la plus dangereuse pour opérer se situe entre le 10e et le 30e jour.

5° Il y a dans l'ensemble intérêt à intervenir très précocement, non pas systématiquement, mais le plus fréquemment possible, chaque fois qu'il n'existe pas de contre-indication manifeste.

Mortalité de 100 cas (dont 61 interventions tardives, 3 p. 100). Mortalité des interventions immédiates et précoces (jusqu'au 7e jour après le début de la crise), 20 cas, 2 morts, 10 p. 100).

J. Mialaret.

N. Latteri (Palerme). — **Sur la perforation de la vésicule calculeuse en péritoine libre** (*Minerva Chirurgica*, an. **7**, n° 13, 15 Juil. 1952, p. 527-532).

A propos d'un cas personnel, l'auteur fait une revue générale de la question sans apporter de vues nouvelles.

Son observation concerne un homme de 41 ans, sans autres antécédents que deux crises douloureuses aiguës de la fosse iliaque droite prises pour des crises d'appendicite.

Il est vu à l'occasion d'une troisième crise et opéré d'urgence pour péritonite aiguë d'origine appendiculaire. L'intégrité de l'appendice, la présence de bile dans le péritoine permettent de rectifier le diagnostic. L'incision est prolongée vers le foie, et l'on découvre une perforation de la vésicule près du col, par laquelle se sont échappés quelques calculs. On pratique la cholécystectomie. Guérison.

La vésicule contenait encore sept calculs à facettes.

L'examen histologique met en évidence tout autour de la perforation, un processus inflammatoire aigu auquel doit être attribuée la nécrose localisée de la vésicule. On ne peut dans le cas particulier, retenir le facteur mécanique sinon comme cause adjuvante possible.

J. Assali.

E. P. Coleman et **D. A. Bennett** (Canton, Illinois). — **Syndromes douloureux post-cholécystectomies traités par la vagotomie** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **17**, n° 6, Juin 1952, p. 865-871).

Étudiant les suites d'un ensemble de 487 cholécystectomies, les auteurs remarquent que dans 68 cas les résultats ne furent pas satisfaisants.

Le syndrome le plus habituel après ces cholécystectomies inefficaces est un syndrome douloureux plus ou moins sévère, persistant. De nombreuses étiologies peuvent être retrouvées à l'origine de ces phénomènes. Les auteurs appellent en particulier l'attention sur la possibilité de lithiase cholédocienne méconnue en cours d'intervention (12 cas : pour 4 cas, 2 réinterventions successives furent nécessaires) et sur la persistance d'un moignon cystique anormalement long, pouvant parfois contenir des calculs (8 cas). La pancréatite n'était à incriminer que dans 4 cas.

D'autres fois une erreur de diagnostic a conduit à pratiquer une cholécystectomie et l'on ne s'étonne pas alors de voir l'intervention demeurer sans effet. Dans un petit nombre de cas une dyskinésie a été à l'origine du syndrome douloureux. Elle intéresse d'ordinaire la région du sphincter d'Oddi et peut être traitée avec succès par la vagotomie au niveau du ligament hépato-duodénal comme l'illustrent 5 observations des auteurs.

En conclusion les auteurs pensent qu'il faut recourir à la cholangiographie peropératoire le plus souvent possible. On peut déplorer qu'ils se privent de la précieuse ressource que constitue la méthode manométrique appliquée aujourd'hui de façon courante en France.

Quelques références bibliographiques à l'exclusion, bien entendu, des travaux français.

Marcel Roux.

G. Gili (Turin). — **Sur un cas de dilatation kystique du cholédoque (Note clinique)** (*Minerva Cirurgica*, an. **7**, n° 14, 31 Juil. 1952, p. 539-541).

Il s'agit d'une affection congénitale selon la théorie la plus couramment admise. La dilatation est provoquée par les augmentations de pressions à l'intérieur d'un canal déficient.

Lésion assez rare du reste (Shallow, 1946, faisant une revue générale de la bibliographie en relève 190 cas), et dont le diagnostic a été rarement porté avant l'intervention.

L'observation de l'auteur concerne une fille de 14 ans, qui à l'âge de 11 ans, fut opérée pour un ictère avec coliques hépatiques répétées. On pratique, semble-t-il, une cholécysto-duodénostomie.

L'amélioration ne dura que 1 an, et aux troubles antérieurs réapparus, s'ajoutèrent des douleurs épigastriques s'irradiant dans le dos, sans horaire déterminé.

L'examen clinique est négatif. L'examen radiographique met en évidence une image de type diverticulaire du genu superius.

On opère avec le diagnostic *d'angiocholite ascendante chez une ancienne opérée pour malformation des voies biliaires.*

Vésicule bilobée. Cholédoque dilaté du volume d'une mandarine.

On ne peut préciser la nature de la première intervention, le cholédoque dilaté adhérant solidement au duodénum. On pratique une cholécysto-duodénostomie et une gastrectomie (Polya), à cause d'une intense périduodénite et pour éviter le reflux alimentaire duodéno-cystique.

Revue quelque temps après, la malade se déclare guérie.

La dilatation du cholédoque fut une découverte opératoire. La cholangiographie fut jugée superflue. On put isoler en effet une ectasie sacciforme du cholédoque, n'intéressant qu'une partie du canal.

L'intervention pratiquée a été choisie à cause de sa simplicité et de son efficacité s'opposant aux difficultés de reconstitution de la voie biliaire principale après résection, et assurant un écoulement facile de la bile dans le duodénum.

J. Assali.

A. Plenk et **H. Hartl** (Linz). — **Considérations sur la cholédoco-duodénostomie supra-duodénale systématique dans le traitement des calculs du cholédoque** (*Journal International de Chirurgie*, t. **9**, n° 5, Sept.-Oct. 1949, p. 421-434).

Depuis 11 ans, 95 cholédoco-duodénostomies ont été systématiquement réalisées dans la cure des oblitérations cholédociennes par calculs, avec 2 décès.

L'intervention n'a pas toujours été radicale et l'extirpation des calculs n'a pas toujours été réalisée.

Les résultats éloignés semblent bons.

Des conclusions analogues se dégagent d'une statistique globale tirée de la littérature allemande.

R. Sauvage.

W. Budde et **G. Rothe** (Halle). — **Le drainage transduodénal des voies biliaires à la Vœlcker** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 25, 1952, p. 1042-1047).

Après avoir rappelé la technique de drainage de Vœlcker, et précisé dans quelles conditions son auteur avait été amené à la pratiquer pour la 1re fois, B. et R. rapportent 4 observations personnelles, dont 2 concernent des blessures accidentelles du cholédoque au cours de cholécystectomies, les 2 autres des fistules biliaires consécutives à la même intervention. Chez ces 4 malades, le drainage de Vœlcker a permis la réparation de la voie principale, suivie sans incidents de guérison parfaite.

Toutes les fois qu'il est possible, il est à préférer au drain en T, dont l'ablation, si court que l'on ait coupé les branches transversales, risque de léser la voie billaire ou d'abîmer les sutures.

Les conditions au drainage à la Vœlcker sont moins favorables si l'on a été amené à inciser largement le duodénum en vue d'intervenir sur la papille (2 observations relatées, l'une terminée par la fistulisation et la mort, l'autre suivie de guérison).

Le pronostic opératoire est particulièrement sévère, lorsque les voies biliaires étant très gravement lésées, il est impossible d'en effectuer la réparation, et que l'on doit se contenter d'une anastomose bilio-duodénale ou bilio-jéjunale; dans 7 cas de cette espèce, le drainage trans-duodénal a pu être utilement employé par les auteurs.

Trouvant son indication dans tous les types de réparations latérale ou circulaire de la voie principale, aussi bien que dans les opérations restauratrices, le drainage trans-duodénal impose cependant une incision duodénale très courte, une parfaite et longue tunnellisation de la sonde, à la Witzel, une bonne mise en place de celle-ci dans sa traversée de la paroi abdominale afin d'éviter toute coudure ou inflexion.

R. GUEULLETTE.

PANCRÉAS

R. S. Silvis (Marine américaine). — **Pancréas annulaire** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 2, Fév. 1952, p. 278-283, avec 4 fig.).

25 cas seulement de pancréas annulaire ont été opérés et publiés jusqu'à ce jour. S. en rapporte un 26e cas.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, se plaignant de troubles dyspeptiques depuis 2 ans : douleurs, vomissements, etc., sans troubles de l'état général. L'examen radiologique montra une obstruction de la 2e portion du duodénum. Le diagnostic hésita entre cancer et pancréas annulaire, bien que le bon état général, l'aspect de la déformation aurait dû faire éliminer le cancer. L'opération montra, en effet, un anneau de tissu pancréatique enserrant la 2e portion. Cet anneau fut sectionné, réséqué sur 3 cm et ses deux extrémités furent fermées par des sutures. L'examen histologique montra que le tissu de l'anneau présentait une pancréatite interstitielle chronique. Une fistule pancréatique apparut les jours suivants, mais guérit par injection de peptone dans le trajet avec aspiration continue. 1 an plus tard la guérison persistait.

Sur les 26 cas publiés il y avait 17 hommes et 9 femmes. Il y eut 4 morts et 22 guérisons.

M. GUIMBELLOT.

B. Albertini (Ancône). — **Étude anatomo-chirurgicale des pseudo-kystes du pancréas** (*Archivio Italiano delle Malattie dell' Apparato digerente*, vol. **18**, fasc. 11, 1952, p. 119-150).

A l'occasion d'un cas personnel, l'auteur expose les classifications proposées, le développement macroscopique des pseudo-kystes et les méthodes de traitement. Le traitement peut ainsi se schématiser :

Pour les pseudo-kystes, la marsupialisation est indiquée, le drainage cysto-viscéral peut être admis, si le kyste a contracté de telles adhérences avec le viscère voisin (estomac, jéjunum, côlon), qu'aucune suture ne soit nécessaire;

Pour les kystes vrais au contraire, la marsupialisation entraînerait fatalement une fistule inguérissable. Le drainage cysto-viscéral est une nécessité.

La malade est une femme de 41 ans qui, depuis 10 ans, fait des crises de coliques vésiculaires. Elle est traitée pendant une semaine pour une crise plus violente avec fièvre, et on porte le diagnostic de pancréatite.

Revue 1 an plus tard, elle présente dans la partie haute de l'abdomen une tumeur, molle, légèrement mobile, débordant de l'épigastre vers l'hypocondre gauche.

L'estomac est repoussé vers le haut par la dite tumeur, et la 3e portion du duodénum se montre comprimée.

A l'intervention, le pseudo-kyste du volume d'une tête de fœtus, fait saillie entre

l'estomac et le côlon transverse. On aspire environ 3 l de liquide couleur café au lait.

La vésicule biliaire est pleine de calculs. Cholécystectomie. Le kyste est marsupialisé.

L'examen histologique d'un fragment le montre constitué d'une couche de tissu conjonctif, avec infiltrat lympho-hystiocytaire, et totalement dépourvu de revêtement endothélial.

Le drainage donne issue à un liquide abondant et à des fragments nécrotiques. La cicatrisation est totale au bout de 1 mois.

1 an plus tard, la malade est considérée comme complètement guérie.

(Travail illustré de 25 figures.)

J. Assali.

A. Sarra (Trévise, Service du professeur O. Sacerdote). — **Les kystes du pancréas** (*Chirurgia Italiana*, vol. **6**, fasc. 4, Juil.-Août 1952, p. 272-282, avec 1 fig.).

Les auteurs reprennent avec minutie l'étude des cas publiés de kystes du pancréas et brossent un tableau d'ensemble de cette affection rare. Deux observations personnelles : Le premier kyste fût observé plusieurs mois après un violent traumatisme de l'hypocondre gauche. L'exploration décela une tuméfaction sessile, dont la paroi interne seule put être (et encore partiellement) enlevée. Le pédicule était large, trop vasculaire pour qu'une exérèse puisse être tentée sans danger. L'opération fut terminée par une marsupialisation de la poche dont l'écoulement externe se tarit en 1 mois. Examen histologique : Kyste de nature inflammatoire chronique, aspécifique. On se demande d'ailleurs jusqu'à quel point il ne s'est pas agi de l'organisation d'un hématome.

2e cas : femme de 39 ans, souffrant depuis 1 an de troubles dyspeptiques intermittents. Masse cliniquement perçue dans l'hypochondre gauche. A l'intervention, découverte d'un kyste parfaitement clivable d'avec le reste du pancréas. Suites parfaites.

L'auteur conclut à la variabilité de la pathogénie et des possibilités thérapeutiques dans ces cas de « kyste du pancréas » où l'on groupe des faits assez disparates.

Louis Barraya.

GLANDE SURRÉNALE

G. Querreri d'Antona (Pérouse). — **La sclérose surrénale dans l'hypertension artérielle expérimentale** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **29**, fasc. 9, Sept. 1952, p. 551-554).

L'influence d'un facteur endocrinien surrénal ne peut s'exclure, en l'état actuel de nos connaissances. Il est difficile de préciser le rôle de la corticale et de la médullaire, sur le maintien de la tension artérielle dans les limites normales et sur le mécanisme de l'hypertension.

Sur les chiens, on enveloppe les deux reins d'une lame de cellophane, dans le but de créer une hypertension artérielle. 1 mois plus tard, on procède à la mesure des tensions artérielle et veineuse, à l'électrocardiogramme, à l'examen du fond d'œil, et on injecte à 10 jours d'intervalle dans une glande surrénale, puis dans la glande du côté opposé, 4 cm³ de salicylate de soude à 40 p. 100.

Tous les animaux ont bien supporté ces interventions et au bout de plusieurs mois on peut considérer les résultats obtenus comme définitifs : pressions maxima et minima ont rapidement et parallèlement baissé après l'injection intra-surrénale, et reviennent aux chiffres antérieurs à la création de l'hypertension.

La pression veineuse qui augmente après l'enveloppement des reins, voit son niveau monter encore après la sclérose de la médullaire surrénale.

En résumé, intervention bénigne et efficace mais qui n'est pas sortie du domaine expérimental.

J. Assali.

H. J. C. Swan. — **Phéochromocytome surrénalien avec hypertension** (*British Medical Journal*, 3 Mars 1951, p. 440-444, avec 3 fig.).

Court aperçu historique sur la connaissance de cette lésion, puis de ses tests pharmacodynamiques. C'est à propos d'un cas opéré que S. reprend cette question.

Il s'agissait d'un sujet de 42 ans, sur lequel fut découverte une hypertension que l'on crut d'abord essentielle. Surrénalectomie gauche. La tension artérielle est ramenée de 24,14 à 12,5,8. La tumeur pesait 350 g. Une étude des taux d'adrénaline et de noradrénaline donne respectivement 85 et 875 par gramme de tissu.

L'intervention a guéri le malade. L'intérêt du cas tient à l'emploi de noradrénaline dans le traitement du collapsus post-opératoire avec un succès spectaculaire.

De ces faits, l'auteur propose l'étude de tests diagnostics: certaines substances : l'histamine, le tétraéthylammonium, le méthacholine devant déclencher une brusque crise d'hypertension, mais non sans risque. A l'opposé existent des substances : dibénamine, dihydroergo-kryptine, pipéridyl-méthyl-benzodioxane qui peuvent bloquer l'adrénaline. De ces substances, la meilleure est la piperoxane qui permet le diagnostic du phéochromocytome. On s'aidera également de la recherche dans l'urine de substances adrénaliniques.

C. Nardi.

C. A. Kuehn et **J. N. Arthur.** — **Diagnostic et traitement des phéochromocytomes** (*Journal of Urology*, vol. **68**, n° 2, Août 1952, p. 413-422).

Observation I. — Homme de 31 ans consulte en Novembre 1949 pour des céphalées intermittentes datant de 6 ans et une baisse progressive de la vue depuis 4 mois. Les céphalées surviennent par crises de 2 h et s'accompagnent de transpirations profuses. La tension artérielle est à 190 136 au bras droit, 200 140 au bras gauche, et 260 aux membres inférieurs. Rétinite hypertensive bilatérale. Cœur normal. Urée : 0,37 à 0,74. Phénol-phtaléine : 31 p. 100 en 1 h. Métabolisme basal — 19. Electrocardiogrammes : ondes T anormales. Pyélographie bilatérale normale. Scoliose lombaire à convexité droite.

On fait le diagnostic probable de phéochromocytome et on injecte par voie intra-veineuse 400 mg de chlorure de tétraéthylammonium : la tension artérielle passe de 180 140 à plus de 260, transpiration profuse, aphasie. La tension retombe à la normale 1 4 h plus tard. 4 jours après cette épreuve, crise douloureuse lombaire droite, nausées, hématurie, la tension artérielle est à 225 190, la cécité presque totale. 9 jours plus tard, injection intra-veineuse de 18 mg de chlorhydrate de pipéroxane : la tension artérielle qui était à 154 112 n'est pas modifiée; 2 jours plus tard, injection intra-veineuse en 70 mn de 500 mg de dibenamine : chute tensionnelle en 110 mn de 170/110 à 90/70.

On explore par incision thoraco-abdominale la glande surrénale droite; elle est normale; 20 jours plus tard, opération à gauche et extirpation d'une glande surrénale de 7 cm × 5 cm × 3 cm. La tension artérielle tombe à 60 50 après la surrénalectomie, malgré l'injection intra-veineuse de néosynéphrine et d'adrénaline.

Revu 6 mois après l'intervention, l'opéré a une tension artérielle à 130 80, l'acuité visuelle très faible, l'état général excellent, plus de céphalées ni de crises sudorales. L'examen histologique de la glande enlevée montre qu'il s'agit d'un phéochromocytome.

Obs. II. — Homme de 24 ans, consulte pour hydrocèle. Il signale qu'en 1946, à l'occasion d'une opération sur l'œil droit, il a présenté des accidents cardiaques. La tension artérielle est de 130,170 en position debout, à 190 140 en position couchée. Le pouls passe simultanément de 120 à 78. Les examens biologiques pré-opératoires sont négatifs. La pyélographie montre une anomalie de rotation des reins.

Intervention sous rachianesthésie (pontocaïne 8 mg intra-arachnoïdiens, sulfate d'éphédrine, 25 mg sous-cutanés). La tension artérielle passe de 160 110 à 280 120 en 15 mn, à plus de 300 en 30 mn, pour retomber à 90 70 2 h plus tard; il est vraisemblable, comme le montrera un électrocardiogramme, qu'il se soit produit un infarctus du myocarde.

On pratique une injection intra-veineuse de 5 c 100 de milligrammes d'histamine: la tension artérielle passe en 2 mn de 138,86 à 162 100 pour retomber à la normale en 10 mn. Epreuve de l'immersion des mains dans l'eau glacée : négative.

On revoit le malade 3 mois plus tard : l'électrocardiogramme montre une altération du ventricule gauche. Test au tétraéthylammonium : la tension artérielle passe de 132 96 à 196 40; puis 210 136. Test à l'histamine (0,025 mg) : la tension artérielle passe de 140 102 à 178,134. Test au chlorhydrate de pipéroxane : négatif. Test au mécholyl par injection sous cutanée : négatif. La tomographie après insufflation périrénale gauche montre une ombre de 4 cm de diamètre.

Intervention chirurgicale; incision en T avec une branche horizontale le long du 11e espace intercostal et une branche verticale au bord externe du grand droit. Ablation d'une glande surrénale mesurant 6,5 cm × 4 cm × 2 cm. La tension artérielle passe de 120 78 à 100 70 puis 80/55 enfin 112/65 2 h plus tard.

L'opéré est revu plusieurs mois plus tard en excellente santé. Les tests sont négatifs. L'examen histologique de la glande enlevée : phéochromocytome.

Suit un bref exposé de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement.

Pierre Aboulker.

APPAREIL URINAIRE

M. Rautureau et **R. Le Bihan** (Marine). — **Le pneumo-rétro-péritoine dans le diagnostic du phlegmon périnéphrétique** (*Journal d'Urologie*, **58**, n° 1-2, 1952, p. 29).

Les signes radiologiques du phlegmon périnéphrétique, signes que rappellent les auteurs à la fin de leur article, sont les suivants : 1° Diminution plus ou moins accentuée des mouvements de l'hémi-diaphragme situé du côté du phlegmon (M. Chevassu, 1927) et diminution des mouvements du rein lui-même (ses cavités doivent être opacifiées), immobilisé par sa gangue de périnéphrite (M. Chevassu, 1933). Cette immobilisation peut être enregistrée en prenant un cliché des reins à cavités opacifiées pendant un ample mouvement respiratoire du malade : les cavités du rein du côté du phlegmon ont des contours nets du fait de l'immobilisation de la glande, alors que les cavités du rein sain ont un contour estompé (Marc Breton, 1945); 2° Mise en évidence d'une zone d'opacité autour du rein opacifié par urographie (Wolfromm et Gilson, 1933), ou, au cas où est obtenue une néphrographie, présence de 3 zones à degré d'opacification décroissant : rein très opaque, abcès moins opaque, zone claire du côlon refoulé (Hickel, 1945); 3° Disparition de la silhouette du rein, grisaille homogène en estompant le contour, refoulement du côlon, scoliose lombaire à concavité regardant l'abcès, disparition unilatérale de l'ombre du psoas ou même aussi des côtes et apophyses transverses (en cas de collection importante), surélévation de l'hémi-diaphragme correspondant.

A ces divers renseignements R. et Le B. viennent heureusement ajouter ceux que peut donner le pneumo-rétro-péritoine pratiqué suivant la technique de Ruiz Rivas (injection dans la région pré-sacrée latérale de 1000 à 1200 cm³ d'air ou d'oxygène et radiographie au bout de 2 ou 3 h).

Alors que du côté sain le décollement par le gaz dessine parfaitement le bord du psoas et le contour du rein, il n'existe aucun décollement de l'espace rétro-péritonéal de la loge rénale; contour du rein et bord du psoas y disparaissent (Obs. I, II et III); le gaz peut fuser latéralement (obs. I). A côté des périnéphrites fibreuses, les périnéphrites scléreuses peuvent également être dépistées par ce procédé (obs. IV et V). Les auteurs ne voient guère que le volumineux cancer du rein, avec propagation locale, qui puisse s'opposer au décollement gazeux de l'atmosphère périrénale, mais le tableau clinique est ici bien différent.

G. Wolfromm.

Z. M. Asfoury (Londres). — **La sympathectomie et l'innervation des reins** (*British Medical Journal*, 1er Déc. 1951, p. 1304-1307, avec 5 fig.).

Des études récentes de De Muylder, Mitchell, Harneau et Davies, ont porté sur l'innervation du parenchyme rénal. A. reprend ces études sur l'animal et l'homme, et reconnaît : une riche innervation suit le pédicule rénal et pénètre dans le hile; les filets nerveux suivent les vaisseaux jusqu'à leur terminaison; certains sont affectés aux tubes et aux glomérules; certaines fibres nerveuses sont particulièrement épaisses, ces fibres sont à myéline et peuvent parcourir isolément le rein; elles se distinguent au point de vue fonctionnel des fibres plus minces et brunes ou noires des préparations à l'argent.

Les fibres myéliniques peuvent être découvertes après les sympathectomies lombo-thoraciques. Enfin, A. confirme qu'il existe des cellules nerveuses dans le parenchyme rénal.

C. Nardi.

O. Mantero, G. Barlassina et **G. Monteverde** (Milan). — **Contribution clinico-expérimentale à l'étude de la fonctionnalité rénale, après ligature de la veine cave inférieure** (*Minerva Chirurgica*, an. **7**, n° 20, 31 Octobre 1952, p. 757-766).

1° 7 chiens ont été étudiés avant et après ligature de la veine cave inférieure. Il était à prévoir que la réduction du volume sanguin arrivant au ventricule droit, ne

pouvait qu'agir défavorablement sur la pression de l'ondée sanguine dans les deux ventricules. D'où réduction de l'apport sanguin dans les reins. Les résultats observés confirment cette façon de voir. Si les valeurs des clearances se trouvent réduites, le taux de sécrétion tubulaire n'a pas varié.

2° 2 malades, mitrales en décompensation totale, ont été grandement améliorées. En effet, la diminution de la quantité de sang, dans la circulation de retour, et de la pression intra-cardiaque, ont amélioré le rendement fonctionnel du cœur, et en conséquence la valeur de l'ondée sanguine dans le rein — et les fonctions de celui-ci. Les résultats des épreuves fonctionnelles sélectives le prouvent.

Au contraire, chez une 3e malade dont l'insuffisance était exclusivement du type gauche sans signes d'hypertension veineuse, la ligature de la veine cave inférieure a entraîné une régression de la stase pulmonaire, avec réduction de l'ondée systolique, et de l'afflux sanguin dans les reins, la recherche de clearances rénales, les montre réduites.

4 tableaux, des graphiques, des radiographies illustrent ce travail dont nous ne pouvons donner que les conclusions.

J. Assali.

D'Alessandro (Naples). — **Sur 1 cas de calculose dans un rein en fer à cheval (fusion des 2 reins par le pôle supérieur)** (*La Riforma Medica*, an. **65,** n° 46, 17 Nov. 1951, p. 1253-1256).

Un homme de 38 ans souffre depuis longtemps de la région lombaire, particulièrement à gauche. C'est également de ce côté que surviennent des crises à caractère de coliques néphrétiques. La pyélographie ascendante montre un calcul au pôle inférieur du rein gauche avec hydronéphrose.

L'opération montre un bassinet très dilaté, à situation antérieure. Le pôle inférieur est facile à libérer d'une gangue de périnéphrite. Mais en voulant libérer le pôle supérieur, on constate la présence d'un isthme large de 3 à 4 cm par lequel il se continue avec le pôle supérieur du rein droit.

On décide alors de se contenter d'une pyélotomie antérieure avec extraction d'un calcul gros comme une amande. Guérison au 20e jour. Ce malade n'a plus été revu.

Olivieri.

Bernard Fey. — **Indications respectives du traitement médical et du traitement chirurgical des tuberculoses uro-génitales** (*Journal d'Urologie*, **57,** n° 11-12, 1951, p. 767-771).

Le temps de la néphrectomie systématique est passé. Il ne faut plus y recourir que quand les lésions tuberculeuses sont ou sont devenues incapables de rétrocéder ou du moins de se stabiliser, en laissant au rein sa valeur fonctionnelle, grâce à l'emploi de moyens thérapeutiques conservateurs, les uns médicaux, les autres chirurgicaux.

Le traitement médical comporte l'emploi des antibiotiques spécifiques de la tuberculose. Ils ne sont capables de produire tout leur effet qu'en cure sanatoriale, condition malheureusement encore irréalisable en France. Le traitement chirurgical conservateur comprend la néphrectomie partielle, la résection segmentaire d'un uretère rétréci, généralement à son extrémité inférieure, plus rarement au niveau de sa jonction pyélique, les opérations de dérivation jusqu'ici réservées au rein restant mais qui peuvent trouver leurs indications dans les tuberculoses bilatérales.

A quelle note de cette gamme faut-il s'adresser et à quel moment ? C'est ce que l'on ne peut dire que grâce à des urographies correctement exécutées, correctement interprétées et répétées de trimestre en trimestre, parfois recoupées par des urétéro-pyélographies rétrogrades. Souvent telle urographie révèle un détail déjà esquissé dans l'urographie qui l'a précédée, parfois dans la première urographie. Dilatations en boule des calices qui ne sont parfois qu'un trouble atonique réversible, ulcérations papillaires ou juxta-papillaires faciles à reconnaître et à suivre, amincissement des collets des petits calices ou des calices principaux, modifications de contour et de volume du bassinet, lésions de dilatation, sus-stricturales ou non et sténoses de l'ure-

tère, surtout de l'uretère inférieur, altérations de la vessie, du col vésical de l'urètre : tels sont les éléments parmi lesquels on puisera pour établir le bilan des lésions. Une dilatation peut ne résulter que d'une atonie musculaire à la suite d'une infiltration sous-muqueuse, encore capable de régresser. Tantôt elle est due à la sclérose de l'uretère dilaté ou à l'obstacle opposé par un rétrécissement sous-jacent : elle est alors irréversible. La sclérose pariétale se reconnaît à la rectitude du trajet urétéral, à la rigidité des contours, à une irrégularité plus ou moins moniliforme du calibre du conduit, à une image de sténose soit annulaire, en virole, soit plus étendue, tubulaire, avec souvent, au-dessus d'elle, une dilatation sus-stricturale. Les lésions réversibles d'atonie ou de spasme passager se reconnaissent grâce au cliché de décompression, à l'urétéro-pyélogramme.

Les lésions de la voie excrétrice sont les plus importantes. Les canaux urinaires, peu vascularisés, sont peu sensibles aux antibiotiques. Les conséquences de leurs lésions sont graves; suivant leur siège, elles conduisent à l'exclusion, à la fonte purulente d'une partie ou de la totalité du rein (pyonéphrose). De graves altérations rénales résultent du reflux actif dû à la cystite, du reflux passif dû à la sclérose vésicale, de la maladie hypertrophique tuberculeuse du col (Cibert), du rétrécissement tuberculeux de l'urètre.

Les formes purement rénales guérissent ou du moins le rein garde une fonction suffisante et est capable de s'améliorer. Si l'arbre excréteur est atteint, en peu de temps des reins primitivement peu altérés subissent, du fait de la rétention, une fonte purulente rapide qui frappe tout le rein ou le seul territoire d'un calice ou d'un bouquet de calices. Tant que les voies excrétrices sont libres, la tuberculose ulcéro-caséeuse peut guérir : l'évolution dépend de la virulence des germes, du terrain, de l'état local. Guérissent mieux que les cavernes à parois sclérosées, les lésions jeunes d'infiltration et d'ulcération. Les lésions de l'arbre excréteur ne peuvent être enrayées qu'à leur début, au stade d'infiltration sous-muqueuse. Quand la musculature est prise, les antibiotiques ne peuvent la guérir qu'en la sclérosant, ce qui finalement aboutira à l'exclusion, à la pyonéphrose. A ce stade seule convient la néphrectomie qui n'est plus aujourd'hui que le recours suprême après avoir été l'indication impérative d'emblée.

G. Wolfromm.

Hartwig Eufinger (Kiel). — **Contribution à l'étude du foyer primaire cortical dans la tuberculose du rein** (*Zeitschrift für Urologie*, **45**, fasc. 4, 1952, p. 213-218, avec 6 fig.).

Il est bien démontré aujourd'hui, surtout après les remarquables recherches de Coulaud, que l'atteinte primitive du rein commence par la corticale, où les lésions ont une grande tendance à se scléroser, et se poursuit vers la médullaire (ulcération papillaire et péri-papillaire), où les lésions ont une tendance très grande à la caséification. L'observation suivante en est encore une confirmation.

Un homme de 46 ans, atteint d'une épididymite droite a des traces d'albumine et quelques leucocytes dans l'urine du rein gauche et de ce côté une diminution de l'élimination colorée. La radiographie simple montre, dans l'aire rénale, une calcification de la taille d'un grain de millet; calcifications semblables dans la rate. L'urographie montre la disparition d'un calice qui devait correspondre à la zone calcifiée. Épididymectomie droite. Le malade est suivi d'octobre 1948 à mai 1949 : l'image radiographique est toujours la même; du bacille de Koch est trouvé à 3 reprises dans l'urine du rein gauche, non dans celle du rein droit. Néphrectomie le 23 Mai 1949. Macroscopiquement le rein extérieurement paraît sain. Au microscope, on ne trouve sur le rein débité en coupes sériées qu'un seul foyer cortical répondant à un nodule hyalin visible à l'œil nu. Ce foyer était formé de plusieurs tubercules miliaires avec cellules géantes typiques et cellules épithélioïdes. Infiltration de cellules rondes aux alentours. Aucune modification pathologique dans la médullaire. Cette tuberculose rénale a été saisie au *stade initial réel* de Cibert, prélude au *stade initial chirurgical* du même auteur où la papille s'altère.

G. Wolfromm.

Torfium Deustad (Oslo). — **Le diagnostic des kystes du rein** (*Journal of the Oslo City Hospitals*, vol. **2**, n° 3, Mars 1952, p. 45-55, avec 4 fig.).

Se basant sur l'étude de 7 cas de kystes solitaires du rein et 1 cas de reins polykystiques, l'auteur précise les conditions d'un diagnostic précoce.

Pour étayer les renseignements, selon lui imprécis et trompeurs, de l'urographie intra-veineuse et de la pyélographie, il conseille le recours à l'aortographie abdominale et à la ponction exploratrice.

1° L'aortographie révèle l'existence d'une zone avasculaire, avec refoulement des vaisseaux et des calices et élimine de ce fait le diagnostic de cancer du rein avec son hypervascularisation habituelle;

2° La ponction de la zone suspecte sous écran, après opacification des voies excrétrices, permet dans certains cas de ramener un liquide pathognomonique de kyste et l'injection par la même aiguille de substance de contraste permet de préciser les limites et le volume de celui-ci.

J.-P. Bader.

A. Ciminata (Monza). — **Traitement chirurgical conservateur du rein polykystique anurique** (*Minerva Chirurgica*, an. **7**, n° 16, 31 Août 1952, p. 591-592).

Le cas qui fait l'objet de ce travail est un exemple de ce que la chirurgie conservatrice peut offrir d'inattendu, son intérêt vient de la constatation que le rein est un organe qui, même s'il semble complètement perdu, est capable de répondre avec une magnifique réaction à l'aide que nous savons lui apporter.

Le malade est un homme de 42 ans, ayant subi, il y a 3 ans, une néphrectomie à gauche pour pyonéphrose.

Le 10 janvier 1952 : apparition brutale de douleurs dans le flanc droit, et anurie totale.

Le 13 Janvier 1952 : l'anurie est irréductible. On pratique la décapsulation du rein droit, et on ponctionne deux gros kystes (au total 200 cm³ de liquide hématique). Aucun résultat. L'anurie persiste. L'azotémie atteint 2,70 g.

Le 17 Janvier 1952 : On débride l'incision de lombotomie, donnant issue à un liquide d'odeur ammoniacale.

Le lendemain, le malade émet 600 cm³ d'urine par miction, contenant 25 p. 1 000 d'urée.

Pendant 6 jours, polyurie. L'azotémie tombe à 0,79.

Nouvelle période d'anurie qui dure 26 h, suivie d'une débacle qui dure 4 jours.

3e période anurique de 2 jours qui prend fin avec la fistulisation de la lombotomie.

Après 2 semaines, reprise des mictions. La guérison est obtenue lentement, et le malade sort 3 mois après l'intervention.

Revu 4 mois plus tard : urine, 2 000 cm³ par jour avec 22 p. 1 000 d'urée et 14 p. 1 000 de chlorure. Azotémie, 0,45.

L'intervention semble avoir agi surtout sur l'élément congestif et sur l'œdème du parenchyme restant.

La fistulisation consécutive aux ponctions, a réalisé une néphrostomie involontaire qui a certainement joué un rôle dans la guérison de l'anurie.

J. Assali.

F. Minissale (Messine). — **Léiomyome malin du rein** (*Archivio Italiano di Urologia*, vol. **25**, fasc. 4, 1951-1952, p. 255-279 avec 9 fig.).

Étude anatomo-pathologique d'une pièce de néphrectomie faite avec le diagnostic de cancer du rein. Revue générale des cas publiés avec importante bibliographie.

Pierre aboulker.

W. F. Braasch. — **Résultats éloignés des néphrectomies pour hypertension artérielle** (*Journal of Urology*, vol. **68**, n° 1, Juil. 1952, p. 6-10).

L'étude des résultats éloignés de la néphrectomie chez 100 malades opérés depuis plus de 2 ans, et de 60 malades opérés depuis plus de 5 ans, montre que la tension

artérielle est revenue à la normale complètement ou presque totalement dans 64 p. 100 des cas suivis au moins 2 ans, et 53 p. 100 des cas suivis de 5 à 9 ans. Il est hors de doute que l'hypertension artérielle puisse être provoquée par une maladie rénale unilatérale et guérie par l'ablation du rein malade.

Sont des contre-indications à l'intervention toute lésion du rein opposé : l'âge avancé, l'atteinte de l'état général, ou l'ancienneté de l'hypertension. Les lésions anatomiques les plus fréquemment rencontrées, celles dont l'ablation est suivie des meilleurs résultats sont la pyélonéphrite atrophique, l'hydronéphrose infectée et la tuberculose rénale.

La chute de la pression artérielle après la néphrectomie peut n'être que temporaire, la tension artérielle s'élevant de nouveau des mois ou des années après l'intervention; il faut un intervalle minimum de 2 ans pour affirmer le bon résultat de la néphrectomie. Dans les cas de reprise de l'hypertension artérielle, il est possible qu'existait une néphrosclérose du rein présumé sain ou une hypertension latente qu'avait stimulée le rein malade. L'ablation de ce rein malade a pu éliminer temporairement ce stimulus; mais l'hypertension latente se manifestera de nouveau plus tard.

PIERRE ABOULKER.

J. W. Schwartz et **F. W. Lynn** (San Francisco). — **La blessure du duodénum au cours de la chirurgie du rein droit** (*The Journal Of Urology*, vol. **67**, n° 5, Mai 1952, p. 601-603, avec 1 fig.).

Le lendemain d'une néphropexie droite se produit un écoulement bilieux par le drain. Le jour même, par une incision antérieure transversale, on ouvre l'abdomen, qui contient un peu de sang et de liquide bilieux. Décollement de la 2e portion du duodénum qui présente une perforation de 1 cm de diamètre, due à un point de suture perforant. Suture en bourse recouverte par un enfouissement à la soie. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Guérison.

Pour S. et L., dans les cas de blessures duodénales, il faut intervenir immédiatement, avant que la digestion des tissus n'ait altéré les parois duodénales et interdit la suture directe. A ce traitement d'urgence, il faut adjoindre la correction des troubles de l'équilibre humoral.

PIERRE ABOULKER.

H. Natush (Trèves). — **Une contribution à la casuistique des tumeurs de l'uretère** (*Zeitschrift für Urologie*, **45**, fasc. 3, 1952, p. 162-167, avec 4 fig.).

Les tumeurs malignes primitives de l'uretère sont très rares : 0,14 p. 100 de toutes les tumeurs malignes (Renner). Il s'agit surtout de carcinomes papillaires, les sarcomes sont exceptionnels : 3 cas de sarcome à cellules rondes, 2 de sarcome fuso-cellulaire, 1 de sarcome polymorphe ont seuls été publiés.

Une femme de 50 ans souffre depuis 2 mois 1/2 de douleurs hypogastriques et sacrées avec état nauséeux, vomissements, dénutrition. La partie gauche de l'hypogastre et la région lombaire gauche sont douloureuses à la palpation. Pyurie à germes banaux. La chromocystocopie ne montre pas d'élimination colorée à gauche. La sonde urétérale, de ce côté ne dépasse pas la 3e vertèbre lombaire : à ce niveau l'uretère se replie deux fois sur lui-même à angle droit; dilatation importante de l'uretère sus-jacent et du bassinet. A l'opération, faite 3 mois après le début de la maladie, le rein entouré d'adhérences inflammatoires gélatineuses est d'un dégagement difficile; il est fortement altéré par la dilatation et l'infection.

A deux travers de doigt sous l'origine de l'uretère on trouve une tumeur de la taille d'une phalange développée à l'extérieur de l'uretère et non dans sa lumière. Son extrémité caudale comprime l'uretère et lui impose une déviation à angle droit. Son extrémité, effilée, obture en plusieurs points l'uretère. Néphro-uretérectomie; guérison en 6 semaines. Il n'est pas parlé des suites éloignées. Nulle métastase n'a paru exister. Il s'agissait d'un *sarcome à cellules rondes*.

G. WOLFROMM.

P. Gausa. — Tumeurs primitives de l'uretère (*Minerva Urologia*, an. **4**, n° 1, Janv.-Fév. 1952, p. 10-14 avec 7 fig.).

Observation I. — Homme de 68 ans présentant des hématuries totales. A l'urographie, absence d'élimination du côté gauche. L'urétéro-pyélographie rétrograde est impossible. A la cystoscopie, l'orifice urétéral gauche est entouré d'une saillie mamelonnée. On porte le diagnostic de tumeur pyélo-urétérale. Néphro-urétérectomie totale : 1° Incision iliaque de libération de l'uretère qui, dans sa région ilio-pelvienne, présente une tumeur de la taille d'une noix; 2° Incision lombaire de néphrectomie : hémato-hydronéphrose. Examen histologique : épithélioma papillaire de l'uretère envahissant musculeuse et adventive. Rein à parenchyme atrophié. Guérison opératoire simple.

Obs. II. — Homme de 62 ans présentant des hématuries totales. Examen cytologique des urines suivant la technique de Papanicolaou : positif. A l'urographie, pas d'élimination à gauche. Au cathétérisme, obstacle à 2 cm du méat urétéral gauche. Néphro-urétérectomie totale : 1° Incision médiane sous-ombilicale et, par voie extra-péritonéale, décollement de l'uretère, siège d'une tumeur de la taille d'une noisette; 2° Néphrectomie par voie lombaire. Examen histologique : épithélioma papillaire de l'uretère envahissant la musculeuse.

Pierre Aboulker.

J. K. Ormond et **R. K. Osborne** (Détroit). — **Chirurgie plastique de l'uretère chez l'enfant** (*The Journal of Urology*, vol. **67**, n° 6, Juin 1952, p. 860-867 avec 3 fig.).

La grande différence entre les opérations plastiques de la jonction pyélo-urétérale et celles de l'extrémité inférieure de l'uretère consiste en ce que les dernières exposent le rein au reflux vésico-urétéral d'autant plus que l'uretère est déjà infecté et dilaté.

Dans 7 cas, l'opération plastique porta sur l'extrémité supérieure de l'uretère.

Observation I. — Garçon de 9 ans, hydronéphrose infectée à gauche. Opération plastique, technique de Foley. Revu 5 ans plus tard. L'hydronéphrose n'a pas regressé, mais le rein fonctionne bien. Il n'y a plus d'infection urinaire, ni de douleurs.

Obs. II. — Garçon de 9 ans, hydronéphrose infectée à gauche. Opération plastique. Revu 8 ans plus tard. L'hydronéphrose n'a pas regressé, mais la fonction urinaire est bonne, disparition de l'infection et des douleurs.

Obs. III. — Fille de 2 ans et demi; hydronéphrose infectée à gauche. Résection de la sténose pyélo-urétérale, suture de l'uretère. Revue 6 mois plus tard, pas d'amélioration de la forme et de la fonction du rein, disparition des douleurs, et de l'infection urinaire, qui n'ont pas reparu 3 ans plus tard.

Obs. IV. — Garçon de 4 mois 1/2. A droite, résection de la sténose urétérale, avec réimplantation dans le bassinet. A gauche, néphrectomie. Revu 5 ans plus tard, il n'y a plus d'infection; la P.S.P. est à 25 p. 100 en 2 h; l'urographie montre un rein médiocre. La conservation d'un bon état général se voit avec une altération progressive rénale.

Obs. V. — Garçon de 7 ans 1/2. Hydronéphrose infectée gauche. Opération plastique de Foley. Revu 4 mois après l'opération; pas d'infection urinaire, plus de troubles, mais le rein ne s'injecte pas à l'urographie.

Obs. VI. — Garçon de 10 ans, hydronéphrose infectée. Opération de Foley, et néphrostomie pendant 14 jours. Revu 3 ans plus tard. Le bassinet est un peu plus distendu, mais l'évacuation est bonne; il n'y a pas d'infection. Les troubles ont disparu.

Obs. VII. — Garçon de 8 ans. Hydronéphrose infectée traitée par urétérostomie et néphrostomie. Revu 6 mois plus tard, l'hydronéphrose n'a pas diminué, l'excrétion est bonne, il n'y a pas d'infection, plus de troubles.

Dans 5 cas, l'opération porta sur l'extrémité inférieure de l'uretère : 1 cas d'obstruction congénitale, 2 cas d'urétérocèle; 2 cas de méga-uretère congénitaux.

Obs VIII. — Garçon de 8 semaines. Néphrostomie bilatérale, puis résection d'une partie des uretères et anastomose urétéro-vésicale bilatérale, cystostomie. Survie de 10 ans.

Obs. IX. — Fille de 5 mois 1/2. Urétérocèle excisée par voie transvésicale. Continue à avoir pyurie, et dysurie pendant 3 ans; tous les troubles disparaissent progressivement.

Obs. X. — Garçon de 8 ans. Urétérocèle droite entraînant la dilatation de l'uretère droit et la compression du gauche. Excision : Revu 5 ans plus tard avec un résidu de 500 cm³, du reflux à droite avec un rein droit ne secrétant plus, le rein gauche hydronéphrotique, des valvules de l'urètre postérieur.

Obs. XI. — Fille de 2 ans, urétéro-hydronéphrose bilatérale traitée par raccourcissement des uretères dont on excise la partie supérieure. 1 an plus tard, on constate un reflux bilatéral. Réimplantation des uretères dont on réduit le diamètre par excision de bandes longitudinales. Revue 3 mois plus tard, reflux bilatéral et destruction progressive des reins.

Obs. XII. — Fille de 2 ans. Urétéro-hydronéphrose bilatérale. Traitée par excision longitudinale des uretères. Aucun résultat.

On peut conclure que la chirurgie plastique de la partie basse de l'uretère donne de beaucoup moins bons résultats que la chirurgie de la partie haute.

Pierre Aboulker.

H. M. Weyrauch et **B. W. Young.** — **Étude expérimentale comparée des méthodes usuelles d'anastomose urétéro-intestinale** (*The Journal of Urology*, vol. **67**, n° 6, Juin 1952, p. 880-891 avec 11 fig.).

Les 4 complications des anastomoses urétéro-intestinales sont la péritonite par lâchage des sutures, l'infection ascendante, la sténose urétérale et le reflux intestino-urétéral.

Les 4 méthodes courantes d'anastomose sont :

1° La technique de Coffey n° 1, avec tunnel sous-muqueux et segment d'uretère intra-colique.

2° La technique de Cordonnier, suture directe muco-muqueuse.

3° L'implantation directe, avec segment d'uretère pendant dans la lumière colique.

4° La technique de Leadbetter qui combine le tunnel sous-muqueux à la suture muco-muqueuse.

Sur 40 chiens sont exécutés 21 Coffey, 19 Cordonnier, 20 implantations directes et 20 Leadbetter.

Le reflux survient dans 31,5 p. 100 des uretères implantés par la technique Cordonnier, et dans 10 p. 100 par la méthode directe. Donc le tunnel sous-muqueux protège contre le reflux.

Le lâchage des sutures avec péritonite généralisée ou localisée se voit dans la technique de Cordonnier et l'implantation directe. Le tunnel sous-muqueux l'empêche. Quant au rétrécissement de l'uretère, il survient surtout dans la technique où il y a un segment d'uretère libre dans la lumière intestinale. Le rétrécissement de la suture muco-muqueuse est beaucoup moins fréquent.

L'infection survient avec la même fréquence dans toutes les techniques. Elle est beaucoup plus grave quand il y a obstruction surajoutée.

On peut conclure que la présence d'un segment d'uretère libre dans l'intestin n'est pas recommandable, qu'elle provoque le plus de rétrécissement, favorise l'infection et ne donne aucune sécurité contre le lâchage des sutures ou le reflux.

La technique de Leadbetter est donc la plus recommandable, il faut observer les précautions suivantes :

1° L'ouverture de l'uretère doit être la plus large possible en agrandissant la bouche elliptique par une fente longitudinale.

2° L'ouverture de la muqueuse colique doit avoir les dimensions de l'ouverture urétérale.

3° En créant le trajet sous-muqueux, il faut couper les fibres de la sous-muqueuse jusqu'à la muqueuse, décoller largement la musculeuse et serrer doucement les sutures sur l'uretère.

C'est la meilleure méthode pour éviter les 4 complications.

Pierre Aboulker.

Sava Petkovic (Belgrade). — **Les résultats de l'urétéro-néocystostomie** (*Urologia*, an. **19**, fasc. 2, 20 Avril 1952, p. 125-138 avec 5 fig.).

L'urétéro-néocystostomie peut être exécutée dans des circonstances diverses :

1° Plaies opératoires de l'uretère au cours de la chirurgie pelvienne;

2° Fistules urétéro-vaginales;

3° Cystectomies partielles, où la tumeur occupe le voisinage de l'uretère;

4° Tumeurs bénignes de l'uretère dans sa portion terminale;

5° Grandes fistules vésico-vaginales où il est nécessaire de déplacer les abouchements de l'uretère pour fermer la vessie.

Sont rapportées 14 observations avec 16 réimplantations : 5 pour fistule urétéro-vaginale, 5 après résection vésicale pour tumeur, 1 après résection de tumeur de l'uretère et 5 (chez 3 malades) après fermeture de fistule vésico-vaginale. La néphrectomie secondaire a été nécessaire dans 1 cas où la sonde urétérale avait été retirée au 10e jour par erreur; dans 1 autre (fistule vésico-vaginale avec réimplantation des 2 uretères) décès au bout de 8 mois par infection rénale. Dans 10 cas, bons résultats revus dans des délais de 3 à 12 mois; dans 2 cas, enfin, bons résultats immédiats. Les résultats ont été contrôlés par cystoscopie, chromo-cystoscopie, examen des urines, urographie et cathétérisme des uretères.

Ces bons résultats permettent de recommander l'UNC. Dans les cas de tumeur de vessie, le problème capital est l'exérèse étendue de la lésion, sans tenir compte des possibilités de réimplantation.

PIERRE ABOULKER.

M. N. Nemser et **H. A. Weinberger. — Rupture spontanée de la vessie chez l'homme** (*The Journal of Urology*, vol. **68**, n° 3, Sept. 1952, p. 603-607 avec 1 fig.).

Un homme de 51 ans est admis d'urgence à 22 h. La veille dans l'après-midi et la soirée, il avait bu au moins 40 verres de bière. Ramené chez lui complètement ivre, il reprend ses esprits vers 10 h du matin et éprouve de violentes douleurs dans le bas-ventre; il est incapable d'uriner. Il est sondé vers 17 h, et évacue 300 cm³ d'urines sanglantes.

Il entre à l'hôpital vers 22 h. L'abdomen est modérément distendu, mat jusqu'à l'ombilic, il n'y a pas de traces de traumatisme. Le sondage retire 800 cm³ d'urines sanglantes. On pratique une cystographie qui montre le produit opaque traversant une vessie de petit volume et se répandant dans l'abdomen. La cystoscopie montre sur la paroi postérieure de la vessie une rupture longitudinale, partiellement obturée par une anse intestinale.

Intervention. — Large taille vésicale qui confirme la cystoscopie. Rupture sur le dôme vésical, intrapéritonéale de 8 cm de long. On ouvre la cavité péritonéale qu'on évacue. La taille est prolongée jusqu'à la rupture vésicale et cette brèche refermée en 2 plans. Sonde de Pezzer vésicale, drain péritonéal. La guérison est complète en 23 jours. La cystographie montre une irrégularité de contour du dôme vésical.

Dans ce cas, il est vraisemblable que la surdistension de la vessie, qu'a permise l'inconscience due à l'ivresse, a provoqué la rupture d'une vessie saine.

PIERRE ABOULKER.

J. A. Hutch. — Étiologie et traitement du reflux vésico-urétéral chez les paraplégiques (*Journal of Urology*, vol. **68**, n° 2, Août 1952, p. 457-467).

Le reflux vésico-urétéral est fréquent chez les paraplégiques et il provoque des lésions rénales sérieuses. Il se voit chez 13 p. 100 des malades atteints de paraplégie depuis plus de 3 ans. Sur 14 morts par affections urinaires, le reflux fut responsable de 9 décès. Sur 55 malades présentant du reflux, furent pratiquées 17 néphrectomies et 2 urétérostomies cutanées. Ce n'est qu'après la 3e année de paraplégie que le reflux acquiert cette fréquence.

D'après l'étude de 300 cystographies dont 94 montrent le reflux, on observe la fréquence de petit diverticule dans la région de l'abouchement de l'uretère; la cystoscopie le confirme. Il est vraisemblable que cette altération de la paroi vésicale juste au-dessus du trigône favorise le reflux, parce qu'il n'y a plus de fibres musculaires sur lesquelles l'uretère peut être comprimé au moment où la pression intra-vésicale augmente. En outre dans 57 des 94 cystographies montrant du reflux, on peut voir sur l'uretère immédiatement au-dessus de la vessie, un obstacle que cependant le cathétérisme urétéral ne retrouve pas. Sa nature est inconnue.

De cette hypothèse sur l'étiologie de reflux par faiblesse de la paroi musculaire découle un procédé thérapeutique. Par incision médiane et décollement de la vessie,

on aborde la terminaison de l'uretère. En ouvrant la vessie, on attire l'uretère intramural qu'on libère des tissus voisins en conservant son attache au trigône.

On reconstitue alors la paroi musculaire derrière l'uretère et on renforce cette suture par voie extra-vésicale. Fermeture de la vessie avec sonde urétrale à demeure. Drainage latéro-vésical. On crée ainsi à l'uretère un segment intravésical et on répare les altérations de la musculature vésicale.

L'opération fut exécutée chez 9 malades, dans 7 cas le reflux fut supprimé. La fonction et l'évacuation du rein furent améliorées dans les 3 cas où elles étaient altérées avant l'intervention. Dans les 6 cas où le reflux ne s'accompagnait pas d'altération du rein il n'y eut aucune aggravation. Il est vraisemblable que cette intervention protège efficacement l'appareil urinaire des paraplégiques contre le reflux urétéral et ses conséquences rénales.

PIERRE ABOULKER.

L. Pfau (Munich). — **Les calculs des diverticules vésicaux** (*Zeitschrift für Urologie*, 45, fasc. 4, 1952, p. 206-212, avec 5 fig.).

Un malade de 49 ans souffre de pollakiurie depuis son enfance. Puis, assez tardivement, sont apparues des crises de cystite avec élimination de graviers et douleurs sciatiques que calmait le repos au lit. Hématuries, selles réduites à la taille d'un crayon. Le toucher rectal montre une grosse tumeur ronde, très dure, dont le pôle supérieur ne peut être atteint; la prostate paraît au-dessous d'elle. La palpation de l'hypogastre droit y montre une tumeur mal délimitable. Pyurie. La radiographie révèle une masse opaque de la taille de la tête d'un enfant où la présence de stratifications concentriques permet de reconnaître un calcul. La cystoscopie montre à droite un orifice diverticulaire par lequel fait issue une pierre de la taille d'une cerise (bouton de chemise). Pas de dilatation de l'arbre supérieur. Cette pierre est extraite fort difficilement d'un diverticule très adhérent qui n'est excisé qu'en partie, son extirpation totale étant remise à une date ultérieure.

Il s'agissait d'un calcul phosphatique de 610 g dont l'architecture était curieuse : une cavité centrale entourée d'une masse de la taille d'un œuf, facilement énucléable du sein du calcul après sciage de celui-ci; alternative de stratifications denses et poreuses, les poreuses plus épaisses s'étant développées lors des poussées inflammatoires aiguës.

Cette observation est accompagnée d'intéressantes considérations statistiques et pathogéniques que nous résumerons sommairement : si les calculs de la vessie sont très fréquents, les calculs diverticulaires sont rares, plus encore chez la femme où les diverticules sont eux-mêmes infiniment plus rares que chez l'homme; les calculs multiples se rencontrent surtout dans les diverticules postérieurs; dans les diverticules latéraux, les calculs sont isolés et plus volumineux. Les calculs diverticulaires sont fréquents au-dessous de 15 ans et même dans la toute première enfance (malformations du col et diverticules congénitaux, parfois héréditaires). Puis on revoit de ces calculs après 30 ans. Des pierres géantes y sont exceptionnelles : 9 cas en ont été publiés où jamais la pierre ne dépassait 500 g. L'infection fait du diverticule une poche peu extensible qui limite le développement du calcul. Les calculs en forme d'haltères dont une boule saille dans la vessie ne se voient guère qu'en lithiase phosphatique et dans les diverticules latéraux. Les calculs uriques ou oxaliques se trouvent plus souvent dans les diverticules postérieurs. Il est difficile de préciser l'âge de la pierre : autour d'un corps étranger vésical, un gros calcul peut se développer en 6 mois; mais on cite un corps étranger resté 20 ans dans la vessie sans y provoquer la formation d'un calcul. Le calcul peut ulcérer le diverticule soit vers la vessie, soit vers le tissu cellulaire périvésical (fistules-abcès et fistules), soit vers le péritoine (péritonite).

Ces calculs doivent être enlevés le plus tôt possible le plus souvent par taille vésicale; pour les petits, leur extraction endoscopique est çà et là possible; elle doit être suivie d'une résection du col.

G. WOLFROMM.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

W. Pfarschner (Halle). — **Les tumeurs malignes du testicule chez le nourrisson et l'enfant** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 26, 1952, p. 1093-1098).

Déjà rares chez l'adulte, puisqu'elles ne représentent guère, d'après l'étude des statistiques allemandes et américaines, que 1 à 2 p. 100 de la totalité des cancers, les tumurs malignes du testicule sont exceptionnelles chez le nourrisson et l'enfant.

On ne voit guère à cet âge que le carcinome et le tératome; et ce qui a été décrit comme séminome n'était sans doute que tumeur mixte mal interprétée.

Sur 30 tumeurs malignes du testicule rencontrées en 30 ans dans sa pratique, P. relève 1 cas de carcinome papillaire récidivé, à 11 mois, et resté guéri depuis 3 ans, 1 cas de tératome pur, récemment opéré.

R. Gueullette.

W. Walter Fiaccavento (Messine). — **Cas rare de fibrolymphangio-endothéliome de la vaginale du testicule** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **29**, fasc. 6, Juin 1952, p. 403-411).

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui depuis son enfance, avait noté une augmentation du volume de la bourse droite. Depuis 7 ans, le volume s'est accru lentement, progressivement, sans autre gêne qu'une sensation de pesanteur, pour atteindre les dimensions actuelles, celle d'un citron. On pense à un *néoplasme du testicule*.

On extériorise toute la masse, en bloc, avec le testicule. La tumeur fait corps avec le feuillet pariétal de la vaginale. Se développant à l'extérieur de la vaginale, elle écrase le testicule, qui n'a que des rapports de contiguïté avec la tumeur.

On pratique la castration.

La surface de la tumeur est grossièrement bosselée. Elle est dure, de couleur blanchâtre.

Le diagnostic est précisé par l'examen histologique.

Suivent des considérations sur le diagnostic des tumeurs des bourses.

La conduite à tenir est l'excision de la tumeur, si celle-ci est de toute évidence bénigne, et si le testicule peut être conservé, ou la castration en cas de doute, ou bien si le testicule s'avère atrophique.

L'endothéliome est probablement la plus rare des tumeurs de la vaginale. L'auteur n'a pu en relever d'autres cas.

J. Assali.

R. H. Flocks, H. D. Kerr, H. B. Elkins et **D. Culp** (Lowa City). — **Traitement du cancer de la prostate par l'injection interstitielle d'or radio-actif (Au 198)** (Rapport préliminaire : *Journal of Urology*, vol. **68**, n° 2, Août 1952, p. 510-522).

Les malades atteints de cancer de la prostate peuvent être rangés en 3 groupes.

Dans le 1er groupe, les lésions sont intra-prostatiques, sans signes d'obstruction cervicale, sans adhérences péri-glandulaires, sans métastases; la phosphatase acide est normale dans le sang. Le traitement de choix dans ces cas qui représentent 5 à 10 p. 100 des cancers de la prostate est la prostatectomie totale.

Dans le 2e groupe qui comprend 55 p. 100 des cas, il y a troubles de la miction avec propagation néoplasique extra-capsulaire dans les tissus péri-prostatiques, péri-vésicaux et péri-vésiculaires, et les ganglions lymphatiques. Le traitement en est la résection endoscopique, l'hormonothérapie, la castration.

Le 3e groupe qui réunit de 30 à 65 p. 100 des cas, a, en outre, des métastases à distance.

Le traitement par les radiations des cancers de la prostate a donné des succès appréciables mais les radios-lésions de la vessie et du rectum interdisent l'application des doses nécessaires.

L'or radio-actif en solution colloïdale n'est pas toxique, il demeure au lieu de l'injection dans une proportion de 90 p. 100. Sa demi-durée de vie est de 2,7 jours et il donne

90 p. 100 de son énergie sous forme de rayons β à 3 mm de distance maximum. Il est possible de l'injecter directement dans le tissu néoplasique prostatique qui n'est jamais très important et qui est entouré d'aponévroses épaisses limitant la diffusion de la solution radio-active.

L'administration de l'or radio-actif pose plusieurs problèmes : la concentration dans les tissus, la distribution régulière dans le cancer et les lymphatiques, la protection contre les dangers de radiation.

La concentration varie suivant le volume du cancer, allant de 3 millicuries par cm^2 dans les petites glandes jusqu'à 1 millicurie ou même moins dans les grosses tumeurs. La dose totale maximum est de 160 millicuries. Il n'y a pas de perte de produit par les urines ou les fèces, mais transport dans le foie et la rate à doses très modérées.

L'injection du produit se fait par voie rétro-pubienne avec ouverture de la vessie; à la solution radio-active est ajoutée de l'hyaluronidase qui favorise la diffusion.

La protection contre les radiations est rigoureusement assurée grâce à des intruments à longs manches, des seringues bardées de plomb, la conservation des linges opératoires souillés dans des coffres spéciaux, l'isolement des malades dans des chambres isolées, et même la récolte des urines qui ne sont pas jetées dans les égoûts de l'hôpital.

Les premiers résultats de ce traitement sont pleins de promesses; 3 semaines après l'injection intra-prostatique, il n'y avait plus dans 17 cas sur 20 de tumeur prostatique. Les biopsies montrent qu'il reste du tissu néoplasique. Les inconvénients sont mineurs : diarrhées, œdème rétro-prostatique au toucher rectal. Sur les 20 premiers cas il y a eu 4 décès, aucun dû au cancer de la prostate. Les survivants dans 5 cas sur 16 ont un rétrécissement du rectum, dans aucun de ces cas maintenant suivis depuis 6 mois, il n'y a de récidives perceptibles au toucher rectal. Actuellement, 36 autres malades ont été traités.

La seringue à injection a été modifiée pour permettre une injection plus précise d'une solution moins abondante et de puissance radio-active fixée à 1 millicurie par gramme de tissu.

PIERRE ABOULKER.

G. Bulkley et **J. W. Kearns. — Résultats de la chirurgie de la prostate : 866 observations** (*The Journal of Urology*, vol. **68**, n° 4, Oct. 1952, p. 724-728, 7 tables).

Il est difficile d'analyser cet article qui rapporte les résultats de 866 interventions faites sur 774 malades, et comprenant 142 prostatectomies sus-pubiennes, 724 résections, certaines répétées une ou plusieurs fois chez 58 malades.

Le choix de l'intervention est fait sur la taille de la prostate; au-dessus de 50 g, on choisit la voie sus-pubienne. La lithiase urinaire associée est fréquente, le cancer de la prostate a été rencontré dans plus de 10 p. 100 des cas, il faut toujours penser à l'association à une tumeur du rein ou de la vessie, surtout s'il y a des hémorragies post-opératoires.

Les complications les plus fréquentes sont d'ordre cardio-vasculaire, puis les hémorragies post-opératoires. L'infiltration d'urine après résection n'est pas rare et doit être toujours redoutée.

La mortalité post-opératoire est de 8,5 p. 100 après prostatectomie sus-pubienne et 1,4 p. 100 après résection. Dans 7 tables sont classées les associations morbides, les complications post-opératoires, les causes de la mort.

PIERRE ABOULKER.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

C. Y. Thomas, E. R. Fisher, R. B. Turnbull et **J. S. Krieger** (Cleveland). **— Arrhénoblastome de l'ovaire** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 4, Avril 1952. p. 543-548, avec 3 fig.).

Les arrhénoblastomes de l'ovaire sont des tumeurs déféminisantes (aménorrhée, mastodynie, atrophie des seins, perte du contour féminin du corps) et masculinisantes

(hirsutisme, acné, hypertrophie du clitoris, voix grave). Les auteurs en apportent 3 observations personnelles. Les malades avaient 24 ans, 11 ans (le plus jeune cas connu) et 34 ans. L'ablation d'un ovaire droit kystique, contenant un petit arrhénoblastome, amena une guérison, maintenue après 12, 6 et 2 ans. La menstruation se rétablit au bout de 1 mois environ. L'augmentation des seins et la restitution de l'habitus féminin se firent dans les premiers mois. La masculinisation fut plus lente à disparaître, en particulier les troubles de la voix.

Chez la 1re malade l'excrétion des substances androgéniques était normale, mais leur taux diminua néanmoins après l'opération. Chez la seconde les 17-cétostéroïdes urinaires sont restés les mêmes, avant et après l'opération.

Le mécanisme, par lequel l'arrhénoblastome produit la masculinisation, sera probablement éclairé plus tard par la détermination du prégnandiol urinaire.

M. Guimbellot

Maurice M. Silverman et **Emil J. Alban Jr** (Détroit). — **Tératomes kystiques : à propos de 81 cas** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° 1, Juil. 1952, p. 61-68, avec 6 tabl.).

Ce que l'on appelle communément kyste dermoïde de l'ovaire est en fait presque toujours (dans 93 p. 100 des cas) un véritable tératome, car ces tumeurs contiennent ordinairement des éléments dérivés des trois tissus fondamentaux de l'embryon.

Après avoir passé en revue les théories classiques concernant la pathogénie de cette affection, les auteurs étudient les signes cliniques, insistant en particulier sur la douleur et notent la rareté de la dégénérescence néoplasique observée une seule fois dans cette série. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux spino-cellulaire.

La bilatéralité des kystes dermoïdes s'observe dans un peu moins de 10 p. 100 des cas.

Marcel Roux.

David W. Currie. — **L'association radium-chirurgie dans le traitement du cancer du col de l'utérus** (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. **45**, n° 6, Juin 1952, p. 327-331).

C. rapporte son expérience personnelle sur l'association radium-chirurgie dans le traitement du cancer du col : 122 cas dont plus de la moitié se présentent avec 5 ans de recul.

Le traitement radiumthérapique employé fut celui de la méthode de Stockholm, radium intra-cervical et intra-vaginal en une dose de 2 880 mg.h pour la majorité des cas. Le traitement chirurgical est entrepris 3 semaines plus tard.

Après ce traitement physiothérapique, les résultats sur la tumeur primitive furent examinés sur 52 pièces. La tumeur était détruite histologiquement dans 18 p. 100 des cas, en grande partie dans 33 p. 100 des cas; elle était peu ou pas détruite dans 50 p. 100 des cas.

Dans 25 p. 100 des cas, les ganglions étaient envahis et n'ont pas été détruits par le traitement radiumthérapique.

L'intervention chirurgicale consiste en une colpohystérectomie élargie avec ligature de l'utérine à son origine, avec curage des ganglions iliaques externes et internes enlevés avec le péritoine et le tissu cellulaire de la région. C. n'a eu ni mortalité post-opératoire immédiate, ni embolie post-opératoire. L'absence d'embolie post-opératoire était due, pense C., plus à l'abandon de la position opératoire de Trendelenburg qu'au lever précoce. Les complications post-opératoires ont été bien rares : une blessure de l'uretère qui a nécessité une néphrectomie secondaire et une cure d'une large fistule vésico-vaginale.

La statistique de l'auteur donne 35 malades sur 44, guéris après 5 ans, soit près de 80 p. 100 et 10 opérés sur 15 guéris après 10 ans, soit 66 p. 100.

J.-P. Binet.

Von W. Mobius (Leipzig). — **Le traitement du cancer primitif de la vulve avec remarques sur l'aiguillage de radium** (*Archiv für Geschwulstforschung*, t. 3, n° 4, 1951, p. 287-297, avec 14 fig. et 2 tabl.).

Le cancer de la vulve, qui n'est pas partout fréquent, mais dont la clinique gynécologique de Leipzig a soigné 109 cas, est traité par des méthodes très diverses, chirurgicales et physiothérapiques.

La statistique des 64 cas qui datent de plus de 5 ans donne 17 guérisons, soit 26 p. 100. Parmi ces guérisons, on relève des exemples de traitements très divers.

Depuis 1943, le traitement par aiguillage de radium est le traitement le plus employé par l'auteur. Il en donne la technique et montre, dans une série de photographies, que l'effet local obtenu peut être favorable. Ces cas sont trop récents pour que l'on puisse connaître l'efficacité curative de la méthode.

P. Moulonguet.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Robert Knight et **Van Zandt** (Memphis). — **Arthroplastie du coude (une étude des résultats éloignés)** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, Juil. 1952, p. 610-618, avec fig.).

Les auteurs estiment que l'arthroplastie est contre-indiquée :

1° Dans les cas où le sujet, a besoin pour un travail dur d'un membre solide, stable;

2° Dans la tuberculose;

3° Dans l'ostéomyélite hématogène ou résultant de fracture ouverte;

4° Dans l'ankylose extra-articulaire, par exemple celle qui succède à des fractures sus-condyliennes ouvertes et infectées de l'humérus;

5° Dans les cas d'atrophie musculaire trop prononcée du biceps et des muscles de l'avant-bras.

K. et Z. ont recours à une incision postérieure et recouvrent les surfaces articulaires de fascia lata.

Ils ont revu 14 ans après l'opération 45 de leurs opérés, 56 p. 100 ont eu de *bons* résultats (mouvements de 90 à 120° et bonne force musculaire); 22 p. 100 de résultats presque bons (mouvements de 70 à 90° avec force musculaire suffisante), 22 p. 100 de résultats non satisfaisants. 1 an après l'opération, il y a, en général, peu de changement soit fonctionnel, soit radiographique.

Albert Mouchet.

Herman Gladstone (New-York). — **Rupture des tendons extenseurs communs des doigts après fractures du poignet suivies de grosse déformation** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, Juil. 1952, p. 698-800, avec 4 fig.).

Alors que la rupture du tendon long extenseur du pouce après fracture de Pouteau-Colles est bien connue depuis longtemps, G. n'a trouvé dans la littérature que 2 cas de déchirure spontanée des tendons extenseurs communs des doigts; encore ces 2 cas publiés dans ce journal en 1948 par Vaughn-Jackson concernaient-ils des ruptures succédant non à des fractures, mais à des ostéo-arthrites du poignet.

G. publie 2 cas de rupture des tendons extenseurs communs des doigts après fractures du poignet.

Dans un des cas, la rupture tendineuse est survenue 10 ans après une fracture mal réduite du semi-lunaire (c'était le 4e tendon extenseur, érodé par un semi-lunaire fracturé et disloqué sur le dos de la lèvre postérieure de l'épiphyse inférieure du radius).

Dans un second cas, il y avait rupture des tendons extenseurs des 3e et 4e doigts 17 ans après une fracture de Pouteau-Colles consolidée avec un déplacement dorsal persistant de l'extrémité inférieure du cubitus.

G. pense que si l'on n'a pas publié de rupture de tendons extenseurs des doigts, alors qu'il y a plus de 100 cas publiés de rupture du tendon long extenseur du pouce, cela tient à ce que la déchirure d'un des tendons de l'extenseur commun des doigts ne détermine pas une grande incapacité et que le fait passe inaperçu.

ALBERT MOUCHET.

E. Hamlin (Boston). — **Excision limitée dans la maladie de Dupuytren** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 1, Janv. 1952, p. 94-97, avec 3 fig.).

De 1939 à 1949, 34 sujets atteints de maladie de Dupuytren furent opérés par excision totale de l'aponévrose palmaire à travers une incision longeant le pli de flexion palmaire inférieur, et au besoin incisions séparées aux doigts. 30 opérés eurent des résultats satisfaisants, mais seulement après une période de 43 à 310 jours (avec une moyenne de 118 jours). Cette lenteur de la guérison est attribuée par H. à l'immobilisation post-opératoire prolongée de la main, nécessitée par l'importance de la dissection sous-cutanée.

Aussi, sur 14 autres malades, il s'est borné à n'enlever que les parties malades de l'aponévrose palmaire, et cela à travers une incision verticale, coudée en baïonnette au niveau des plis de flexion; cette incision peut être très courte; on peut en faire une seconde à peu de distance, s'il y a une autre bande de tissu malade. L'opéré est invité à mobiliser ses doigts immédiatement. La durée nécessaire pour un résultat satisfaisant a varié entre 12 et 30 jours avec une moyenne de 21 jours.

Le seul inconvénient est la possibilité d'apparition ultérieure de la maladie dans de l'aponévrose restée en place. Mais H. n'en a observé que 2 cas. Et on peut les enlever par de nouvelles interventions faites sous anesthésie locale.

M. GUIMBELLOT.

H. J. Richards. — **Maladie de Dupuytren traitée par la vitamine E** (*British Medical Journal*, 21 Juin 1952, p. 1328).

L'auteur suit l'action d'un traitement ne comportant que la seule vitamine E (Ephinal), sur 46 cas de maladie de Dupuytren, dont 24 lésions bilatérales. La vitamine E est administrée durant 3 mois au moins à la dose de 100 mg 2 fois par jour.

Les résultats sont étudiés sur 3 groupes de sujets.

Le groupe I, 48 mains, ne comprend que les épaississements aponévrotiques.

Le groupe II, 15 mains, comprend les flexions de moins de 30°, d'un ou plusieurs doigts.

Le groupe III comprend les flexions de plus de 30°.

L'apparition d'un gonflement douloureux de l'aponévrose serait spécifique de l'action du traitement. Mais en aucun cas, il y eut amélioration.

C. NARDI.

Le Gérant : G. MASSON.

13.676. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 2e trimestre 1953. — N° d'ordre 1.667. MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Travail de la Clinique chirurgicale du Professeur Costantini

Les cholerragies consécutives aux interventions pour kystes hydatiques du foie.

(Moyens d'étude et physiopathologie.)

Par MM.

R. BOURGEON et H. PIETRI

(Alger).

Les fistulisations biliaires peuvent assombrir les lendemains d'opération pour kyste hydatique du foie et, cependant, jusqu'à ce jour, aucun indice clinique ne permet de prévoir leur apparition, d'évaluer leur durée et d'apprécier leur gravité. Les chirurgiens le savent bien, qui, en présence d'une cholerragie, se demandent soucieux, au bout de la première semaine, si l'inquiétante auréole jaune qui traverse les plus épais pansements ne marque point le début d'une longue ère de fistulisation.

Et il n'est pas rare que la fistule s'éternise à un point tel que le patient n'y reconnaît plus les bienfaits de l'opération et l'opérateur, l'excellence de sa méthode.

Jamais cependant (1) l'irritant problème des cholerragies du kyste hydatique opéré n'a été abordé de front et n'a suscité un travail d'ensemble dévoilant le mécanisme physiopathologique de leur apparition et énonçant les règles qui permettent de les éviter ou bien de les traiter, le cas échéant.

A une telle indifférence, opposée par les chirurgiens, face à un problème bien fait pour les tourmenter nous voyons plusieurs raisons : l'aridité du sujet, son apparente minceur et surtout cette tendance de l'esprit à considérer la bilirragie comme une infortune imprévisible, atteignant au hasard certains malades après les opérations les mieux achevées.

Et cependant pour négliger ces flux de bile post-opératoires on ne peut invoquer le prétexte de la bénignité. Car outre l'incommodité qu'elles

(1) Nous exceptons toutefois un remarquable travail de Terrier et Dujarier, datant de 1906 et traitant le sujet d'une façon exhaustive pour l'époque. Si l'on considère la date de parution, on conviendra que la chirurgie du kyste hydatique en était à ses balbutiements, et, que l'étude des cholerragies est à refaire.

créent, ces fistules peuvent, par la déperdition continue de bile, entraîner des troubles métaboliques sérieux dont certains conduisent parfois à la cachexie. Que la vie d'un opéré puisse être mise en question par une telle complication écarte toute idée de bénignité et ne permet pas de consentir qu'un pareil sujet soit relégué parmi les problèmes subalternes.

Nous pensons finalement que l'ostracisme qui frappe les cholerragies tient surtout à la difficulté de leur étude et à l'insignifiance des données de la clinique.

Par contre, dès qu'on use des méthodes de radiomanométrie biliaire et de kystocholangiographie, on est surpris dès l'abord de la haute valeur et de l'extrême fécondité de ces moyens d'analyse. En possession de tels moyens d'investigation nous avons vite acquis la conviction que la solution du problème n'était pas hors de portée de nos efforts.

Nous n'aurons en vue, dans ce travail, que les cholerragies consécutives à des ouvertures des canaux biliaires intrahépatiques (1). Même limitée de la sorte, notre étude est appelée à déborder le cadre de l'hydatidose hépatique. *Car le mécanisme des cholerragies est un et nos conclusions seront donc des plus extensives* (2).

Les données de la Clinique.

Bien que les modalités symptomatiques des bilirragies soient variées, une étude purement descriptive n'acquiert pas ici cette valeur inductive féconde que la clinique connaît ailleurs.

Tout se passe comme si, pour chaque fistule, existait un coefficient propre de vitesse de tarissement, coefficient variable d'un cas à l'autre.

Terrier et Dujarier se sont livrés avec patience, au début de ce siècle, à l'étude des formes cliniques des bilirragies : leurs constatations restent toujours actuelles. Nous voudrions cependant ajouter quelques remarques.

Les notions de *durée* et de *débit* de l'écoulement que l'on pourrait croire suffisantes apparaissent trop anarchiques pour servir au classement des fistulisations biliaires. Si, par exemple, l'observation nous apprend vite que le flux biliaire est presque toujours important dans les premiers jours qui suivent l'intervention, nous remarquons aussi vite que pour des périodes de début assez semblables correspondent des évolutions très différentes : telle bilirragie qui paraissait inquiétante tournera court en moins d'une semaine, alors que telle autre, d'allure plus discrète, menacera de s'éterniser.

Dans d'autres circonstances c'est un tout petit écoulement qui caractérisait les suites opératoires immédiates; puis le flux deviendra de jour en jour plus abondant, jusqu'à représenter l'intégralité de la sécrétion biliaire. (Corollaire : l'intestin privé de bile évacuera des *selles décolorées*.)

(1) C'est pourquoi nous n'envisagerons pas ici le mécanisme très particulier, décrit par J. Caroli, d'une cholerragie par fistule kysto-vésiculaire et dispositif à soupape du cystique. Nous tenons à souligner que cette publication est la première à notre connaissance, qui aborde avec discernement le problème des cholerragies.

(2) Bourgeon et Pietri. — Les fistulisations biliaires externes et internes au cours de l'amibiase suppurée. *Lyon Chirurgical*, Août-Septembre 1952, t. **47**, n° 6, p. 729-739.

Autre aspect clinique déconcertant, c'est l'observation dans certains cas d'une *intermittence de l'écoulement;* et là encore rien de plus imprévisible que ces arrêts soudains, suivis à plus ou moins longue échéance de reprise du flux biliaire. Bien entendu nous ne faisons pas allusion, ici, aux fluctuations de la cholerragie dans les périodes de jeûne et de digestion, mais à celles qui se produisent dans les cholerragies de long cours et où, par exemple, après plusieurs semaines d'assèchement, on assiste à une reprise de l'écoulement.

Force nous est donc, devant ces aspects déroutants de la symptomatologie, de nous contenter de noter les caractéristiques de chaque cholerragie.

Pour tout écoulement, il faudra considérer :

La qualité de la sécrétion : bile pure, foncée, jaune d'or, bile mêlée de pus, renfermant des débris hydatiques...

L'intensité du débit : simple suintement biliaire, écoulement abondant ou massif avec selles décolorées (bilirragie totale).

Les variations de débit au cours des périodes de jeûne, de digestion; dans les changements de position : décubitus dorsal, latéral, procubitus, station debout ... et aussi fluctuations de ce débit non plus seulement d'un moment à l'autre de la journée mais dans le temps : évolution régressive de l'écoulement ou au contraire, accroissement de débit de jour en jour.

La durée de la fistulisation enfin, en se souvenant de la possibilité d'arrêt et de reprise lointaine de l'écoulement.

Les données les plus précieuses de la clinique nous les trouvons dans l'examen de *l'orifice fistuleux externe*, et, éventuellement, dans l'inspection de la *cavité résiduelle du kyste.*

L'orifice fistuleux est plus ou moins large, plus ou moins béant; il permet de découvrir dans certains cas, en profondeur la cavité résiduelle. On peut voir alors une nappe biliaire qui occupe la partie déclive de la poche hydatique. On peut aussi saisir un passage de cette bile vers l'extérieur, à l'occasion d'un changement de position, d'un mouvement respiratoire profond.

Et si l'on réussit à assécher par des compresses montées, cette cavité, il n'est pas rare de découvrir sur une des faces un conduit biliaire ouvert, identifiable par sa traînée de bile. Il nous fut donné, dans de pareilles circonstances, non seulement de voir le canal fistulisé, mais de le photographier et de le catéthériser (obs. I).

Les *constatations opératoires* sont à rapprocher de celles apportées par l'exploration directe de l'orifice fistuleux externe et de la cavité résiduelle.

Si un kyste bilieux est trouvé à l'intervention, une simple inspection de la surface interne du périkyste permet, dans la plupart des cas, de situer les ouvertures biliaires. Dans les cas de kystes clairs l'observation est souvent infructueuse.

Il est un moyen très simple de reconnaître les ouvertures biliaires en cours d'intervention, aussi bien en cas de marsupialisation que lors des périkystectomies : il suffit de pousser dans la vésicule ou le cholédoque une *solution de bleu de méthylène.* A contre-courant le liquide teinté reflue dans l'arborisation biliaire et marque par une tache colorée le siège des ouvertures. Il est alors facile de détailler ces fistules, voire de les catéthériser aux fins d'explorer les voies biliaires de l'aval.

Ces constatations cliniques, opératoires, pour intéressantes qu'elles

soient, demeurent vaines et stériles si rien ne vient les étayer. *Vue du dehors*, la cholerragie se prête difficilement à une interprétation pathogénique. Personne, en effet, n'oserait, d'après ces seules données, jeter les bases d'un traitement rationnel des écoulements bilieux post-opératoires.

La radiomanométrie biliaire, la kystoradiomanométrie biliaire, méthodes d'étude des cholerragies.

Autrement féconde et efficace est l'étude méthodique des cholerragies du kyste hydatique par la cholangiographie. Nous avons de parti pris pratiqué des *cholécystostomies d'exploration*. La voie vésiculaire semble être la voie d'élection pour l'introduction du liquide opaque et permet des découvertes intéressantes sur les communications entre les voies biliaires et la cavité kystique. Mais on peut aussi recourir en l'absence de cholécystostomie, à l'opacification par l'orifice fistuleux lui-même. La difficulté alors est d'obtenir l'étanchéité autour de la sonde : la pression manuelle des lèvres de la plaie, une sonde à ballonnet, la sonde de Pouliquen, y parviennent de façon généralement satisfaisante. Pour la plupart de ces investigations, nous nous sommes servis de l'appareil de Caroli. On trouvera ailleurs (1) de plus amples détails sur cette méthode d'exploration biliaire de kyste hydatique opéré.

Il nous a vite paru évident que le cheminement du Ténébryl de la vésicule biliaire à l'intestin et à la poche kystique était à peu de choses près celui qui s'opère physiologiquement, la substance opaque ne faisant que *marquer* le cours de la bile. Les cholerragies d'une part, l'orientation du cours biliaire en cas de fistule d'autre part, trouvaient dès lors, leur moyen d'étude le plus adéquat.

Ainsi donc, pourvu que l'on opère avec quelques précautions *toute cholerragie peut avoir sa représentation cholangiographique et manométrique.* Et alors de véritables diagrammes sont obtenus sur lesquels se découvre toujours *un même dispositif :* fistule biliaire interne, cavité résiduelle, trajet fistuleux externe.

Si nous anticipons un peu sur une terminologie que nous détaillerons plus loin, c'est que nous allons retrouver ces données à tout instant dans es observations de cholerragie.

Observations.

Nous possédons un nombre important de cas de kystes hydatiques du foie opérés, suivis de cholerragie et étudiés tant du point de vue clinique que du point de vue cholangiographique. Mais nous ne donnerons ici que quelques observations parmi les plus démonstratives.

Observation I (Résumé). — Mme Fatma est une femme indigène de 29 ans qui a été hospitalisée pour une volumineuse tumeur kystique du foie accompagnée de crises douloureuses et d'ictère. Casoni positif.

Intervention le 5 Juin 1950 (professeur Costantini).

(1) Pietri, H. — Cholangiographie et kystocholangiographie dans la chirurgie du kyste hydatique du foie. *L'Afrique Française Chirurgicale*, 1951, t. **131**, p. 259-265.

Kyste hydatique énorme, à cheval sur les 2 lobes, 4 l de liquide épais, sale, avec vésicules filles, sont ponctionnés au trocart.

Périkystectomie impossible.

Marsupialisation et cholécystostomie.

Les *suites opératoires* sont marquées par l'apparition d'une *cholerragie de grande abondance*. Nous remarquons que l'issue de bile se fait essentiellement par l'orifice

Fig. 1. — Radiomanométrie biliaire par la sonde de cholécystostomie : il existe quelques passages dans le duodénum, mais surtout une fuite ininterrompue du Ténébryl dans la cavité résiduelle du kyste. L'ouverture kysto-biliaire est sûrement large et doit siéger sur un gros tronc biliaire : seules, en effet, sont teintées les grosses branches de division du canal hépatique.

de marsupialisation. *La sonde de cholécystostomie ne draine, en effet, qu'une toute petite quantité de bile :* 10-15 cm³ par 24 h.

Le 21 Juin 1950 : Radiomanométrie biliaire par la sonde de cholécystostomie (Examen pratiqué à l'appareil de Caroli), figure 1.

Cette exploration permet de s'assurer de la parfaite liberté de la voie biliaire principale et nous indique l'existence d'une large ouverture kysto-biliaire. Nous la déclarons large parce que le ténébryl aux pressions de 12-15 cm d'eau passe beaucoup plus facilement dans la cavité résiduelle que dans le duodénum, et cependant aucun obstacle n'existe sur l'hépatocholédoque.

Il ne nous a pas été possible de situer le siège précis de l'ouverture tant à l'examen radioscopique que sur les clichés.

Un mois et demi après l'intervention la fistule biliaire se maintient aussi importante qu'au début. Les selles restent toujours colorées malgré l'abondance de l'écoulement.

Au cours d'une vérification de pansement, apparaît détaché au travers de l'orifice de marsupialisation un vaste lambeau de périkyste. Cette périkystectomie spontanée, mais partielle, sera complétée quelques jours plus tard par l'ablation du fragment de périkyste restant. Cette ablation se fait simplement par des tractions douces exercées sur la membrane adventice en voie de décollement.

Toute la cavité résiduelle est alors dépourvue de membrane et on ne peut manquer d'être frappé par l'étendue de la surface du foie mise ainsi à nu.

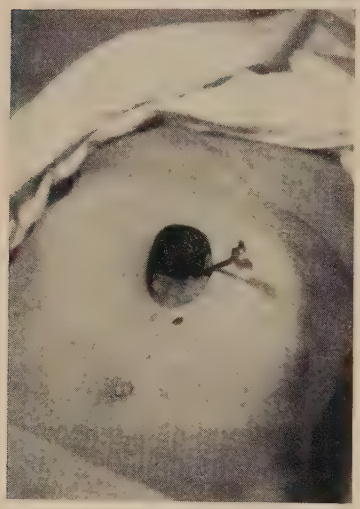


Fig. 2. — Photographie de l'orifice fistuleux externe. Cette photographie donne une idée des dimensions de la cavité résiduelle. Elle permet aussi de voir le canal biliaire ouvert : une sonde cannelée a été insinuée dans le bout distal vers le cholédoque.

Dix jours après, en inspectant la poche résiduelle au travers de la bouche de marsupialisation, on découvre une sorte de gouttière blanchâtre que l'on identifie vite comme un gros canal ouvert.

On aperçoit du reste, au cours de cet examen, de fréquentes régurgitations de bile jaune d'or par le bout distal du canal ouvert. L'ouverture étant située près du confluent de l'hépatique nous comprenons que la bile qui résurgit ne peut être qu'une bile de reflux, provenant de tout le secteur droit du foie.

L'abondance des régurgitations est telle que l'on craint, encore une fois, que des débris obstruent la voie biliaire en aval. On se décide alors de vérifier la perméabilité des voies biliaires, mais cette fois par le *canal ouvert*, puisque, entre temps, la sonde de cholécystostomie était tombée sans laisser de fistule cutanée. (Fig. 2, qui montre le canal ouvert, sonde cannelée insinuée au travers de la fistule.)

Cette deuxième cholangiographie est exécutée à la seringue, après avoir placé un cathéther fin dans le canal ouvert. La sonde est poussée vers le cholédoque sur 3-4 cm de longueur, elle s'adapte parfaitement au calibre du conduit biliaire fistulisé.

Les images obtenues (fig. 3) sont très spectaculaires :

Toutes les voies biliaires du lobe droit, la voie biliaire principale et accessoire sont opacifiées.

Le lobe gauche n'est pas intéressé par l'opacification, il est hors circuit.

Ajoutons qu'une augmentation des pressions au cours de l'exploration a déclenché une hépatalgie assez vive : ce qui correspond à l'épreuve de la douleur provoquée de Caroli. Or, cette épreuve avait été négative, impossible à réaliser au cours de la première exploration radiomanométrique : ce qui s'explique par la fuite de pression réalisée par l'ouverture kysto-biliaire.

L'état de cachexie profonde dans lequel se trouvait notre malade nous fit envisager une ligature du canal ouvert afin de diminuer la déperdition biliaire.

La *ligature* est faite sans le secours de l'anesthésie. Elle se révèle très douloureuse, non pas au moment du passage des fils, mais au moment même de la ligature.

Cette ligature réduit notablement la cholerragie mais ne la supprime pas entièrement. De la bile s'écoule, en effet, par le bout supérieur du conduit ouvert et cette bile représente la sécrétion biliaire de ce qui reste à gauche de parenchyme fonctionnel.

Nous nous proposions d'explorer ce secteur gauche pour en apprécier l'importance avant de procéder à une hépatectomie gauche, la seule intervention logique qui nous restait pour tarir complètement la bilirragie.

Mais l'état de la malade ne cessa de décliner. Elle fut emportée un mois plus tard par une poussée de granulie.

Obs. II. — I. Rabah est opéré le 16 Octobre 1950 avec le diagnostic d'abcès amibien du foie. Il s'agit en réalité d'un pyo-pneumo-kyste hydatique du foie : on découvre en effet, à l'intervention, un périkyste calcifié, quelques vésicules filles et du pus à odeur fétide. On note aussi sur la membrane adventice des traînées de bile concrétées qui témoignent d'une communication du kyste avec les voies biliaires. Marsupialisation simple.

Les suites opératoires sont longues et troublées par une *abondante cholerragie :*

Fig. 3. — Cholangiographie après mise en place d'une sonde dans le canal biliaire ouvert. Cliché tiré sous légère pression : la sonde s'adaptant parfaitement au calibre du canal ouvert, il n'existe pas de fuite et le système biliaire teinté est maintenant un ensemble clos. C'est pourquoi le malade a signalé une hépatalgie lors de l'injection. La sonde ayant été poussée dans le bout distal du conduit ouvert, le lobe gauche n'est pas intéressé par l'opacification (obs. I).

un flot impressionnant de bile souille entièrement les plus épais pansements de corps qu'il faut renouveler 2-3 fois en 24 h. Les selles restent cependant colorées.

Le 24 Octobre 1950 kystocholangiographie à la seringue. Après avoir poussé 150 cm³ de ténébryl on voit se dessiner une partie des voies biliaires : hépatocholédoque, vésicule biliaire. Les ramifications intrahépatiques sont mal visibles et n'intéressent que de gros troncs. La fistule kysto-biliaire est donc proche du confluent de l'hépatique (fig. 4).

Le 31 Octobre 1950 exploration au miroir de Clar de la cavité résiduelle : examen difficile parce que la poche est profonde et anfractueuse. Malgré un essai d'assèche-

ment de la cavité par des compresses il nous fut impossible de découvrir l'emplacement de la fistule.

Dans les jours qui suivent on assiste à une reprise rapide de l'état général : la plaie opératoire se ferme à vue d'œil et la fistule biliaire a un débit qui décroît de jour en jour.

Le 12 Novembre 1950 l'orifice fistuleux externe est entièrement fermé.

Fig. 4. — Kystocholangiographie montrant : une volumineuse cavité résiduelle (2), l'hépatocholédoque (4), le cystique (5) et une branche de division (3) du canal hépatique. En (1) traînée de Ténébryl refluant vers la peau par l'orifice fistuleux externe. Sur ce cliché le duodénum n'est pas teinté, mais d'autres films de la même série montrent d'abondants passages de la substance opaque dans l'intestin.

Mais par suite d'un malentendu toute médication antibiotique avait été suspendue deux jours auparavant. Il y eut un réveil rapide de l'infection, le teint devient subictérique, la température s'élève et une formule sanguine donne, du reste, des signes de suppuration.

On se hâte de remettre le malade aux antibiotiques et un drain est insinué dans la cavité résiduelle après désunion des lèvres de la plaie opératoire. La bile qui s'écoule tout d'abord est trouble : elle redevient vite jaune d'or.

Cholangiographie (14 Novembre 1950), par une sonde poussée dans la cavité résiduelle (fig. 5).

50 cm³ suffisent pour opacifier la cavité et teinter les voies biliaires. Le cholédoque, la papille sont libres et les passages duodénaux fréquents.

On entretient une dizaine de jour le drainage externe : l'écoulement biliaire est modéré, la température normale. Avec l'ablation du drain l'écoulement devient insignifiant et se tarit enfin. *Le 6 Décembre 1950 la plaie pariétale est complètement fermée.*

Le 12 Décembre 1950 nous proposons au malade une nouvelle exploration cholan-

Fig. 5. — Kystocholangiographie qui permet ici de situer le conduit biliaire ouvert (3) et (3'). Noter la réduction de la cavité résiduelle (2) et l'injection du Wirsung (7).

giographique. Mais comme il n'existe plus d'orifice fistuleux, nous devons en recréer un, à l'emplacement de l'ancienne fistule externe. Au moyen d'une sonde cannelée on retrouve l'ancien trajet fistuleux; après quoi, une sonde fine est poussée sur 15 cm de longueur dans la poche résiduelle (fig. 6).

On injecte alors du ténébryl à la seringue : 15 cm³ opacifiant la cavité et déjà, chose surprenante, les voies biliaires se teintent. Sur les films tirés on retrouve, à peu de chose près la même morphologie des voies bilaires. Seule la cavité résiduelle s'est fortement rétractée.

Ainsi donc, après fermeture de l'orifice fistuleux externe, la fistule interne kysto-biliaire reste perméable.

Un mois après cette exploration le malade sort du service en parfait état de santé.

Obs. III. — **Homme de 39 ans opéré pour deux kystes hydatique du foie. L'un de ces kystes situe sur le lobe gauche est inonde de bile. Le second siège dans le lobe droit et son contenu est clair.**

Pour le kyste gauche on pratique une kystectomie subtotale et ce qui reste de la poche est marsupialisé.

Pour le droit, moins accessible, seule est enlevée la partie superficielle du

Fig. 6. — Kystocholangiographie pratiquée 1 semaine après extinction de la cholerragie. Il a fallu recreer l'orifice fistuleux externe et introduire une sonde très fine dans la cavité résiduelle. L'image obtenue est presque superposable au cholangiogramme de la figure 5) : *la fistule interne survit donc après cessation de la cholerragie.* **Noter enfin la réduction de la cavité résiduelle (obs. II).**

pericyste; la cavité restante est reduite et fermee sans drainage.

Dans les suites operatoires immediates on note un léger suintement bilieux au niveau de l'orifice de marsupialisation du kyste gauche.

Puis de jour en jour cet écoulement s'accroit au point de devenir impressionnant au quinzaine de jours après l'operation. On songe alors à verifier la couleur des selles : les dernières sont *décolorées. La cholérragie est donc totale.*

Parallèlement le foie est devenu volumineux et la palpation est très sensible sur son secteur droit, qui déborde largement le rebord costal. Il existe enfin une température oscillant entre 38 et 39°.

Par l'orifice fistuleux (bouche de marsupialisation du kyste gauche) qui est du reste très etroit, on pousse du ténébryl et l'on tire deux clichés. La sonde qui a

servi à l'injection a été retirée avant la prise de chacun des films.) Sur le premier film on peut voir (fig. 7) :

Une cavité résiduelle au fond de laquelle s'ouvre un conduit biliaire;

Un arrêt du liquide opaque à la partie moyenne du canal hépatique commun.

Sur le second film on aperçoit faiblement teinté le cholédoque, un segment du cystique. Il y a même un passage duodénal. *Ce cliché a été tiré sous de plus fortes pressions* et l'obstacle sur l'hépatique a pu être forcé (fig. 8).

Cet obstacle figure sur les clichés l'image d'une compression. Celle-ci est due

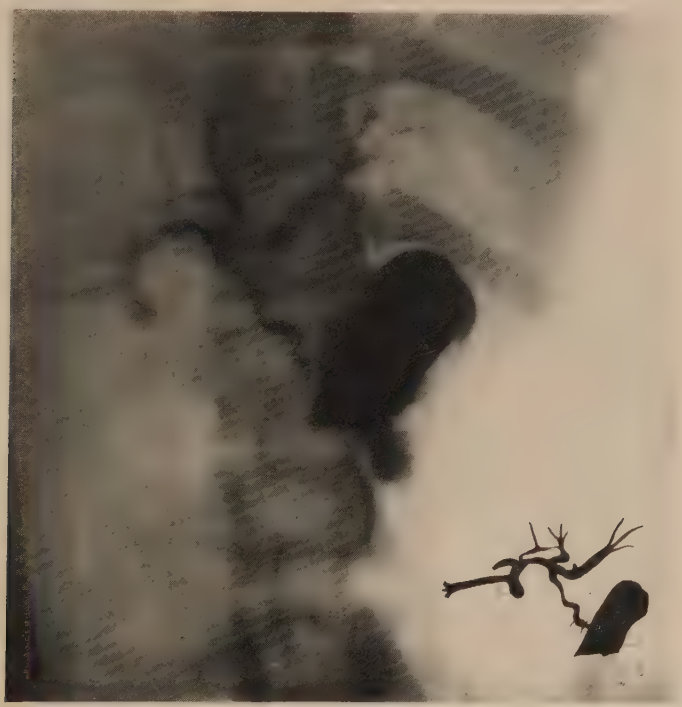


Fig. 7. — Kystocholangiographie au travers de l'orifice kysto-cutané du kyste gauche. L'exploration a été pratiquée au moyen d'une sonde S que l'on a poussée dans la cavité résiduelle du kyste gauche (*la sonde a été retirée avant la prise du cliché*). Ce film montre la cavité résiduelle du kyste gauche (1), le conduit biliaire ouvert (3) qui draine toute la sécrétion biliaire — il y a cholerragie totale — et enfin l'arrêt franc (2) sur le canal hépatique.

à l'existence de la cavité résiduelle du kyste droit emplie à nouveau et suppurée.

Une réintervention permet de confirmer ce diagnostic de compression : on retire de la cavité droite, qui est sous tension plus de 1 l de pus teinte chocolat. Marsupialisation associée à une cholécystostomie.

Dès le lendemain, la cholérragie par l'ancien orifice fistuleux cesse. La sonde de cholécystostomie a laissé passer 200 cm³ de bile foncée.

Dans les jours qui suivent, les selles se recolorent et le débit biliaire par la sonde de cholécystostomie se réduit.

Une deuxième cholangiographie (fig. 9) est pratiquée 10 jours après cette seconde opération : elle montre que la liberté des voies biliaires est rétablie. L'ancienne communication kystobiliaire ne se voit plus et de ce fait la cavité résiduelle du kyste gauche n'apparaît plus. Cette fistule kysto-biliaire a joué un rôle providentiel de dérivation biliaire et a évité la survenue d'un ictère par rétention.

Obs. IV. — Bien qu'elle n'ait pas précisément trait à une intervention de kyste hydatique opéré, nous citons cette observation pour montrer une cause possible de cholérragie qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit : le calcul dissimulé du cholédoque.

Il s'agit d'une malade de 67 ans, amaigrie, fébrile, se plaignant depuis 6 mois de crises douloureuses de l'hypochondre droit sans ictère.

A l'examen physique, masse dure, de la grosseur d'une poire dans la région vésiculaire. On pense à une néoformation du foie.

Cholécystographie négative : pas d'image de calcul. Mais le film montre une

Fig. 8. — Kystocholangiographie avec pressions plus fortes : l'obstacle sur l'hépatique a été forcé et le Ténébryl teinte légèrement l'hépatocholédoque et le deuxième duodénum.

image de la grosseur d'une mandarine située dans le lobe droit du foie. L'image est certainement due à un kyste hydatique calcifié.

L'intervention qui a lieu le 3 Janvier 1950 consiste à enlever un énorme calcul vésiculaire et à pratiquer une cholécystostomie. On ne touche pas au kyste hydatique en raison du mauvais état général de la malade.

Les suites opératoires sont mauvaises et une abondante cholerragie survient : les selles restent cependant colorées.

Une exploration cholangiographique (fig. 10) pratiquée quelques jours après l'opération permet la découverte d'un gros calcul du bas cholédoque qui avait échappé à l'exploration digitale en cours d'intervention.

On conçoit sans peine que la cholangite et l'hypertonie oddiennes post-opératoires ont contribué à rendre très serré l'obstacle sur le cholédoque terminal. Ces mêmes facteurs auraient joué en cas d'intervention sur le kyste hydatique.

Fig. 9. — Cholangiographie par la sonde vésiculaire. La compression sur l'hépatique a été levée : voie biliaire principale redevenue libre. L'ancienne communication kysto-biliaire, à gauche, ne se voit plus; du reste cette fistule a cessé de fonctionner quand la collection purulente droite a été vidée. (Le drain D donne le siège de cette poche purulente.)

Le 8 Novembre 1950 une deuxième intervention enlève le calcul cholédocien et guérit en quelques jours la malade.

Le kyste hydatique, probablement involué, a été laissé en place.

***

Physiopathologie des kystes hydatiques opérés.

Avant d'envisager le mécanisme général des écoulements de bile post-opératoires, il est nécessaire d'ouvrir une parenthèse de terminologie anatomique.

Considérons une *cavité résiduelle* post-opératoire après marsupialisation. Elle communique à l'extérieur par la *fistule externe*, véritable drain kysto-cutané (fig. 11).

La cholangiographie découvre qu'*invariablement* il existe une ou plusieurs communications *kysto-biliaires* ou *fistules internes* ou profondes.

Nous retrouvons ces mêmes données après péri-kystectomie qui peuvent être suivies de bilirragie quand on laisse un drainage dans la cavité résiduelle.

Ce dispositif kystique avec ses communications interne et externe s'in-

Fig. 10. — Cholangiographie par la sonde vésiculaire. La cholerragie presque totale s'explique par la présence d'un gros calcul du cholédoque passé inaperçu à l'intervention. (L'ablation des calculs vésiculaires n'a pas, du reste, été complète.) A noter les rapports étroits du kyste et des voies biliaires.

tègre dans un système plus vaste, celui de l'ensemble des voies biliaires qui offre à considérer :

Un *courant biliaire principal*, hépato-cholédoque, avec cette ouverture diaphragmée qu'est le sphincter d'Oddi.

La *Voie biliaire accessoire*, voie difficile à remonter, vue la finesse et les méandres du cystique et aussi l'existence du sphincter vésiculaire.

Voyons successivement et aussi en détail que possible, comment se présentent, sous l'angle radiomanométrique, les cas de fistule biliaire.

A. — Lorsque le Ténébryl montre une voie biliaire principale libre.

L'existence d'une cavité hydatique résiduelle et d'une fistule kysto-cutanée branchée sur le dispositif biliaire libre crée une *inversion du courant biliaire habituel.* Cela est dû à l'accomplissement par la cavité pathologique du rôle dévolu à la vésicule, c'est-à-dire du rôle de la mise en charge de la bile au cours des périodes de jeûne.

La cavité résiduelle ouverte à l'extérieur crée, par ses pressions basses, une zone d'appel de la bile et imprime au fluide biliaire une nouvelle direction.

Ainsi la cholerragie survient parce que le sphincter d'Oddi est fermé d'une

Fig. 11. — *Éléments constitutifs d'une cholerragie.* 1) Cavité résiduelle du kyste hydatique. 2) Fistule biliaire interne ou kysto-biliaire, avec : A) branche d'aval du conduit ou bout cholédocien, A') Branche d'amont du canal biliaire ouvert ou bout parenchymateux. 3) Fistule biliaire externe ou fistule kysto-cutanée. 4) Périkyste. 5) Sphincter d'Oddi. 6) Vésicule biliaire. 7) Cystique.

part, et que d'autre part, la pression sécrétoire dans les conduits biliaires oriente plus facilement la bile vers la cavité résiduelle et l'extérieur que vers la vésicule biliaire. Ceci explique le faible débit biliaire de la sonde de cholécystostomie alors qu'existe un flux biliaire important par la bouche de marsupialisation.

Nous pouvons donc prévoir que le remplissage de bile dans la cavité résiduelle se fera au maximum dans les périodes de fermeture du sphincter d'Oddi.

La radiomanométrie biliaire nous a permis de confirmer à maintes reprises cette notion. En cas d'ouvertures kysto-biliaire et kysto-cutanée, le Ténébryl, aux pressions de 20-25 cm d'eau — qui entraînent habituellement une fermeture oddienne — ne passe plus dans le duodénum et s'écoule d'une manière ininterrompue dans la cavité résiduelle et de là vers l'extérieur.

La contracture du sphincter d'Oddi peut être physiologique ou pathologique. Nous avons envisagé jusqu'à présent un fonctionnement physiologique normal du sphincter d'Oddi. Il est facile de comprendre que l'hypertonie oddienne renforcera le débit fistuleux, tandis que l'hypotonie le fera décroître.

Or l'*hypertonie oddienne* est pour ainsi dire constante dans les premiers jours qui suivent une intervention. C'est elle qui donne l'explication de l'abondance de la cholerragie constatée à cette période.

On peut penser, pour expliquer cette susceptibilité sphintérienne des lendemains opératoires, que c'est le traumatisme opératoire qui modifie les conditions du tonus nerveux régional; mais le rôle irritatif du liquide formolé filant dans les voies biliaires, la cholangite enfin peuvent également intervenir.

Du reste l'hypertonie cède assez vite et disparaît après une dizaine de jours. On note alors une diminution du débit biliaire par la fistule externe et dans quelques cas son tarissement.

Ceci nous amène à envisager le déterminisme de l'*extinction d'une cholerragie, quand la voie biliaire principale est libre.*

Ici intervient alors la fistule kysto-cutanée.

Nous avons jusqu'à présent considéré le cas où cette ouverture cutanée était béante, avec pression de résistance nulle.

Imaginons maintenant une *fistule kysto-cutanée étroite*, ce qui est d'ailleurs la règle au bout de quelques semaines par suite du travail de cicatrisation de la plaie opératoire.

Si la résistance rencontrée par la bile au niveau de l'orifice kysto-cutané surpasse celle rencontrée au niveau de la papille, l'écoulement de la bile sera surtout duodénal et la cholerragie ne portera que sur une faible quantité de bile. Lorsque, enfin, l'orifice fistuleux externe sera complètement fermé, la cholerragie s'éteindra.

Mais que devient alors la fistule biliaire interne ? Il n'y a pas lieu d'envisager ici le cas où la fistule biliaire interne étroite et réduite à une simple fissuration s'obture spontanément, la bilirragie est de ce fait stoppée, et dans ces conditions l'orifice fistuleux externe se ferme dès que la cavité résiduelle est propre; il persiste et draine les sécrétions de la poche restante dans le cas contraire.

Lorsque la fistule interne est large, l'observation II, d'ordre quasi expérimental, nous montre qu'elle persiste, survivant à la fermeture de l'orifice fistuleux externe. Et ceci est une surprise heureuse puisque la cavité résiduelle possède, grâce à ce canal biliaire ouvert, un drain providentiel. La cavité ne sera donc pas une poche close et son infection sera moins fréquente.

Ainsi nous voyons se dessiner le mécanisme général de tarissement, d'extinction des cholérragies.

La déduction logique qui vient aussitôt à l'esprit est que pour supprimer une cholerragie il suffit simplement de fermer l'orifice fistuleux externe. Mais des conditions sont préalablement requises : il faut que le drain interne fonctionne parfaitement et que la voie biliaire principale soit libre et non susceptible de s'obstruer.

Or ces conditions ne sont réalisées qu'une fois que la cavité résiduelle se trouve bien détergée, vide de débris hydatiques et de tissus mortifiés.

C'est bien pourquoi il est prudent de maintenir le drainage externe tant que l'on n'est pas assuré de la parfaite propreté de la cavité hydatique.

Dans l'observation II nous avons vu les inconvénients d'une fermeture hâtive de l'orifice fistuleux externe.

A cet égard, la périkystectomie en laissant une cavité résiduelle sans débris hydatique peut dispenser dans beaucoup de cas d'un drainage externe de sécurité, et ceci malgré des ouvertures biliaires dûment constatées.

Avant de passer à quelques cas d'espèce de cholerragies survenant malgré une voie biliaire principale libre, nous voudrions souligner les faits les plus marquants de l'étude précédente :

Il y a cholerragie quand une cavité résiduelle opératoire communique d'une part avec l'extérieur et d'autre part avec le système biliaire.

Il existe ainsi un double drainage de ces cavités. A l'un des pôles du système c'est le sphincter d'Oddi qui règle le cours de la bile et commande ses reflux vers la cavité restante et la fistule kysto-cutanée. A l'autre extrémité apparaît le rôle régulateur joué par la bouche fistuleuse elle-même. Ce double drainage ne se justifie plus lorsque la cavité résiduelle est détergée et que le drainage interne vers l'intestin fonctionne bien. C'est alors que les deux drainages se contrarient et que l'externe, qui est de trop, entretien *inutilement* la cholerragie.

Sur quelques modalités anatomo-cliniques de cholerragie avec voie hépato-cholédocienne libre.

1° Influence du calibre du canal biliaire ouvert et des dimensions de la fistule interne sur le débit de la cholerragie.

Si l'ouverture porte sur une branche de division du canal hépatique, ou ailleurs, sur un conduit ectasié, si les dimensions de la fistule interne sont notablement plus grandes que celles de la papille ouverte, alors la bilirragie sera très abondante. Les résistances étant plus faibles du côté cavitaire que du côté intestinal, le gros de la sécrétion biliaire se dirigera vers l'extérieur.

2° Influence du nombre d'ouvertures kysto-biliaires sur le débit.

L'épreuve du bleu de méthylène per-opératoire, encore mieux que la radiomanométrie biliaire, nous montre la fréquence des communications kysto-biliaires multiples. Il est certain que la multiplicité des ouvertures nous replace dans des conditions voisines de celles réalisées par une large plaie biliaire; et par un mécanisme semblable les ouvertures multiples vont déterminer une abondante cholerragie.

3° Les cholerragies par sécrétion lobaire directe.

La fistule biliaire externe est alimentée par la bile de reflux qui remonte à contre-courant et aussi, par la bile amenée directement par le canal biliaire ouvert.

Un conduit biliaire ouvert offre, en effet, à l'étude : un côté cholédocien, d'aval, qui le solidarise avec l'ensemble canaliculaire et un côté parenchymateux d'amont, qui collecte la bile d'un secteur hépatique plus ou moins important.

Dans l'observation I, le bout parenchymateux drainait toute la bile sécrétée par ce qui restait du lobe gauche. Aussi la seule ligature d'aval, bien que supprimant le reflux cholédocien, ne pouvait tarir entièrement la bilirragie.

B. — Si la cholangiographie indique un obstacle.

La fistule biliaire s'explique immédiatement, mais ses modalités méritent de retenir notre attention.

Écartons d'abord la notion d'*obstacle fonctionnel du sphincter d'Oddi.* Nous venons de voir que l'hypertonie de ce sphincter, ou même son occlusion physiologique, jouent un rôle de régulation dans l'écoulement de la bile; mais il s'agit là de spasmes de type intermittent et malgré lesquels la voie biliaire n'en demeure pas moins libre.

On pourrait cependant concevoir des cas où la voie cesse d'être cholangiographiquement libre par *dyskinésie oddienne.* Nous ne possédons pas de faits bien probants appuyés sur un contrôle manométrique pour justifier les théories proposées en 1948 par Cendan. Cet auteur, on le sait, invoque des troubles dyskinétiques pour expliquer la fréquence de la lithiase dans l'échinococcose hépatique.

Nous tenons du reste, à ajouter qu'il est difficile d'interpréter les données manométriques en cas d'ouvertures kysto-biliaires.

Restent les cas qui relèvent d'un *obstacle organique.* Il s'agit alors, soit de compression, soit d'obstruction. Ces facteurs de cholerragie ont seuls été reconnus dans le passé, parce que très évidents.

La *compression* est relativement fréquente. Elle peut être due au kyste lui-même ou à un kyste de voisinage demeuré ignoré. Un kyste déjà traité peut engendrer une compression lorsqu'il ne possède pas, par exemple, un bon drainage interne et que sa cavité résiduelle se remplit à nouveau de bile ou de pus.

L'observation I nous a donné une belle image de compression du canal hépatique. Pauly cité par Terrier et Dujarier avait relaté en 1877 un cas semblable de compression par un second kyste passé inaperçu à l'opération. L'*obstruction* peut être réalisée :

1° *Par des vésicules ou débris hydatiques.*

C'est l'obstacle le plus cité, le plus classique. (Il doit devenir assez rare si l'on en croit notre statistique qui n'en relève pas un seul cas sur une centaine d'observations d'échinococcose hépatique.) C'est sur lui que se fonde d'ailleurs la position thérapeutique de l'École française dans le traitement de kystes ouverts dans les voies biliaires.

2° *Par un calcul.*

La coexistence d'un kyste hydatique et d'un calcul du cholédoque n'est pas une rareté. Kerh en avait depuis longtemps relaté deux cas.

Nous en produisons un bel exemple (obs. IV).

Il a été déjà dit que pour Cendan la dyskinésie des voies biliaires aurait un rôle lithogène important et expliquerait la rencontre fréquente de l'hydatidose et de la lithiase, celle-ci découlant de celle-là.

Si nous avions l'ambition de pénétrer les mécanismes intimes de production des cholerragies et de leur extinction, nous n'avons pas la prétention d'épuiser ce sujet dont la richesse apparaît extrême. Mais déjà la pratique répétée des cholangio et kysto-cholangiographies avec manométrie nous livre des éléments suffisants pour songer à aborder des problèmes thérapeutiques restés jusqu'ici sans solution.

Résumé.

Les cholerragies du kyste hydatique opéré sont d'interprétation difficile, sinon impossible, sans le secours de la cholangiographie. L'introduction dans les voies biliaires d'une substance opaque permet de découvrir les facteurs propres à créer une cholerragie : d'une part l'ouverture kysto-biliaire et d'autre part l'orifice fistuleux externe et entre les deux pôles une cavité résiduelle. Cette méthode d'exploration permet de classer les cholerragies en deux catégories.

I. — *Cholerragies sans obstacle de la voie biliaire principale.*
Jusqu'à ce jour mal comprises aussi bien dans leur déterminisme que dans leur mode d'extinction. La bilirragie s'explique par l'existence du dispositif fistule kysto-biliaire cavité résiduelle — orifice fistuleux externe qui crée une inversion du courant biliaire quand le sphincter d'Oddi est fermé. La bilirragie cesse quand l'orifice fistuleux est fermé; quant à la fistule interne elle reste souvent perméable et assure un drainage interne de la cavité résiduelle.

II. — *Cholerragies par obstacle de la voie biliaire principale.*
Les seules bien connues et d'étiologie variée : obstruction-débris hydatiques, calcul du cholédoque, compression.

Bibliographie.

Amato. — Cisti epatica da echinococco aperta nelle vie biliare (contributo clinico). *Arch. Ital. di Chir.*, **50**, 1938, p. 52-56.

Bazrerrica, E., Couretot, M. F. et Azgue, A. H. — Kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires associés à une lithiase biliaire et cholédocienne. *La Prensa Med. Argent.*, vol. **33**, p. 2112-2113.

Bazrerrica, E., Couretot, M. F., Monzo, O. R. et Huarte Azcue, A. A. — Fistula biliar externa consecutiva a la marsipialización. *La Prensa Med. Argent.*, **5**, 1947.

Belaustegui E. — *Colerragia total despues de una operacion*, t. **3**, 1916, p. 223.

Bérard et Cavailhon. — Coliques hépatiques, ictère et cholerragie dans les kystes hydatiques du foie. *Bull. Médical*, 1907.

Bourgeon. — Kyste hydatique du foie et voies biliaires. Premier Congrès Mondial du Kyste Hydatique. *L'Afrique Française Chirurgicale*, t. **3**, 1951, p. 223-228.

Bourgeon, Huguenin et Pietri. — La suture endokystique d'emblée des importantes fistules biliaires. *L'Afrique Française Chirurgicale*, t. **3**, 1951, p. 229-231.

Bourgeon et Pietri. — Un cas de pyopneumokyste du foie; étude du comblement de la cavité par la cholangiographie après la marsupialisation. *Soc. de Chir. d'Alger*, 24 Janvier 1951.

Bourgeon et Pietri. — Syndrome de compression et de fissuration de la branche gauche du canal hépatique objectivé par cholangiographie per- et post-opératoires. *Soc. de Chir. d'Alger.*, 17 Janvier 1951.

Bourgeon et Pietri. — La fistulisation a minima des kystes hydatiques dans les voies biliaires. Le syndrome de compression, fissuration. *Revue de Chirurgie*, Mai-Juin 1952, p. 186-200.

Bourgeon et Pietri. — Les fistulisations biliaires externes et internes au cours de l'amibiase suppurée. *Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 6, Août-Septembre 1952, p. 729-739.

Bourgeon et Pietri. — Cavités hydatiques résiduelles avec fistule biliaire. Mécanisme du comblement suivi par cholangiographie. *La Sem. Hôp. Paris*, n° 61-62, 1952, p. 2460-2467.

Bourgeon et Pietri. — L'exploration au bleu de Méthylène en chirurgie biliaire et gastro-duodénale. *Soc. de Chir. d'Alger*, 12 Juillet 1952.
Bourgeon, Stoppa et Plane. — Volumineux pyo-pneumokyste hydatique du foie; guérison simple par kystectomie. *Soc. de Chir. d'Alger*, 14 Février 1951.
Burghele, Bora et Nitesco. — Considérations sur les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *Rev. de Chir. de Bucarest*, **41**, Novembre-Décembre 1938, p. 905-914.

Cardenal. — Un cas de compression des voies biliaires par kyste hydatique. *Acta Soc. Cir. Madrid*, Janvier-Mars 1935.
Caroli et Paraf. — Kyste perforé de la vésicule biliaire. Problème diagnostique et thérapeutique. Soc. Nat. de Gastro-entérologie. In *Archives des Mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, nos 9-10, Septembre-Octobre 1949, p. 965-970.
Ceccarelli G. — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *Arch. delle Mal. dell Apparato Digerente*, t. **3**, Septembre 1934.
Cendan Alfonzo. — Relaciones de la Hidatidosis Hepatica con la litiasis biliar. Litiasis Hydatica. Litiasis parahidatica. Litiasis biliar comun. *Anales de la Facul. de Med. de Montevideo*, t. **33**, nos 8-9 et 10, 1948, p. 879-956.
Chevat et Madranges. — Kyste hydatique du lobe gauche du foie suppuré et perforé dans les voies biliaires. *L'Écho Méd. du Nord*, n° 2, Février 1949, p. 72.
Costantini. — A propos du traitement de l'ouverture dans les voies biliaires des kystes hydatiques du foie. *Rev. de Chir.*, t. **72**, 1934, p. 69.
Costantini, Bourgeon et Pietri. — Lithiase vésiculaire, cholédocienne et kyste hydatique du foie. Soc. de Chir. d'Alger, 24 Janvier 1951. *L'Afrique Française Chirurgicale*, n° 2, 1951.
Costantini, Bourgeon et Pietri. — Kyste hydatique du foie. Marsupialisation. Cholerragie importante due à l'ouverture spontanée du canal hépatique gauche. Ligature du bout distal de ce canal. Soc. de Chir. d'Alger, Janvier 1950. *L'Afrique Française Chirurgicale*, 1951, p. 50.

Delrio J. M. — Contribucion al tema : hidatidosis residual del coledoco. *Rev. Assoc. Argent.*, **54**, 30 Mai 1940, p. 472-473.
Dévé. F. — L'Echinococcose Primitive (Maladie hydatique), Masson et Cie, édit., Paris 1949 (Contient la bibliographie complète des travaux publiés par l'auteur).

Girardot. P. — L'épiplooplastie intra-cavitaire. Traitement de certains kystes hydatiques du foie. *Thèse Alger*, n° 33, 1950.
Goinard. P. — Bourrage à l'épiploon des grandes cavités du foie. *Soc. de Chir. d'Alger*. Séance du 2 Juillet 1948.
Goinard. P. — Sur l'épiplooplastie intra-cavitaire. Premier Congrès Mondial du Kyste Hydatique. *L'Afrique Française Chirurgicale*, t. **3**, 1951, p. 243-244.
Goinard. Note et Mlle Girardot. — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie. *La Presse Méd.*, 28 Octobre 1950, n° 68, p. 1203.

Haendel. M. et Malet, J. — Anemia por fistula biliar, *Rev. As. Med. Argent.*, t. **17**, 1929, p. 197.

Iparraguirre, L. C. — Fistula biliar postoperatoria. *El Dia Medico*, t. **13**, 1941, p. 1285.

Joyeux, R. — Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires, marsupialisation, guérison rapide. *Soc. des Scien. Med. et biol. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 15 Février 1945.

Mallet-Guy. P. et Marion. P. — Kyste hydatique du foie et des voies biliaires. *Soc. de Chir. de Lyon*, 30 Janvier 1947; in *Lyon Chir.*, n° 3, Mai-Juin 1947, 341-345.
Masciottra. E. — Hidatidosis residual del coledoco. *Rev. Ass. Med. Argent.*, **54**, 30 Mai 1940, p. 466-471.
Massabuau, Guidal et Joyeux. — Kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires, marsupialisation transpéritonéale et transpleurodiaphragmatique. Ces obstructions des voies biliaires par drainage médical. *Montpellier-Médical*, n° 2, Mars-Avril 1941.

Menciere, J. L. — Les fistules biliaires externes post-opératoires, *Thèse* nº 594, Paris 1934.

Munoz et Arbat, J. M. — Les kystes hydatiques du foie communiquant avec les voies biliaires. *Rev. Chir. de Barcelone*, t. **45**, nº 2, Février 1935, p. 302.

Note. — Épiplooplastie intra-cavitaire et kystes hydatiques du foie. Premier Congrès Mondial du Kyste Hydatique. *L'Afrique Française Chirurgicale*, nº **3**, 1951, p. 253-259.

Olmer, J. — Sur un syndrome hémogénique consécutif à un kyste hydatique fistulisé. Soc. Franç. d'hémat., *Le Sang*, t. **5**, 1933.

Pietri, H. — Cholangiographie et kystocholangiographie dans la chirurgie du kyste hydatique du foie. Premier Congrès Mondial du Kyste Hydatique, 1951. *L'Afrique Française Chirurgicale*, t. **3**, 1951, p. 259-265.

Prevost, J. — Kyste hydatique du foie fistulisé dans les voies biliaires. *Maroc Médical*, nº 293, Octobre 1949, p. 664.

Rieunau, G. — Kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *Scienc. Méd. prat.*, nº 6, 1947, p. 159-166.

Seror. — Kyste hydatique suppuré du foie. Greffe placentaire. Premier Congrès Mondial du Kyste Hydatique. *L'Afrique Française Chirurgicale.*, t. **3**, 1951, p. 271-273.

Visniks. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires. *Thèse de Montpellier*, 1940-1941.

Invagination partielle du cæcum.

Par MM.

Guy SEILLÉ et Roger CHEVILLOTTE

(Paris).

Les invaginations colo-coliques essentielles prennent naissance 9 fois sur 10 sur le cæcum et remontent ensuite plus ou moins haut le long du gros intestin. Mais il peut arriver que l'invagination née sur le fond du cæcum reste pour ainsi dire sur place et ne produise qu'un retournement limité de la paroi intestinale. Cette variété d'invagination a été appelée, suivant les auteurs, soit partielle, soit haustro-cæcale, soit encore invagination d'une bosselure cæcale. C'est uniquement cette variété que nous aurons en vue au cours de cette étude.

La connaissance de cette affection n'est pas inutile. Cliniquement, en effet, il sera possible de la reconnaître, si l'on est instruit de ses signes et si l'on veut bien y penser, en présence de toute affection douloureuse de la fosse iliaque droite qui ne fait pas nettement sa preuve d'appendicite aiguë. Opératoirement, si l'on sait reconnaître l'aspect particulier de cette invagination, on ne la confondra pas avec une tumeur ou une typhlite et on évitera ainsi toute opération mutilante inutile.

C'est parce que nous avons eu, nous-mêmes, par deux fois l'occasion de nous trouver devant cette difficulté de diagnostic et d'éprouver cette incertitude opératoire que nous avons cru utile de décrire l'aspect de cette lésion en utilisant les différentes observations publiées sur ce sujet.

***

C'est, semble-t-il, Kyjoski qui le premier attira l'attention, en 1926, sur le cas d'un homme de 53 ans qui représentait une invagination de la 3e bosselure du cæcum et pour laquelle, il fit, croyant à une tumeur, une résection colique et une iléo-transversostomie.

Bobeck puis Habler en 1928, et Max Koelher en 1931 signalent chacun un nouveau cas d'invagination partielle, mais là encore, n'ayant pas reconnu exactement la lésion, ils firent soit une résection, soit une iléo-transversostomie. Sasaki et Kim en 1932, publiaient 3 cas, tous 3 guéris par désinvagination et cæcopexie.

A la Société de chirurgie, des travaux importants sur cette question ont été publiés. En 1933, Laffitte apportait un cas d'invagination partielle et plusieurs cas d'invagination colo-colique. Tous une fois désinvaginés, présentaient sur le fond du cæcum, la même plaque œdémateuse. Laffitte décrivait cette dernière comme une typhlite localisée et la considérait comme la cause de l'invagination. Tel était aussi l'avis de son rapporteur, Bréchot.

En 1937 Brocq, à propos du cas de Rousset critique cette opinion. L'œdème de la paroi cæcale, découvert après désinvagination, n'est pas la cause de celle-ci, mais sa conséquence. Enfin en 1950, Lataix apportait à l'Académie de Chirurgie un nouveau cas.

La lésion est maintenant bien connue. En France, il faut signaler le cas de Duroux rapporté à Lyon par Santy (1948), l'observation de Loheac (1950), la thèse de Caraés (1950) inspirée par Pouliquen et qui apportait 14 cas dits.

Enfin nous signalerons, en Italie, l'article de Scolari et Dognini (1949), le travail d'Alberti (1948) et surtout la très importante étude de Borsato, qui réunit 12 cas. Ce dernier auteur insistait avec Bonomini, sur l'intérêt capital de l'examen radiologique, qui grâce au lavement opaque a permis dans quatre cas de faire le diagnostic et en même temps de réduire sous écran l'invagination cæcale.

En ajoutant à ces différents cas, les deux qui nous sont personnels, nous pouvons réunir 58 observations, matériel suffisant pour préciser l'aspect anatomo-clinique de cette affection ainsi que les indications thérapeutiques.

***

Cette affection se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme (66 p. 100 des cas chez l'homme, 34 p. 100 chez la femme), et plus particulièrement chez l'adolescent et l'adulte jeune. En effet, dans le plus grand nombre des observations, l'âge varie entre 10 et 35 ans. Avant 5 ans, on ne signale qu'un cas. Par contre, on peut rencontrer cette affection après 40 ans et même jusqu'à 60 ans.

On a signalé quelques causes prédisposantes. C'est ainsi que Borsato attache une grande importance au défaut d'accolement du cæcum qui permettrait à ce dernier de se retourner sur lui-même. Mais nous verrons en étudiant la pathogénie que certains auteurs ont rapporté des cas où le cæcum était tellement accolé qu'il fallut tout d'abord le libérer, avant tout essai de réduction.

On a invoqué aussi comme cause prédisposante la constipation, l'abus des lavements et des purgatifs, l'existence d'une infection cæcale préalable. D'autres pensent qu'il faut invoquer une dyskinésie du péristaltisme sans cause pariétale préalable. Il est intéressant, à l'appui de cette opinion, de rappeler le cas curieux de cette malade de Pouliquen qui par deux fois dut être opérée d'une invagination, dans son enfance et à 30 ans.

***

L'invagination partielle du cæcum siège essentiellement au niveau des bosselures externes, comprises entre la bandelette longitudinale antérieure et la bandelette postéro-externe à un ou deux travers de doigt de l'implantation de l'appendice. Ce sont généralement les deuxième ou troisième bosselures qui sont intéressées. Plus rares sont les invaginations qui prennent, à la fois, deux bosselures, ou tout le fond du cæcum. Signalons, à titre de curiosité, le cas où l'invagination intéressait une seule bosselure du côlon transverse.

L'aspect de la lésion est décrite de façon identique par tous les auteurs. Elle se présente sous la forme d'une dépression en cul de bouteille de 3

à 4 cm de diamètre, avec une cupule centrale peu profonde, admettant en moyenne la pulpe d'un doigt. Le pourtour est arrondi, épais, infiltré. La séreuse, à ce niveau, est parcourue par un lacis de petits capillaires dilatés qui lui donne une coloration rouge violacé.

La palpation permet de percevoir, à travers la paroi du cæcum, la saillie arrondie du boudin invaginé dans la lumière de l'intestin. Son contour bien limité, sa consistance généralement molle, font volontiers penser à une tumeur bénigne, cause de l'invagination. D'autres fois la consistance plus ferme, presque cartilagineuse a fait croire à une tumeur maligne. On comprend combien ces aspects trompeurs ont pu influencer les premiers observateurs et comment ils ont pu être amenés à faire de larges exérèses.

Le cæcum en dehors de la lésion est sain et la zone de démarcation est nette. L'appendice dans toutes les observations est macroscopiquement et microscopiquement normal. Presque toujours, il est enlevé, mais c'est plus dans un but préventif, que pour supprimer un foyer d'infection en activité.

Dans l'angle iléo-cæcal, il n'est pas rare de rencontrer des ganglions. Ils ne traduisent pas l'existence d'une typhlite concomitante. On sait, en effet, que dans les invaginations aiguës, les adénopathies sont fréquentes, en rapport probablement avec une stase lymphatique.

En présence de cette invagination, le premier geste du chirurgien sera d'en chercher la réduction.

Le plus souvent celle-ci est très facile et la bosselure cæcale désinvaginée apparaît ayant conservé sa vitalité. Mais elle est gonflée d'œdème au point que le diagnostic de tumeur préexistante semble se confirmer. Parfois la plaque œdémateuse conserve au centre une légère dépression où la moindre impulsion du doigt tend à reproduire l'invagination. Ce sont les formes qu'il faudra fixer.

D'autres fois, quoique la réduction ait été facile, la bosselure apparaît avec une coloration très suspecte, rouge vineux, violacée et le sphacèle apparaît tellement menaçant que la résection s'impose.

D'autre fois, encore, la réduction est impossible, car les deux bandelettes antérieure et postéro-externe, en se rapprochant, forment un véritable anneau d'étranglement à la base de la bosselure invaginée. On devra comme dans toute hernie étranglée, sectionner l'agent d'étranglement, c'est-à-dire une ou les deux bandelettes cæcales. C'est évidemment dans ces cas qu'il faudra particulièrement redouter les lésions de sphacèle de la paroi. Après épreuve du sérum chaud, si la coloration et les contractions ne reviennent pas, il faudra réséquer la zone mortifiée.

***

Au point de vue pathogénique, cette invagination partielle du cæcum pose un double problème : 1° pourquoi et comment l'invagination prend-elle naissance sur le cæcum; 2° pourquoi l'invagination reste-t-elle localisée et ne remonte-t-elle pas beaucoup plus haut, comme les invaginations cæco-coliques habituelles ?

1° Nous savons que nous pouvons distinguer 2 sortes d'invaginations : l'invagination essentielle où 2 anses saines se télescopent et l'invagination

provoquée, où la présence d'une tumeur pariétale favorise la pénétration de l'intestin dans l'intestin.

Pour Laffitte et Bréchot, l'invagination cæcale serait toujours une invagination secondaire, soit à l'existence d'une tumeur, soit à la présence d'une typhlite localisée. L'invagination essentielle du caecum n'existerait pas. Bréchot, chez plusieurs sujets sains, en exagérant le péristaltisme par une injection de prostigmine, a cherché à produire sous écran une encoche contractile du fond cæcal, qui pourrait être considérée comme l'amorce d'une invagination. Jamais il n'a vu se dessiner la plus petite ébauche de cette image. Par contre, avec Laffitte, il attache la plus grande importance à l'existence de cette plaque œdémateuse de typhlite localisée qui serait d'après eux, la cause de l'invagination. Celle-ci serait donc toujours secondaire à une typhlite localisée.

Cette théorie n'est pas admise par tous les auteurs et Brocq, en particulier, en a fait une critique très pertinente. D'où viendrait cette infection cæcale ? De l'appendice, mais celui-ci est toujours sain dans toutes les observations. Du réservoir cæcal lui-même, mais il n'y a aucun antécédent de diarrhée ni de fièvre. D'ailleurs la lésion cæcale est-elle vraiment infectieuse ? L'examen histologique des pièces de résection n'a toujours montré qu'un œdème banal des différentes tuniques. D'autre part, au cours de l'intervention, le changement d'aspect des lésions, sous l'influence du sérum chaud, la diminution de l'œdème après quelques minutes d'observation font plutôt penser qu'il s'agit là d'une lésion secondaire à l'invagination plutôt que d'une lésion primitive ayant amorcé l'invagination.

Pour des raisons encore inconnues, on peut donc admettre avec Brocq qu'une des bosselures externes présente brusquement une contraction trop violente qui l'invagine entre 2 bandelettes. Celles-ci en se rapprochant viennent enserrer la bosselure. L'apparition secondaire d'œdème vient rendre l'incarcération définitive.

2° Cette invagination d'une bosselure cæcale externe est sûrement le point de départ le plus fréquent des invaginations cæco-coliques essentielles. Autrefois on considérait la valvule de Bauhin comme le point de départ de ces invaginations. Les nombreuses observations opératoires de cas désinvaginés montre que l'amorce du télescopage est non sur la valvule, mais sur la face externe du cæcum. C'est là, en effet, qu'on retrouve toujours cette zone œdémateuse en cupule si caractéristique et où la moindre pression du doigt tend à faire reproduire l'invagination. Mais, si c'est toujours sur la face externe que commencent toutes les invaginations cæco-coliques, pourquoi certaines remontent-elles tout le côlon, alors que d'autres restent localisées à la simple bosselure ? S'agit-il dans ce dernier cas, d'une invagination vue tout au début qui n'a pas encore eu le temps de s'étendre, ou bien s'agit-il d'une invagination arrêtée dès le stade initial ?

Il semble bien que cette dernière hypothèse est la vraie, car dans les observations que nous possédons, il en est où les malades ont été opérés tardivement et où l'invagination n'intéressait toujours qu'une bosselure. Peut-être faut-il invoquer pour expliquer cet arrêt l'adhérence du cæcum qui bloque le retournement intestinal. Le fait était particulièrement évident dans le cas de Rousset qui dut d'abord mobiliser le cæcum pour pouvoir réduire. Le fait paraît en contradiction avec l'opinion de

certains auteurs qui font de l'entière mobilité du cæcum la condition nécessaire à toute invagination. En réalité, nous croyons qu'il faut distinguer la mobilité du fond cæcal qui est nécessaire pour le retournement de la bosselure et l'accollement du corps cæcal qui arrête la progression de l'invagination déjà commencée.

***

Au point de vue clinique, l'invagination partielle du cæcum commence *brusquement* par une crise douloureuse abdominale qui surprend le malade en pleine santé. Plus rarement, dans 15 p. 100 environ des cas, la douleur augmente progressivement d'intensité et pendant plusieurs heures reste très supportable. Parfois aussi, la crise actuelle a été précédée par de petites coliques passagères dans le flanc droit, survenant irrégulièrement depuis plusieurs mois.

Au cours de la crise, la *douleur* généralement extrêmement violente, siège dans la fosse iliaque droite. Elle y est particulièrement fixe. C'est en effet un aspect tout à fait particulier de cette douleur abdominale de n'avoir aucune irradiation ni ascendante vers l'ombilic ou le rebord costal, ni descendante vers l'aine et la cuisse. Alberti a constaté le fait 11 fois sur 12 et il y attache la plus grande valeur au point de vue du diagnostic.

Le caractère de cette douleur est aussi très particulier. Elle survient sous forme de crampe extrêmement vive, entrecoupée d'accalmie où il ne subsiste plus qu'un endolorissement léger.

Parfois les crises ne durent que 1 ou 2 minutes séparées par un intervalle libre de 4 à 5 minutes. Parfois les douleurs se répètent plus longtemps mais l'accalmie dure plusieures heures, si bien que le malade à ce moment semble guéri. Au contraire dès que la crampe réapparaît le visage change et l'aspect du malade indique l'intensité de la douleur.

Cette douleur de la fosse iliaque droite, intermittente, sans irradiation constitue généralement tout le syndrome fonctionnel de l'invagination partielle du cæcum. Il est, en effet, exceptionnel que surviennent en même temps des nausées ou des vomissements, de la diarrhée ou du mélæna. Généralement, le transit intestinal est normal.

De même, l'*état général* n'est pas modifié; le pouls et la température sont normaux.

L'*examen*, s'il est conduit avec attention, fournit des signes objectifs de grande valeur.Le ventre respire bien; il n'y a pas de contracture pariétale, même au moment des crises les plus vives. Sous cette paroi qui se déprime bien, ou aura parfois la chance de retrouver la *tumeur* correspondant au boudin d'invagination, tumeur dure tendue, douloureuse, de la taille d'un œuf et dont le caractère pathognomonique sera de présenter au moment des crampes des modifications de consistance, de volume, et de siège. En effet, à ce moment, la tumeur contractile durcit, grossit, et tend à remonter dans la fosse iliaque droite.

Cette tumeur, pour Alberti, se retrouverait 11 fois 12. Mais dans les 58 observations que nous avons réunies, ce signe capital ne se retrouve que dans 22 cas. Dans 36 cas, on ne trouvait à l'examen qu'une *douleur* à la palpation de la région de Mac Burney, faisant croire à une appendicite. Faut-il penser que, dans ces derniers cas, l'examen n'a pas été assez attentif, ou que l'invagination ne fut pas assez volumineuse, ou encore que le boudin très mobile transversalement a fui dans une zone mal accessible ?

***

Pour faire le DIAGNOSTIC de l'invagination partielle du cæcum, nous aurons donc à notre disposition 2 *signes positifs.*

1° Le caractère de la *douleur iliaque droite,* qui est *intermittente* sous forme de crampe, et *sans irradiation.*

2° La présence dans le flanc droit d'une *tumeur mobile, élastique, douloureuse* et *contractile.*

A ces signes positifs, il est important d'en ajouter d'*autres négatifs,* absence de nausées et de vomissements, absence de modification du transit intestinal et de mélæna, absence de fièvre.

Enfin, nous aurons donné tous les arguments en faveur du diagnostic positif, en ajoutant que cette affection se rencontre particulièrement chez l'*adulte jeune.*

La *radiologie,* si l'on pense à l'utiliser, pourra apporter des signes de grande valeur. Borsato, après Bonomini, put 8 fois faire le diagnostic grâce à l'image fournie par le lavement opaque. L'invagination partielle se caractérisera par un défaut de remplissage du bord externe du cæcum, au niveau d'une ou deux bosselures. Cette lacune présente une forme arrondie ou ovalaire de la taille d'une olive ou d'une grosse noix. Les contours en sont nets et bien limités. Il faut ne pas pousser trop vite le lavement opaque, car à pleine distention le liquide de contraste s'insinue entre la lacune et la paroi colique. L'image alors disparaît. A pleine distension d'ailleurs le lavement est capable de réduire l'invagination.

***

En présence d'un syndrome aigu douloureux de la fosse iliaque droite, il est normal qu'on pense avant tout à l'*appendicite aiguë.* Quand il n'y a pas de boudin perceptible, mais seulement un point douloureux dans la région de Mac Burney, l'erreur est à peu près fatale. Évidemment, on devrait être surpris de voir manquer la fièvre, les vomissements, la constipation, la contracture pariétale, mais il faut constater que dans les 36 observations où manque la tumeur, 33 fois on a fait le diagnostic d'appendicite, 2 fois d'occlusion et 1 seule fois d'invagination. Ce dernier très beau diagnostic a été fait par Pouliquen, dont les études sur l'invagination intestinale sont classiques et qui dans le cas particulier avait su attacher sa véritable importance au caractère intermittent de la douleur et à l'absence de fièvre.

Si le diagnostic clinique n'est pas fait c'est à l'*opération que l'invagination sera reconnue.* La seule erreur possible, à ce moment, est de méconnaître la nature œdémateuse de la paroi et de croire à une tumeur. On évitera cette confusion en examinant attentivement la zone malade. Sous sérum chaud, on constatera qu'elle change de coloration et de consistance, qu'il s'agit d'une boule d'œdème qu'il faut se garder de réséquer.

Quand on découvre à l'examen, la *tumeur du boudin invaginé,* avec ses caractères particuliers, on ne peut guère se tromper. 6 fois sur 22 cas, on a pensé à un *plastron appendiculaire,* mais alors il s'agissait de cas vus tardivement et se compliquant de phénomènes inflammatoires. Dans les 16 autres cas le diagnostic d'invagination n'a pas fait de doute, la seule question qui pouvait se poser était de savoir *la hauteur de l'invagination.* Évidemment quand la tumeur n'est pas très volumineuse, lorsqu'elle ne

remonte pas trop haut, qu'elle ne provoque pas d'occlusion, qu'elle ne s'accompagne pas d'émission de glaires sanguinolentes, on devrait plutôt penser à une invagination partielle qu'à une forme cæco-colique étendue. Mais c'est la radiologie qui tranchera facilement le doute. Le lavement opaque, dans l'invagination cæco-colique montrera une amputation étendue du côlon droit avec une image en fourche, en trident, en cocarde, au contraire, dans l'invagination d'une bosselure cæcale, on ne retrouvera que la petite lacune externe du cæcum.

***

Quand on a fait le diagnostic d'invagination partielle du cæcum le traitement le plus simple consiste à profiter de l'exploration radiologique pour *réduire la bosselure invaginée, sous la pression du lavement opaque*, la réduction étant vérifiée sous écran.

Ce procédé n'a été employé par Borsato que 4 fois sur les 8 cas qu'il a vérifiés radiologiquement. En effet ce procédé ne peut être toujours utilisé. L'intervention garde ses indications quand on n'est pas certain radiologiquement de la parfaite réduction par le lavement. Elle sera aussi préférée quand l'invagination est déjà ancienne, avec des phénomènes inflammatoires, et une vitalité douteuse des tissus invaginés.

L'*intervention* comporte tout d'abord un temps d'*exploration*. Celle-ci est facile par une simple incision de Mac Burney, au besoin agrandie, en débridant la lèvre supérieure de la couche musculaire. La lésion reconnue, l'acte chirurgical se proposera deux buts : d'une part réduire l'invagination, d'autre part empêcher qu'elle se reproduise.

La *réduction* dans les cas habituels est assez facilement obtenue. En empaumant la tuméfaction cæcale d'une main, on exerce avec le pouce et l'index de l'autre main des pressions douces à la périphérie du boudin d'invagination. On parvient ainsi à redonner progressivement à la bosselure sa forme normale. Une telle manœuvre est généralement simple. Parfois elle est plus longue et demande un véritable malaxage prudent du cæcum de façon à réduire peu à peu l'œdème qui l'infiltre et redonner une souplesse suffisante à ses parois.

Dans quelques cas cette manœuvre ne donne aucun résultat. La bosselure invaginée paraît étranglée entre les deux bandelettes longitudinales du cæcum. Il est nécessaire alors de libérer la bosselure en *sectionnant* prudemment au bistouri les fibres longitudinales *de ces bandelettes* qui forment un véritable collet d'étranglement.

Le premier but de l'intervention est ainsi atteint. C'est évidemment le plus important, mais il reste à *empêcher la reproduction de l'invagination*. Dans de nombreux cas la réduction paraît stable. Est-il nécessaire de la compléter ? Cela ne nous paraît pas indispensable et dans 1/3 des observations rapportées la simple réduction a donné une guérison définitive.

Si au contraire, la réduction paraît instable, trois procédés permettent de l'assurer d'une façon parfaite.

La *cæcopexie* est le moyen le plus employé : il consiste à fixer la bosselure désinvaginée par quelques points non résorbables au péritoine pariétal.

Le *cerclage* de la base de la bosselure réduite par un fil de lin faufilé sous le péritoine et serré modérément est un autre moyen très simple de maintenir la réduction.

Au lieu de faire un cerclage circulaire, on peut obtenir le même résultat en *rapprochant* à la base de la bosselure *les deux bandelettes antérieure* et *postérieure* au moyen d'un ou plusieurs fils de lin.

Tous ces procédés sont excellents et donnent tous de bons résultats, ils seront choisis suivant la commodité plus grande qu'ils permettent.

Jusqu'ici nous avions envisagé que la bosselure évaginée apparaissait de vitalité normale. Il peut arriver que celle-ci enserrée pendant longtemps ait subi une ischémie marquée et que l'on ne soit pas assuré après réduction de lui voir reprendre une vascularisation normale. C'est ce qui s'est passé dans le cas de Duroux, qui dut laisser extériorisée, au dehors du péritoine, la bosselure suspecte. Peut-être aurait-il été plus simple de faire d'emblée une résection de la partie malade.

D'autres fois, l'invagination est restée étranglée si longtemps, qu'à l'ouverture du ventre, le cæcum apparaît œdématié, rouge, couvert de fausses membranes. Les phénomènes inflammatoires sont si marqués, que l'on ne peut essayer une manœuvre de réduction qui exposerait à rompre l'intestin. Il vaut mieux faire d'emblée une résection du bas fond cæcal en laissant en place la valvule de Bauhin. C'est ainsi qu'ont agi, dans des cas semblables, Pouliquen et Borsato et tous deux ont guéri leur malade.

Quel que soit le procédé thérapeutique employé : réduction sous écran par lavement, réduction chirurgicale avec ou sans fixation, résection d'une bosselure ou même du bas fond cæcal, les résultats immédiats et éloignés dans tous les cas ont été excellents. Comme presque toujours, l'acte chirurgical n'est ni long ni compliqué; on pourra utilement y adjoindre, dans un but préventif, une appendicectomie.

Observations inédites.

Observation I (G. Seillé). — Il s'agissait d'un homme de 33 ans, qui a été pris brusquement, vers 6 h du soir, après une partie de tennis, d'une douleur violente dans le côté droit du ventre. C'est une sorte de colique survenant par intermittence, d'une intensité très violente, qui oblige le malade à s'étendre. Au bout de quelque temps la crise se calme et le malade peut rentrer en voiture chez lui. Il dîne légèrement mais dans la nuit il est repris des mêmes douleurs à caractère de crampes. Pas de vomissements, pas d'arrêt des gaz, pas de fièvre. Je vois le malade le lendemain matin, sur la demande de son médecin, le docteur Ricaud, qui a assisté à une crise douloureuse. Quand je vois le malade, il est en période de calme. Le facies est normal, le pouls non rapide. A l'examen, le ventre respire bien et ne présente, en aucun point, de ballonnement. A la palpation, on ne découvre rien d'autre qu'un point douloureux dans la fosse iliaque droite, avec une très légère défense pariétale. Le toucher rectal est négatif. L'examen des fosses lombaires ne révèle aucune douleur et les urines qui ont été émises normalement sont claires, sans pus ni sang.

Devant ce tableau, je pense à une appendicite, bien que je sois frappé par l'intermittence des crises douloureuses et par l'absence de fièvre.

L'opération est faite à la fin de la matinée. Par une incision de Mac Burney, on découvre un cæcum qui présente sur la partie externe de son fond une plaque œdémateuse, déprimée au centre en cul de bouteille. Dans cette dépression de 3 cm de profondeur on peut facilement introduire l'extrémité de l'index. Par pression sur le fond de l'invagination on arrive très facilement à la réduire. La bosselure désinvaginée présente une épaisse boule d'œdème. Pendant un moment on se demande s'il ne s'agit pas d'une tumeur ayant entraîné l'invagination. On se rend compte en palpant que l'œdème rétrocède un peu, la résection n'est pas nécessaire, mais dès qu'on appuie sur la zone déprimée, l'invagination se reproduit. Il est obligatoire de fixer la bosselure au dehors en la fixant au péritoine pariétal par 3 fils de lin. On termine en enlevant l'appendice. Fermeture de la paroi suivant la technique habituelle. Guérison.

Obs. II (R. Chevillotte). — Un homme de 47 ans, qui entre dans le Service de Beaujon-Clichy, pour une crise douloureuse abdominale qui aurait commencé 3 jours plus tôt. Il s'agissait d'une douleur à forme de coliques commençant dans la fosse iliaque droite et diffusant ensuite à la région ombilicale et à tout l'abdomen. Très intenses, elles ne durent que quelques minutes, entrecoupées par des intervalles libres de 4 à 5 mn. Le malade a vomi une fois et a présenté au début un peu de diarrhée. La température prise le 2e jour était de 38°,6. Le lendemain elle était tombée à 37°,5.

Le malade racontait avoir présenté, 1 an auparavant, une crise absolument semblable, qui s'était calmée spontanément au bout de quelques jours.

A l'examen, l'abdomen était souple, mais on trouvait dans la fosse iliaque droite une douleur assez vive et un cæcum gargouillant. Malgré l'atypie des symptomes et devant la persistance du fébricule à 37°,5, on intervient avec le diagnostic d'appendicite.

Par une incision de Mac Burney, on découvre un appendice un peu rouge et surtout sur le bas fond cæcal, une zone arrondie de la taille d'une pièce de 5 F, nettement invaginée vers la cavité cæcale, prenant la forme d'un cul de bouteille et limitée à sa périphérie par un bourrelet œdémateux. Le palper permet de sentir à travers la paroi, une tuméfaction qui fait saillie dans la lumière intestinale, mobile, souple mais difficilement réductible. Il semble qu'il s'agisse d'une tumeur bénigne. On ne trouve en effet, aucun signe de malignité : pas d'induration, pas d'adénopathie de voisinage.

On se décide alors, après ablation de l'appendice, à pratiquer une résection du fond du cæcum. Fermeture de la brèche en 3 plans, fermeture de la paroi incomplètement.

Guérison sans complications.

A l'examen de la pièce, on constate sur le bas fond cæcal, du côté muqueux, une tuméfaction arrondie en verre de montre, molle, de la taille d'une grosse noix.

A l'examen histologique (docteur de Brux), la tuméfaction est recouverte d'une muqueuse dont les éléments disparaissent pour laisser place à une ulcération nécrotique, discrètement suppurante. La masse elle-même est formée par un énorme œdème de la sous-muqueuse. La musculeuse est intacte, légèrement œdémateuse. La sous-séreuse est le siège d'une exsudation fibrineuse.

Résumé des observations déjà publiées.

Observation de Kyjoski, 1927. — Homme de 53 ans. Syndrome d'appendicite aiguë. L'invagination de la 3e bosselure est prise pour une tumeur. Hémicolectomie droite.

Obs. de Habler, 1928. — Homme de 19 ans. Signes d'appendicite aiguë, mais température normale. Une tumeur est palpée sous anesthésie. Invagination reconnue à l'opération. Résection du fond du cæcum.

Obs. de Sasaki et Kim, 1932. — 1° Femme de 21 ans. Douleur fosse iliaque droite. Deux vomissements. Pas de fièvre. A l'examen, découverte d'une tumeur douloureuse, peu limitée. Diagnostic clinique : Appendicite aiguë. L'invagination est découverte à l'opération. Désinvagination + Cæcopexie + Appendicectomie.

2° Homme de 33 ans. Antécédent de colites. Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, à l'examen : tumeur dure, sensible. Diagnostic clinique : Appendicite aiguë. L'invagination est découverte à l'opération. Désinvagination + Cæcopexie + Appendicectomie.

3° Homme de 14 ans. Crise douloureuse de la fosse iliaque droite. A l'examen, tumeur douloureuse de la taille d'un œuf. Diagnostic clinique : Appendicite aiguë. L'invagination est découverte à l'opération. Réduction + Cæcopexie + Appendicectomie.

Obs. de Kohler, 1931. — Femme de 60 ans. Antécédent douloureux de la fosse iliaque droite. Brusquement, syndrome douloureux avec vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Deux hémorragies intestinales. A l'examen, tumeur douloureuse. Diagnostic clinique : Invagination. L'opération confirme le diagnostic. Désinvagination + Iléo-transversostomie.

Obs. de Rizzo, 1934. — Deux cas chez sujets jeunes dont le sexe n'est pas indiqué. Syndrome clinique qui fait penser à une invagination. L'opération dans les deux cas confirme le diagnostic clinique. Dans l'un, la réduction est facile, dans l'autre, il faut sectionner la bandelette antérieure. Dans les deux cas : Cæcopexie.

Obs. de Laffitte, 1933. — Femme de 46 ans. Syndrome de coliques datant de 4 jours. Température normale. A l'examen, douleur de la fosse iliaque droite. Diagnostic clinique : Appendicite aiguë. L'invagination est reconnue à l'opération. Réduction. Cæcopexie.

Obs. de J. Rousset, 1937. — Homme de 23 ans. Début brutal. Douleur intermittente. Un vomissement, puis accalmie de quelques heures. Reprise le lendemain des douleurs et de l'état nauséeux. Température : 37°,4. A l'examen : Douleur et défense dans la fosse iliaque droite. Diagnostic clinique : Occlusion ? Péritonite ? L'invagination est reconnue à l'opération, après décollement colo-pariétal. Réduction en sectionnant les deux bandelettes. Cæcopexie + Appendicectomie.

Obs. de Duroux, 1948. — Femme de 42 ans. Début brutal. Coliques violentes dans la fosse iliaque droite avec nausées. Arrêt des matières et des gaz. Pas de température. Examen : Douleur et défense pariétale dans fosse iliaque droite. Diagnostic clinique : Appendicite aiguë. L'invagination est reconnue à l'opération. Réduction. Doute sur la vitalité de la bosselure. Extra péritonisation de celle-ci qui sera ensuite refoulée dans le ventre, le sphacèle ne s'étant pas produit. Appendicectomie.

Obs. de Lataix, 1950. — Homme de 42 ans. Crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, avec nausées. Température : 37°,8. Point douloureux au Mac Burney. Diagnostic clinique : Appendicite aiguë. L'invagination est reconnue à l'opération. Réduction, plicature du cæcum.

Obs. de Loheac, 1950. — Garçon de 4 ans. Douleurs abdominales très intenses et intermittentes. A l'examen, point douloureux dans la fosse iliaque droite. Diagnostic : Appendicite aiguë. L'invagination est reconnue à l'intervention. Réduction simple. Appendicectomie.

Observations de Alberto Alberti.

Observation n° 1. — Femme de 25 ans. Fortes douleurs dans la F. I. D. Ni vomissement, ni fièvre. Selles diarrhéiques. Masse dure et lisse dans la F. I. D., mobile. Radio : Lacune bord externe du cæcum. Diagnostic : Invagination haustro-cæcale. Laparotomie confirme l'invagination. Désinvagination. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. n° 2. — Homme de 41 ans. Violentes douleurs intermittentes dans la F. I. D. Ni vomissement, ni fièvre. Légère défense. Au palper : masse oblongue, douloureuse, mobile. Diagnostic clinique : Appendicite aiguë. L'invagination est reconnue à l'intervention. Léger volvulus du cæcum. Désinvagination. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. n° 3. — Homme de 27 ans. Syndrome de coliques abdominales intenses intermittentes. Ni fièvre, ni vomissement. Examen clinique : Dans la F. I. D., grosse tuméfaction, dure, allongée, douloureuse. Radio : Lacune 2e et 3e bosselures externes. Diagnostic : Invagination haustro-cæcale. A l'intervention, on constate l'invagination des 2e et 3e bosselures. Désinvagination facile. Appendice normal. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. n° 4. — Garçon de 11 ans. Douleurs dans la F. I. D. Vomissements. Pas de fièvre. Examen clinique : Abdomen tendu, météorisé, très douloureux au point de Mac Burney. Légère défense. Diagnostic : Appendicite aiguë. A l'intervention, on constate l'invagination de la 2e bosselure cæcale. Désinvagination. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. nº 5. — Femme de 29 ans. Douleur de la F. I. D. Ni nausée, ni vomissement. Température 38°. Examen clinique : Défense dans la F. I. D. Diagnostic : Appendicite aiguë. A l'intervention : Réduction facile de l'invagination de la 3e bosselure cæcale. Appendice normal. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. nº 6. — Homme de 16 ans. Violentes douleurs abdominales dans la F. I. D. Ni vomissement, ni fièvre. Examen clinique : Douleur et résistance profonde au point de Mac Burney. Diagnostic : Appendicite aiguë vraisemblable. A l'intervention on constate l'invagination de la 2e bosselure cæcale. Appendice normal. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. nº 7. — Femme de 41 ans. Syndrome de coliques abdominales, siégeant dans la F. I. D. Vomissements. Examen clinique : Point douloureux au Mac Burney. A la palpation profonde : masse dure douloureuse, mobile. Diagnostic : Appendicite aiguë ? A l'intervention, on constate l'invagination de la 2e bosselure. Appendice normal. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. nº 8. — Garçon de 5 ans. Douleurs intenses dans la F. I. D. Vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Pas de fièvre. Examen clinique : Abdomen météorisé, très douloureux au point de Mac Burney. Intervention : Invagination des 2e et 3e bosselures latérales. Appendice rétro-cæcal. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. nº 9. — Femme de 23 ans. Douleurs fortes dans la F. I. D., sans irradiation. Ni vomissement, ni fièvre. Examen clinique : Douleur para-ombilicale droite. Radio : non interprétable en raison de la superposition du cæcum coudé sur lui-même. Diagnostic : Appendicite sur cæcum ectopique. Intervention : On constate une invagination de la 2e bosselure. Appendice sain. Désinvagination. Appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. nº 10. — Femme de 23 ans. Violente douleur brutale dans la F. I. D. sans irradiation. Examen clinique : Douleur et légère défense au Mac Burney. Diagnostic : Appendicite subaiguë. Intervention : Marc Burney élargi vers le haut. Invagination de la 1re bosselure. Désinvagination. Appendicectomie d'un appendice normal. Cæcopexie.

Obs. nº 11. — Femme de 34 ans. Douleurs intermittentes dans la F. I. D. Examen clinique : Douleur vive au point de Mac Burney, où l'on palpe une masse dure, tendue, élastique, mobile. Température 37°,5. Diagnostic : Invagination haustrale probable. A l'intervention, on constate l'invagination de la 2e bosselure. Désinvagination. Appendicectomie d'un appendice normal. Cæcopexie.

Obs. nº 12. — Homme de 20 ans. Violente douleur dans la F. I. D., sans irradiation. Ni vomissement, ni fièvre. Examen clinique : Abdomen tendu. Douleur au Mac Burney. Diagnostic : Appendicite aiguë. Intervention : Incision de Mac Burney. On constate l'invagination de la 2e bosselure. Désinvagination. Appendicectomie d'un appendice sain. Cæcopexie.

Observations de F. Scolari et E. Dognini.

Observation nº 1. — Garçon de 7 ans. Violente douleur dans la F. I. D. Ni vomissement, ni fièvre. Examen clinique : Douleur vive au point de Mac Burney, avec légère défense pariétale. Intervention : Incision de Mac Burney. On constate l'invagination de la 1re bosselure cæcale. Réduction facile. Appendicectomie d'un appendice normal.

Obs. nº 2. — Fille de 11 ans. Douleurs fréquentes dans la F. I. D. Ni fièvre, ni vomissement. Examen clinique : au palper, douleur de la F. I. D. Intervention : Incision de Mac Burney. On constate l'invagination de la 3e bosselure externe. Appendice rétro-cæcal adhérent. Désinvagination facile. Appendicectomie.

Obs. nº 3. — Garçon de 8 ans. Douleur dans la F. I. D., sans vomissement. Examen clinique : Douleur à la palpation profonde dans la F. I. D. Intervention : Incision

de Mac Burney. On constate l'invagination de la 2e bosselure. Appendice rouge, d'aspect cicatriciel, couvert de membranes. Désinvagination facile. Appendicectomie.

Obs. nº 4. — Garçon de 11 ans. Syndrome de coliques abdominales violentes localisées à la F. I. D. Vomissements. Examen clinique : Douleur vive dans la F. I. D. avec légère défense. Intervention : Incision de Mac Burney. On constate l'invagination de la 1re et de la 2e bosselures externes. Réduction facile. appendicectomie. Cæcopexie.

Obs. nº 5. — Garçon de 8 ans. Douleurs abdominales diffuses. Vomissements alimentaires. Examen clinique : Légère défense musculaire à droite. Vive douleur au point de Mac Burney. Intervention : Incision de Mac Burney; cæcum œdémateux. Invagination des deux dernières bosselures cæcales. Désinvagination facile. Appendicectomie.

Obs. nº 6. — Garçon de 7 ans. Douleurs intermittentes, localisées à la F. I. D. Ni fièvre, ni vomissement. Examen clinique : Douleur à la palpation de la F. I. D., spécialement au point de Mac Burney. Intervention : incision de Mac Burney. Invagination de la 2e bosselure. Réduction facile. Appendicectomie. Cæcopexie.

Observations reportées dans la thèse de Caraes.

Observation nº 1. — Garçon de 6 ans. Violentes douleurs intermittentes de la F. I. D. état nauséeux. Diagnostic : Appendicite. Intervention : (docteur Pouliquen) Invagination d'une bosselure cæcale. Réduction facile.

Obs. nº 2. — Garçon de 9 ans. Vives douleurs abdominales. Vomissements. Examen clinique : Douleur au point de Mac Burney. Diagnostic : Appendicite. Intervention : Incision de Mac Burney. Invagination d'une bosselure externe cæcale. Désinvagination. Appendicectomie.

Obs. nº 3. — Garçon de 10 ans. Violentes douleurs abdominales, par crises. Examen clinique : Palpation douloureuse de la F. I. D. Diagnostic : Invagination (porté sur les signes fonctionnels). Intervention (docteur Pouliquen). Invagination en godet profond, en regard de la valvule iléo-cæcale. Réduction facile. Fermeture sans fixation.

Obs. nº 4. — Garçon de 10 ans. Violentes douleurs abdominales par crises. Ni vomissement, ni fièvre. Examen clinique : Douleur au point de Mac Burney. Diagnostic d'invagination en raison des douleurs évoluant par crises. Intervention (docteur Pouliquen). Incision de Mac Burney. Invagination d'une bosselure cæcale. Réduction facile.

Obs. nº 5. — Garçon de 11 ans. Crise de douleurs abdominales brutales. Examen clinique : F. I. D. sensible à la pression. Diagnostic : Appendicite aiguë. Intervention (docteur Pouliquen). Incision de Mac Burney, appendice rouge, cæcum œdématié. Deux bosselures invaginées dans la lumière cæcale. Réduction très difficile. Appendicectomie.

Obs. nº 6. — Garçon de 12 ans. Violentes douleurs abdominales par crises un vomissement. Examen clinique : F. I. D. très douloureux au palper, défense. Intervention Mac Burney. Invagination d'une des bosselures cæcales. Réduction facile. Appendicectomie.

Obs. nº 7. — Garçon de 13 ans. Syndrome de douleurs abdominales, avec nausées, par crises. Examen clinique : Défense au niveau de la F. I. D. On perçoit une petite tumeur mobile. Intervention : Incision de Mac Burney. Invagination d'une bosselure cæcale. Réduction facile. Appendicectomie.

Obs. nº 8. — Garçon de 13 ans. Crises de douleurs abdominales intenses. Vomissement. Diagnostic : Appendicite aiguë. Intervention : Incision de Mac Burney. Invagination d'une bosselure externe du cæcum. Réduction facile. Appendicectomie.

Obs. nº 9. — Garçon de 18 ans. Douleurs brutales dans la F. I. D. par crises, ni vomissement, ni fièvre. Examen clinique : Défense nette de la F. I. D. Intervention : Invagination d'une bosselure cæcale. Réduction facile. Appendice normal.

Obs. nº 10. — Femme de 30 ans. Syndrome de coliques abdominales. Ni fièvre, ni vomissement. Examen clinique : Défense de la F. I. D. Antécédents : opérée à 8 ans d'une invagination. Intervention : Incision de Mac Burney. Invagination d'une bosselure du côlon transverse. Réduction facile.

Obs. nº 11. — Femme de 50 ans. Violentes douleurs abdominales, côté droit de l'abdomen, par crises. Un vomissement. Examen clinique : Tumeur mobile sous-hépatique, taille d'un œuf. Intervention : Incision de Mac Burney. Invagination d'une bosselure cæcale. Réduction facile. Appendicectomie.

Obs. nº 12. — Homme de 43 ans. Diagnostic : Appendicite. Intervention : Invagination partielle de la paroi externe du cæcum. Réduction facile.

Obs. nº 13. — Homme de 27 ans. Douleur dans la F. I. D. Examen clinique : Douleur vive au palper de la F. I. D. légère défense. Diagnostic : Appendicite aiguë. Intervention : Incision de Mac Burney. Cæcum œdématié; entre les bandelettes antérieure et postéro-externe, tumeur ombiliquée, taille d'une pièce de 5 F recouverte de fausses membranes. Au-dessous, intestin violacé gangréneux. La tumeur palpable à travers la paroi du cæcum a la taille d'une grosse noix. Résection du bas-fond cæcal au-dessous de la valvule de Bohain. Guérison.

Bibliographie.

Alberti. — L'invaginazion chaustra-cæcale, Patogénési é térapia. *Minerva chirurgica*, vol. **3**, nº 18, 1949, p. 631-636.

Bonomini. — Sulle invaginazione delle haustra del colon. *La Radiologia-medica*, vol. **27**, nº 3, 1940, p. 305-316.

Borsato. — L'invaginazione haustra-cæcale. *Minerva chirurgica*, vol. **4**, nº 21, 1949, p. 592-595.

Caraes. — *Thèse*, Paris, 1950, nº 970.

Duroux. — Invagination partielle du cæcum; rap. de Santy, *Soc. de Chir.* de Lyon, 8 Mai 1946, p. 708-711.

Habler. — Inv. cæco-cæcale dans l'helminthiase et cæcum mobile. *Zent. für Chir.*, t. **55**, nº 26, 30 Juin 1928, p. 1603-1606, 2 fig.

Koehler. — Un cas d'inv. part. de la paroi cæcale. *Zent. für Chir.*, t. **58**, nº 33, 1931, p. 2073-2074.

Laffitte. — Typhlite et inv. cæcale. Rap. de Bréchot, *Soc. Nat. Chir.*, t. **59**, nº 20, 31 Mai 1933, p. 877-885.

Lataix. — Inv. à point de départ cæcal. Rap. de S. Blondin. *Acad. de Chir.*, t. **76**, nº 27, 18 Octobre 1950, p. 756-758.

Loheac. — Enfoncement d'une bosselure du cæcum. *Journ. des Soc. méd. de Lille*, vol. **68**, nº 18, 3 Septembre 1950, p. 313-320.

Rizzo. — Inv. d'une bosselure cæcale. *Il Policlinico* (sez. pratica), t. **90**, nº 21, 22 Mai 1933, p. 814-817.

Rousset. — Inv. part. du cæcum chez un adulte. Rap. de P. Brocq. *Acad. de Chir.*, t. **68**, nº 32, 1er Décembre 1937, p. 1328-1331.

Sasaki et Kim. — Trois cas d'inv. part. du cæcum. *Zent. für Chir.*, t. **59**, nº 47, 19 Novembre 1932, p. 2802-2804.

Scolari et Dognini. — Inv. des boss. du cæcum chez le jeune enfant. *Archivio Ital. di Chir.* (Bologne), vol. **71**, nº 6, 1949.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

Livio Casorzo et **Luis Figueroa** (Santiago de Chile). — **Tétanos. I. Étude clinique et statistique de 141 cas. II. Traitement** (*Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile*, t. **3**, n° 1, Mars 1951, p. 73-93).

Il s'agit de la statistique générale des divers hôpitaux de Santiago. Elle confirme ce que l'on sait des facteurs étiologiques, des signes cliniques et humoraux, des éléments de pronostic du tétanos. Il faut noter, dans ce relevé, la fréquence relative (29 cas) du tétanos du nouveau-né, par infection de la plaie ombilicale. La mortalité générale, de 48,22 p. 100, est à l'échelle de celles des grandes statistiques modernes. A noter la gravité particulière du tétanos puerpéral ou post-abortum (83 p. 100), de celui du nouveau-né (79 p. 100). On sait depuis longtemps que le tétanos est d'autant plus grave que l'incubation est courte. Cette statistique apporte un élément de pronostic encore plus précis : le temps écoulé, entre les premiers signes de la maladie et l'apparition de la contracture généralisée est en raison inverse de la gravité (moins de 24 h : 70,45 p. 100 de mortalité. Plus de 5 jours : 6,25 p. 100).

Le rôle du matériel de suture, et particulièrement du catgut, dans le déterminisme du tétanos chirurgical, est discuté; il est prouvé dans un seul cas de cette statistique, par découverte du bacille de Nicolaïer dans le catgut retiré aseptiquement de la suture.

De l'étude de la mortalité, en fonction des divers modes d'application de la sérothérapie, découlent les directives suivantes, tout à fait orthodoxes :

Sérothérapie aussi précoce que possible; Administration d'emblée de la dose totale; celle-ci doit être suffisante : 200 à 300 000 unités, mais il n'y a guère d'intérêt à dépasser 400 000 U; la voie intra-musculaire semble la meilleure; il vaut mieux pourtant, pour la rapidité, introduire par voie intra-veineuse les 100 000 premières unités; inutilité et dangers de la voie rachidienne; nouvelle injection de 50 000 unités au 7e jour; une réintervention sur le foyer d'inoculation nécessite une nouvelle administration de sérum. C'est aux antibiotiques, administrés systématiquement, que les auteurs attribuent en partie la diminution de la mortalité. En dehors des sédatifs et hypnotiques classiques (chloral, barbituriques) les auteurs ont une expérience trop restreinte de l'anesthésie générale (4 cas) pour conclure. L'emploi des substances curarisantes leur a paru très utile, mais les 4 cas où elles furent utilisées ne leur permettent pas encore des conclusions définitives.

G. Edelmann.

P. Mellin (Berlin). — **Le traitement du tétanos par le curare** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 40, 1952, p. 1681-1687).

L'auteur énumère tout d'abord les différentes tentatives de traitement du tétanos par le curare, insistant particulièrement sur les questions de dosage, l'intérêt d'obtenir une action prolongée, la valeur de la prostigmine comme antidote.

Il analyse ensuite longuement une observation personnelle; il s'agissait d'un blessé de 25 ans, traité par antitoxine et épluchage de la plaie; les accidents tétaniques n'ayant pas cédé au 15e jour (notamment les crampes douloureuses et les troubles de la déglutition), on tenta l'emploi de la curarine; des doses de 12 à 13,5 mg furent employées, en injections intra-musculaires. 5 mn après l'injection, on notait une sensation d'anesthésie de la lèvre supérieure, confirmée objectivement; puis une

sensation d'abattement, avec perte de volonté; après 15 mn apparaissaient de la diplopie, une paralysie des muscles du visage et de la mastication, celle-ci conduisant à la disparition du trismus.

La gêne résultant du ptyalisme et des difficultés persistantes de la déglutition était aisément combattue par la position en décubitus latéral avec tête basse; la salive s'écoule alors au dehors, sans qu'il soit besoin de l'aspirer; enfin apparaissait une paralysie des membres, de la paroi abdominale et des intercostaux. Cet état est atteint à la 20e mn, et dure environ 45 mn; puis au bout de 30 mn, le blessé sentant revenir ses contractures réclame une nouvelle piqûre.

De cette observation, M. tire les conclusions suivantes :

L'emploi du curare permet de diminuer notablement la dose d'anesthésique utile (ici, 2 fois par jour, 0,3 g de luminal);

Les injections de curare (9 à 12 mg) doivent être répétées 3 fois par jour pendant les 6 premiers jours, puis 1 seule fois pendant 15 jours; ici la dose totale a été de 313,5 mg de tubocurarine, associée à 300 000 U. d'antitoxine et à la pénicilline;

Si l'action thérapeutique de la drogue apparaît certaine, il convient cependant de ne pas en prolonger trop longtemps l'emploi, ce qui pourrait conduire à une atteinte du foie, à une dépression centrale, à la pneumonie.

M. discute en terminant de la valeur des différentes préparations actuellement réalisées; la formule idéale ne lui paraît pas encore trouvée. Toutefois, avec les produits dont nous disposons, il est possible de lutter efficacement contre les formes légères ou de moyenne intensité; mais pas encore cependant contre les formes graves, avec atteinte du diaphragme.

R. Gueullette.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

R. Elman, B. A. Shatz, R. E. Keating et **T. E. Weichselbaum** (Saint-Louis). — **Déficits en potassium intracellulaire et extracellulaire chez les malades chirurgicaux** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 1, Juil. 1952, p. 111-131).

Les auteurs étudient longuement les déficiences en potassium et en donnent 4 observations détaillées. Ils en tirent les conclusions suivantes :

La déficience en potassium est fréquemment associée à l'alcalose persistante et à une hypochlorémie qui répond incomplètement, ou pas du tout, au chlorure de sodium iso ou hypertonique, et au chlorure d'ammonium. Elle présente d'autres signes cliniques : faiblesse ou même paralysie des muscles lisses et striés, dépression sensorielle et même coma, instabilité de la circulation périphérique surtout aux changements de posture.

Le niveau du potassium du plasma est ordinairement bas, de même que le calcium du plasma.

Les pertes de potassium se font par les urines et les sécrétions gastro-intestinales et produisent la déficience quand elles dépassent 15 à 30 g de chlorure de potassium chez un adulte moyen.

La quantité de potassium nécessaire pour corriger le déficit intracellulaire est plus petite chez les malades qui ont une balance azotée positive que lorsqu'elle est négative.

La quantité de potassium à administrer doit être le double du déficit (30 à 75 g de chlorure).

La correction du déficit potassique intracellulaire est indiquée par l'achèvement de la balance du potassium ce qui peut demander jusqu'à 10 jours.

L'administration du potassium ne risque pas d'être dangereuse, si l'on ne le donne pas à une concentration plus grande que 4 g de chlorure par litre. L'oligurie n'est pas une contre-indication absolue, mais nécessite une administration plus soigneuse et plus lente.

M. Guimbellot.

P. J. L. Scholte (Leyde, Hollande). — **Aperçu du traitement des angiomes dans la clinique radiothérapeutique de l'Hôpital Universitaire de Leyde, de Janvier 1946 jusqu'en Mai 1949 (308 cas)** (*Acta Radiologica*, vol. **36**, fasc. 3, Sept. 1951, p. 240-252, avec 4 fig.).

L'auteur classe les angiomes en 4 groupes, selon leur envahissement en profondeur. Les méthodes de traitement doivent être adaptées à chaque angiome.

Les angiomes superficiels sont traités avec le Philips-contact à 20 mpm. On donne 1 à 3 doses de 620 r à 765 r espacées de 1/2 mois à 2 mois en utilisant des champs les plus petits possible.

A la face les doses seront encore plus faibles sauf pour les lèvres, peu radio-sensibles.

Pour les angiomes plus profonds on peut choisir entre la contact-thérapie à longue distance (4 cm) et le radium sous forme de moulage, soit interstitiel.

Enfin pour les angiomes profonds et étendus, l'auteur emploie des rayons de 100 à 140 kV et un filtre de 3 mm al. Les doses sont de 1 à 4 fois 400 r espacées de 1 à 3 mois. Les résultats obtenus dépendent de l'âge du malade.

P. Porcher.

Edward P. Cawley (Charlottesville). — **Aspect génétique du mélanome malin** (*A. M. A. Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **65**, n° 4, Avril 1952, p. 440-450, avec 5 fig.).

La survenue dans la même famille de trois mélanomes cutanés malins n'avait pas jusqu'ici été rapportée : les nombreux auteurs qui prirent part à la discussion ouverte devant l'Association des dermatologues américains témoignèrent tous de l'intérêt de cette communication qui permet d'étendre aux formes cutanées ce que l'on savait déjà des facteurs génétiques dans les mélanomes de l'œil. Plusieurs orateurs insistèrent sur les possibilités d'études qu'offrent les tumeurs semblables du poisson et du cheval. Elles manquent, sans bien entendu que l'on devine pourquoi, dans les espèces intermédiaires.

Cl. Olivier.

Paul H. Reitman (Chicago). — **Radiothérapie des mélanomes malins** (*Am. Journal of Roentg. and Rad. Therapy*, vol. **67**, n° 2, Fév. 1952, p. 286-293).

L'auteur présente 42 cas de mélanomes malins soignés en 14 ans à l'hôpital Michael Reese.

La moitié de ces malades sont actuellement en vie, après un temps s'étageant de 3 mois à 8 ans, après radiothérapie. 9 cas ont été traités par l'irradiation seule, 6 cas ont eu un traitement pré-opératoire, 7 cas, un traitement post-opératoire, 2 cas ont reçu une irradiation pré- ou post-opératoire.

L'opération, pratiquée par des chirurgiens différents a été en général économique, sauf dans le cas d'un mélanome de l'orteil où celui-ci fut réséqué, ainsi que le bloc ganglionnaire inguinal.

L'autre groupe comprenait des malades à un stade beaucoup plus avancé, et la radiothérapie ne fut alors qu'un palliatif.

P. Porcher.

Von H. Hergarten et **L. Hergarten** (Hambourg). — **Les mélanoblastomes : résultats de la radiothérapie** (*Fortsch. Röntgenst. et Röntgenpraxis*, vol. **75**, fasc. 5, Nov. 1951, p. 559-576, avec 10 fig.).

Le terme de *mélanoblastome* appliqué aux tumeurs pigmentaires malignes permet de les distinguer nettement des tumeurs bénignes, sans préjudice du critère histologique.

L'auteur adopte le terme introduit par Spitz de mélanome de la pré-puberté pour désigner les tumeurs pigmentaires de l'enfance, histologiquement malignes, et d'évolution bénigne.

La tête et les membres supérieurs sont le plus fréquemment atteints. Dans 40 p. 100 des cas le mélanoblastome se développe sur la base d'un nævus pigmentaire. Le traumatisme unique est capable, malgré l'opinion de certains auteurs, de déclencher une évolution néoplasique. L'auteur insiste sur le caractère hypothétique du diagnostic histologique et l'importance majeure de l'anamnèse et de certains signes cliniques.

Il préfère au traitement chirurgical (amélioré pourtant par les techniques modernes), le traitement radiothérapique. Il présente 111 cas personnels, 50 suivis pendant 5 ans (technique de Chaoul) et montre la supériorité des résultats. Chaoul a dans certains cas préconisé la radiothérapie avec excision chirurgicale radicale.

Pour les tumeurs du stade II, l'auteur se demande s'il ne faudrait pas adjoindre à l'irradiation l'excision du bloc des ganglions tributaires.

P. Porcher.

APPAREIL LOCOMOTEUR

W. Schüttemeier (Kiel). — **Enchevillement centro-médullaire et embolie graisseuse** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 36, 1952, p. 1547-1552, avec 4 fig.).

Si l'on excepte l'infection qui est rare, le seul danger de l'enchevillement est représenté par l'embolie graisseuse. Sur 900 cas d'enclouage, l'auteur relève 4 morts par embolie massive.

L'usage du clou en V de Küntscher, un large orifice de trépanation sont à recommander. D'autre part, les mesures de la pression dans l'espace médullaire ont montré le rôle de la violence et du nombre des coups frappés.

Cliniquement l'examen du fond d'œil, le dosage de la graisse dans le sang et les urines seraient capables d'apporter une certitude, car des embolies, même importantes, peuvent rester latentes. L'expérimentation chez l'animal a montré l'ascension du taux de lipase dans le sérum, débutant dès la 2e h après l'embolie. Cette recherche fut effectuée sur 108 fracturés des os longs traités par enclouage; on a trouvé 37 fois une réaction positive après opération primitive, 14 fois après opération secondaire. Il semble que le taux de lipase relevé dans le sérum soit proportionnel à la quantité de graisse passée dans la circulation.

Ainsi la réaction apparaît-elle bien moins fréquente après enclouage secondaire (après le 3e jour), sans doute parce que, à ce moment, les veines primitivement ouvertes sont déjà thrombosées et qu'il n'existe plus d'hématome sous pression. Il faut compter aussi avec le facteur âge, et le type de la fracture.

Parmi les causes favorisantes, il faut signaler les complications opératoires, le double enclouage, l'enclouage des gros os riches en graisse des gens âgés, les interventions sur os atrophiques, enfin les infections et les affections intercurrentes.

Au point de vue prophylactique, l'auteur conseille :

De ne pas faire d'enclouage primitif si l'on constate dès l'accident un taux de ferment élevé dans le sérum, la lipémie se rencontrant chez près de 48 p. 100 des fracturés;

De ne faire que des enclouages secondaires après 40 ans;

De craindre moins l'embolie en cas de fracture ouverte;

D'éviter les manœuvres brutales et les violents coups de marteau;

D'user largement des antibiotiques.

R. Gueullette.

H. Schmorell (Wriezen). — **Sur l'enchevillement des fractures des os longs au moyen de chevilles osseuses prélevées sur pièces d'amputation** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 41, 1952, p. 1751-1753).

La méthode de Küntscher apparaît d'utilisation difficile à l'auteur dans les petits hôpitaux, en raison de l'importance du matériel onéreux qu'elle nécessite.

Il utilise depuis longtemps des chevilles osseuses de 10 cm prélevées sur des pièces d'amputation, traitées par 2 h d'ébullition, puis stérilisées à la vapeur et conservées

à sec; elles sont stérilisées à nouveau avant emploi. Il est très facile de les tailler suivant les besoins. S. ne demande pas à cette pièce osseuse un véritable rôle de fixation, mais seulement une immobilisation temporaire des fragments dans le sens longitudinal et transversal. Il y aurait beaucoup moins de risques d'embolie, parce que la pièce prothétique est beaucoup plus courte (4 à 5 cm pour l'humérus et le tibia, 6 à 8 cm pour le fémur), et parceque, moins volumineuse, elle n'est pas introduite à frottement dur.

Toutefois l'engagement des 2 extrémités dans les fragments n'est pas toujours facile; on peut y aider par la fixation d'une petite broche temporaire à la partie moyenne de la cheville.

S. a utilisé 15 fois cette technique avec succès; il a cependant noté 2 cas d'infection, dont l'un nécessita l'ablation du greffon.

La réhabitation de celui-ci semble se faire en quelques semaines; au bout de 2 ans, il disparaît sur l'image radiologique. L'apport d'os nouveau est sans doute favorable à la formation du cal.

R. Gueullette.

Saül Heiser et **J. J. Schwartzman** (New-York). — **Variations de l'aspect radiologique du squelette dans le myélome** (*Radiology*, vol. **58**, n° 2, Fév. 1952, p. 178-191, avec 20 fig.).

Les auteurs rapportent 66 cas de myélome multiple dont 62 étudiés radiologiquement. 8 cas, soit 13 p. 100 ne présentaient aucune modification osseuse pathognomonique, et l'aspect dépendait de la durée de la maladie.

Les modifications se divisent en 5 groupes selon le degré de destruction osseuse : l'ostéolyse est bien étudiée radiologiquement et les auteurs ont montré la corrélation qu'il y a entre les signes radiologiques et l'examen clinique.

Ils estiment que l'aspect *typique* classiquement décrit est exceptionnel; ils l'ont trouvé dans 13 p. 100 des cas seulement et surtout au niveau du crâne.

Le diagnostic formel étant difficile à poser sur les documents radiologiques seuls, ils pensent qu'il faut s'aider de la ponction osseuse (92 p. 100 de cas positifs) ou de l'électrophorèse (82 p. 100 de cas positifs).

P. Porcher.

G. Rothe (Halle a. d. Saale). - **Sur les erreurs de diagnostic en matière de sarcome** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 31, p. 1303-1313, avec 10 fig.).

R. attire une fois de plus l'attention sur les difficultés de diagnostic de malignité en matière de tumeurs osseuses. La certitude ne peut être donnée que par la réunion des 3 facteurs, radiologique, clinique et histologique. Mais il serait souvent dangereux d'attendre cette triple affirmation pour agir.

La radiographie est particulièrement trompeuse, et l'auteur relate un cas de pseudo-sarcome du maxillaire supérieur à l'examen radiologique, qui, histologiquement, fut reconnu comme une ostéite fibreuse typique.

L'interprétation histologique présente elle-même de grandes difficultés; la limite entre « sarcome ostéolytique » et kyste osseux ou tumeur à myéloplaxes est souvent bien délicate à préciser. On ne peut guère se baser sur la formule proposée : cellules géantes à moins de 15 noyaux = sarcome, cellules géantes à plus de 15 noyaux = tumeur à myéloplaxes. Le polymorphisme des noyaux, leur richesse en chromatine, l'importance du nombre des mitoses plaident en faveur de la malignité.

La dystrophie osseuse est une réaction générale, rencontrée tout aussi bien au cours des affections bénignes (rachitisme, gomme, tuberculose, ostéomyélite, ostéomalacie) qu'au voisinage des tumeurs malignes.

La liste des erreurs de diagnostic connues est déjà longue; R. l'enrichit de 11 cas personnels.

Les difficultés se montrent particulièrement considérables au niveau du maxillaire, siège de prédilection du processus ostéo-dystrophique; et Axhausen a pu mettre en

parrallèle l'ostéodystrophie du maxillaire (enulis) avec les tumeurs des parties molles du type épulis; les unes et les autres mettent parfois à rude épreuve la sagacité des histologistes (pseudo fibro-sarcome de Axhausen).

Sur un total de 76 cas de lésions osseuses du maxillaire, R. relève 24 épithéliomas, 17 sarcomes, 26 kystes radiculaires, 3 adamantinomes, 1 ostéome, 1 hémangiome et 4 cas d'ostéite fibreuse localisée.

Ces difficultés de diagnostic sont d'autant plus graves que l'ostéo-sarcome est d'une exceptionnelle gravité, comme le prouvent les chiffres suivants : parmi 32 malades atteints d'ostéosarcomes, la plupart sont morts dans l'année; 5 sarcomes ostéoblastiques ont entraîné 4 morts rapides, le 5e malade ayant été perdu de vue; sur 11 sarcomes ostéolytiques, 1 seul malade a survécu pendant 6 ans.

Le myxo-chondro-sarcome, dont l'accroissement est pourtant très rapide, le sarcome parostal seraient d'un pronostic un peu moins mauvais.

R. Gueullette.

R. S. Sherman et **Fl. C. H. Chu** (New-York). — **Étude radiographique des « synoviomes »** (*Am. Journal of Roentg. Rad. Therapy*, vol. **67**, n° 1, Janv. 1952, p. 80-89, avec 10 fig.).

Les auteurs rapportent 32 cas de tumeurs synoviales vérifiées histologiquement, et mises en évidence par la radiologie.

La tumeur synoviale se présente radiologiquement comme une masse de densité hydrique, homogène, solitaire, accolée à l'articulation. Sa taille est d'environ 7 cm de diamètre, ses contours réguliers et son siège est le plus souvent le genou.

Les auteurs ont étudié le diagnostic différentiel d'avec les kystes synoviaux et les synovites nodulaires. Leur étude envisage tous les signes radiologiques permettant le diagnostic d'une part de tumeur maligne rare, d'autre part d'affections tumorales ou pseudo-tumorales bénignes, beaucoup plus fréquentes.

P. Porcher.

G. H. Melot (Bruxelles). — **Démonstration radiologique des altérations intra ou péri-articulaires** (*Journal de Rad. et Electrologie*, t. **32**, nos 3-4, 1951, p. 198-209, avec 13 fig.).

L'auteur estime qu'il est intéressant d'étudier radiologiquement les structures des tissus mous dans les affections articulaires chroniques autres que la tuberculose.

Après avoir discuté les différentes techniques y compris la tomographie, l'auteur les applique au genou. M a cherché à établir la corrélation entre les aspects cliniques, anatomo-pathologiques et radiologiques des tissus de faible densité. Les lésions envisagées sont celles rencontrées au cours de l'asthme rhumatoïde, de l'ostéo-arthrose courante, post-traumatique, hémophilique, tabétique...

Les examens ont montré que ces affections ont un aspect radiologique complet typique.

P. Porcher.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

H. Milwidsky, E. N. Ehrenfeld et **A. de Vries** (Jérusalem). — **Guérison après traitement conservateur dans 2 cas d'embolie aortique** (*Angiology*, vol. **3**, n° 4, Août 1952, p. 275-281).

Les auteurs insistent sur la grande mortalité imputable à l'intervention dans les embolies aortiques et ils citent les statistiques d'Albright et Leonard qui, de 1909 à 1950, ne font état que de 26 cas d'embolies aortiques guéries après traitement chirurgical. Par contre, un grand nombre d'échecs semblent ne pas avoir été publiés.

Même son de cloche pessimiste en ce qui concerne l'embolectomie des artères périphériques, la comparaison de statistiques étendues donnant 2/3 de décès à l'hôpital. 18 p. 100 d'amputations graves et 19 p. 100 seulement de guérisons.

Les auteurs font état de 2 observations d'embolies de la bifurcation aortique dont l'un ne fut pas opéré en raison de l'âge avancé du malade (69 ans) et de la médiocrité de l'état général. Des infiltrations anesthésiques répétées du sympathique lombaire, la rachi-anesthésie et les traitements anti-coagulants procurèrent la guérison. Le 2e cas concernait une femme de 37 ans qui, 2 mois après un accouchement, présenta un syndrome d'embolie de la bifurcation aortique. Traitement médical par blocage du sympathique lombaire, l'héparine, puis le dicoumarol. Guérison contrôlée au bout de 2 ans.

LUCIEN LEGER.

Fabio Schmidt Goffi (Sao Paulo). — **Contribution expérimentale à l'étude des anastomoses artérielles chirurgicales** (*Revista de Cirurgia de Sao Paulo*, vol. **17**, n° 4, Janv.-Fév. 1952, p. 121-164, et n° 5, Mars-Avril 1952, p. 165-208, avec 40 fig., bibl.).

Le but de ce travail expérimental est de comparer les résultats respectifs : 1° de la suture au point éversant de matelassier, du surjet transfixiant non éversant de Carrel, de l'anastomose sans suture sur tube de vitallium et greffon veineux (Blakemore) ; 2° des anastomoses termino-terminales et termino-latérales.

40 chiens ont été opérés, sous anesthésie au nembutal. Les anastomoses artérielles ont porté sur la carotide primitive. Le matériel de suture adopté fut la soie 00000 montée sur aiguille atraumatique. Aucune drogue anticoagulante ne fut utilisée. Les chiens morts furent autopsiés, les autres sacrifiés dans des délais variables (maximum 145 jours), pour prélever le segment artériel, 25 examens histologiques furent pratiqués.

1° 10 anastomoses termino-terminales (carotide primitive sectionnée transversalement puis suturée) au surjet de matelassier avec 2 points d'appui : 1 hémorragie mortelle par lâchage, 4 thromboses complètes, 5 anastomoses perméables dont 1 thrombose partielle et 3 dilatations anévrysmales.

2° 10 termino-terminales au surjet de Carrel avec 3 points d'appui : 1 hémorragie mortelle, 3 thromboses complètes, 6 anastomoses perméables dont 1 thrombose partielle et 2 dilatations anévrysmales.

3° 10 termino-terminales sur tube de vitallium et greffon veineux à la façon de Blakemore : 2 hémorragies mortelles dont une avec thrombose totale; 3 nécroses du greffon veineux, toujours avec thrombose; 2 thromboses sur bonne cicatrisation artério-veineuse. Il ne reste que 3 anastomoses perméables, dont une avec thrombose partielle.

4° 5 termino-latérales (implantation de la carotide gauche dans la carotide droite) : au surjet de matelassier, 1 hémorragie mortelle. 4 anastomoses perméables dont 1 thrombose partielle et 1 anévrysme.

5° 5 termino-latérales au surjet de Carrel : 1 hémorragie mortelle, 4 anastomoses perméables dont 2 anévrysmes.

Les risques de désunion, de thrombose et d'anévrysme sont donc exactement les mêmes avec le surjet de matelassier qu'avec celui de Carrel. L'anastomose par suture n'expose pas à la thrombose tardive; elle peut rester fonctionnellement bonne malgré une thrombose partielle ou une dilatation anévrysmale. L'anastomose sans suture de Blakemore donne des résultats nettement inférieurs : la désunion en est plus fréquente, ainsi que la thrombose, qui peu survenir tardivement; mais c'est un procédé d'exécution plus facile que la suture lorsqu'il s'agit de vaisseaux de petit calibre.

La perméabilité de l'anastomose est obtenue plus souvent avec le mode termino-latéral qu'avec la termino-terminale.

L'auteur reconnaît lui-même que, dans chaque série, le nombre des expériences

est un peu restreint pour permettre des conclusions fermes; que d'autre part la durée d'observation des animaux, entre l'opération et le prélèvement de la pièce, est souvent bien court, pour juger des risques réels de thrombose tardive, ou d'anévrysme secondaire.

G. EDELMANN.

Tor Hiertonn (Stockholm). — **Transplantation homologue de segments artériels conservés dans une banque de vaisseaux sanguins** (*Acta Orthopaedica Scandinaviea*, vol. **22**, fasc. 1, p. 5-14, avec 1 fig. et 1 pl.).

Dans une série d'expériences chez le chien, H. a remplacé des segments défectueux d'aorte ou d'artère fémorale par des segments d'aorte et de petites artères conservés à une température de + 1 à + 4° C dans une solution thyrode tamponnée contenant 10 p. 100 de sérum.

Dans les artères conservées de cette manière, pendant 2 à 3 semaines, la consommation d'oxygène dans les tissus artériels existait toujours.

En ce qui concerne la guérison et la fonction de ces greffes, la technique, la dimension des vaisseaux (receveur et donneur) présentent une importance considérable. La vitalité des segments transplantés a beaucoup moins d'importance.

En règle générale, les greffes pouvaient assumer la fonction de canalisation mais ne semblaient pas avoir la faculté d'une adaptation dynamique.

Malgré des altérations histopathologiques marquées des parois des greffes, une dégénération graduelle et une substitution des tissus chez le receveur, il n'y avait aucun signe de dilatation anévrysmale ou de rupture.

La force de tension des greffes d'aorte s'est montrée considérable.

ALBERT MOUCHET.

Lucien Massé, René Tingaud, Claude Massé et **Jean Carles** (Bordeaux). — **Les greffes d'artères conservées. Résultats expérimentaux. Considérations sur la conservation des greffons** (*Bordeaux Chirurgical*, fasc. 3, Juil. 1952, p. 105-112).

Poursuivant leurs travaux les auteurs montrent la supériorité des greffons conservés en vie latente sur les greffons dévitalisés ou congelés.

Les résultats expérimentaux qu'on a obtenus avec ces derniers sont trop aléatoires pour que leur utilisation en chirurgie humaine soit recommandable.

Le liquide de Hanks est celui qui assure la meilleure conservation des tissus. Il l'emporte sur le sérum physiologique ou sur le sang.

Il est possible qu'un facteur immunologique, tel que la nature du groupe sanguin, influe sur la qualité de la conservation.

P. GÉRARD-MARCHANT.

O. Selvaag et **R. Holmboe**. — **Traitement des artérites périphériques oblitérantes par injections intra-artérielles de bromure de tétra-éthylammonium** (*Acta Medica Scandinavica*, vol. **142**, fasc. 2, Fév. 1952, p. 132-142).

De toutes les substances médicamenteuses administrées par voie intra-artérielle dans les artérites oblitérantes des membres, le bromure de tétra-éthylammonium serait d'après les auteurs la plus active.

De la technique même de l'injection il n'y a rien de spécial à retenir sinon qu'elle doit être poussée très lentement; la dose qui paraît optima est de 3 à 4 cm^3 d'une solution à 10 p. 100. Le traitement comprend 2 ou 3 injections par semaine pendant 2 semaines et peut-être renouvelé au bout de 10 à 20 jours.

15 malades ont été ainsi traités qui présentaient une oblitération artérielle par artério-sclérose pure, par artérite diabétique ou par embolie artérielle. Les résultats obtenus sont constamment bons en ce qui concerne les troubles subjectifs et satisfaisants quant aux douleurs et à la marche; l'effet sur la température cutanée et les oscillations est beaucoup moins net. Enfin la durée d'observation est trop courte pour que l'on puisse savoir si l'amélioration obtenue est durable.

J. LOYGUE.

H. Nabel (Remscheld). – **Contribution à l'étude de la résection artérielle au cours des troubles de la circulation périphérique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77,** n° 42, 1952, p. 1777-1793, avec 11 fig.).

N. rappelle tout d'abord les travaux de Leriche et son École, les principes de la méthode, ses conditions d'application, ses indications et contre-indications.

Il lui semble que les meilleurs résultats soient obtenus au niveau de la fémorale, et notamment au cours de l'artério-sclérose (76,4 p. 100 de succès), plus encore qu'au cours de l'angéite oblitérante (55 p. 100).

Tout d'abord peu suivie, la méthode a été ensuite étendue aux formes avec ulcérations ou gangrène, aux traumatismes artériels avec oblitération, aux thromboses; on en a usé prophylactiquement après sutures artérielles.

Cependant un certain nombre d'auteurs allemands conservent une impression défavorable de l'artériectomie (Denk, Kohlmayer, Block).

L'auteur ne paraît pas lui-même très enthousiaste. Il la croit cependant indiquée si l'oblitération artérielle est totale, et ne voit pas de contre-indications dans la présence d'une ulcération ou d'un foyer de gangrène; il fait une étude approfondie de l'artère et du réseau collatéral par les moyens cliniques et surtout l'artériographie avant de réséquer; il utilise volontiers comme test l'infiltration péri-artérielle ou le blocage sympathique, tout en reconnaissant qu'il peut être trompeur, la peau réagissant mieux que les tissus profonds.

N. fait ensuite état des altérations anatomo-pathologiques et histologiques engendrées par l'oblitération artérielle,

Il a lui-même obtenu parfois des résultats inattendus : une résection d'une fémorale thrombosée chez un artério-scléreux de 74 ans, a amené rapidement une gangrène progressive qui imposa l'amputation; il en fut de même chez un malade de 47 ans, après une résection pour claudication intermittente; le membre d'un homme de 82 ans atteint d'artérite oblitérante devient livide dès la résection; l'infiltration lombaire, les vaso-dilatateurs restent sans effet, et la mort survient par embolie.

Par contre dans 2 autres cas, les résultats furent très favorables.

Reconnaissant l'effet immédiat de la résection sur le symptôme douleur, N. ne s'en montre pas moins assez peu encouragé par les résultats obtenus. Et il conseille, avant toute décision, de multiplier les examens et tests pré-opératoires, de bien peser les indications, et d'apprécier avec soin l'état général du malade.

R. Gueullette.

Ladislav Koppl, Vladimir Dolezal et **Kveta Klusackova** (Prague). — **Le traitement de la maladie de Buerger à la Clinique Chirurgicale n° I de la Faculté de Prague** (*Rozhledy y Chirurgii*, an. **31**, n°° 6-8, Juin-Août 1952, p. 163-168).

Pendant 11 ans, de 39 à 50, sur un total de 251 affections vasculaires, le nombre des maladies de Buerger traitées a été de 95. L'amputation (doigt, jambe, cuisse) a été nécessaire dans 38,9 p. 100 des cas. Des troubles trophiques existaient chez 83,05 p. 100 des sujets (ulcérations 40, gangrène 39, dermites eczématiformes 4). On note également : claudication 60, douleurs au repos 58, paresthésies 29, refroidissements 28. Plus de 50 p. 100 des malades arrivent au chirurgien plus de 1 an après le début des manifestations cliniques.

Au cours des 3 dernières années de la période considérée le pourcentage des opérations mutilantes reste aussi élevé qu'au cours des 3 premières. Souligner ce fait, c'est affirmer que le nombre des amputations serait beaucoup plus faible si le traitement conservateur rationnel était mis en œuvre plus précocement. Le caractère progressif de la maladie, l'influence du spasme vasculaire, le rôle des altérations hormonales (cortico-surrénale, cortine, adrénaline) ou des carences vitaminiques (Vitamine B, C, amide nicotinique) imposent une thérapeutique précoce et l'association des résections sympathiques aux médications endocrino-enzymatiques, et vaso-dilatatrices.

Guy Henry.

L. E. Puech Leao et **J. Bueno Neto** (Sao Paulo). — **Thromboangéite et artério-sclérose oblitérantes. Résultats de quelques méthodes de traitement, basés sur la révision de 104 cas** (*Revista Paulista de Medicina*, vol. **40**, n° 4, Avril 1952, p. 247-256).

L'intérêt de ce travail est d'apporter les résultats comparatifs de plusieurs méthodes thérapeutiques, appliquées à des séries homogènes, à peu près semblables quant au nombre de cas, au degré évolutif de la maladie, au siège de l'oblitération. Les malades sont classés en 4 degrés de gravité, qui figurent dans des proportions à peu près semblables dans chacune des séries. 19 cas du degré IV (gangrène extensive) sont mis à part, car ils ont tous exigé une amputation. Les 85 malades des 3 premiers degrés ont été traités, en nombre à peu près égal, par injections sous-cutanées de carbogène, perfusion de solutions salées hypertoniques, et sympathectomie lombaire. De l'étude des résultats il ressort : que la thromboangéite répond mieux dans l'ensemble aux diverses thérapeutiques que l'artério-sclérose; que l'existence de plaques de gangrène parcellaire n'empêche pas l'application des thérapeutiques conservatrices, qui permettent souvent au malade de garder son membre, parfois au prix de sacrifices limités (orteils); que la plus grande proportion de résultats favorables fut obtenue par la sympathectomie; viennent ensuite les injections de carbogène, et en dernier les perfusions hypertoniques.

G. Edelmann.

P. Wertheimer et **J. Lecuire** (Lyon). — **La thérapeutique chirurgicale de l'hypertension artérielle d'après 135 observations** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, vol. **22**, n° 6, Déc. 1951, p. 383-390. En français).

Ce sont les réflexions tirées du bilan de 135 cas d'hypertension artérielle essentielle traités chirurgicalement. Les techniques ont été variées : 24 surrénalectomies; 20 sympathectomies sous-diaphragmatiques; 24 splanchnicectomies bilatérales par voie médiastinale postérieure (technique de Peet); 68 sympathectomies thoraco-lombaires extensives, uni- ou bilatérales, par voie extra- ou transpleurale; 18 malades sont morts dans les suites opératoires, 22 à plus longue échéance d'accidents de leur maladie hypertensive. Mais les auteurs font remarquer à juste titre qu'ils ont souvent transgressé les règles reconnues de l'indication chirurgicale, en opérant des malades dont les lésions rétiniennes, cardiaques, ou cérébrales auraient été considérées par bien des chirurgiens, ceux des États-Unis en particulier, comme des contre-indications. En écartant 25 malades, pour lesquels ces règles ont été transgressées, ils n'auraient perdu, tant dans les suites opératoires qu'à plus longue échéance, que 22 malades sur 110, au lieu de 40 sur 135. Il est vrai que 5 de ces malades ainsi rejetés, et qui survivent, auraient été privés de ce bénéfice.

« C'est dire que, même soumise aux barèmes généralement admis, l'indication opératoire demeure un problème difficile dont la solution implique une appréciation nuancée. »

Sur le choix d'un procédé, les auteurs sont plus catégoriques : rejetant, à cause de l'insuffisance de leurs résultats, les opérations sous-diaphragmatiques et l'opération de Peet, ils réservent leurs préférences à la surrénalectomie et à la sympathectomie thoraco-lombaire, qu'ils préfèrent exécuter par voie transpleurale. Les indications respectives de ces deux méthodes ne leur paraissent pas encore bien tranchées.

G. Edelmann.

C. Lian et **H. Welti** (Paris). — **La réalisation chirurgicale d'une fistule artério-veineuse dans le traitement de la grande hypertension artérielle permanente** (*Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, an. **45**, n° 10, Octobre 1952, p.872-880).

Devant l'insuffisance des résultats éloignés des opérations sympathiques (Op. de de Peet ou de Smithwick) les auteurs ont recherché des résultats plus durables par la création d'une fistule artério-veineuse. Leur élève Facquet, qui leur inspira cette

idée se basait sur le fait que les fuites artérielles (insuffisance aortique, fistule artério-veineuse du canal artériel) s'accompagnent souvent d'hypotension artérielle.

En Octobre 1947 en même temps que le Professeur Leriche, W. fit sa première intervention. Les première observations qui concernaient des malades trop profondément atteints (insuffisance cardio-rénale) furent des échecs. La création d'une fistule artério-veineuse fémorale chez des sujets moins atteints a déterminé assez souvent (5 fois sur 7), au bout de quelques mois une accentuation de l'insuffisance cardiaque.

Pour éviter la surcharge que représente pour le cœur droit l'augmentation de pression dans la veine fémorale, les auteurs dans leurs 8 dernières observations, ont complété la fistule artério-veineuse par une ligature de la veine fémorale au dessus de la fistule. La chute tensionnelle, dans ces cas a été moins rapide mais les complications cardiaques ne se sont pas produites et l'amélioration de la tension a été confirmée jusqu'à 8 et même 12 mois plus tard.

Les auteurs pensent que le point où doit être posée la ligature veineuse est au-dessus d'une collatérale et au dessus de la fistule artério-veineuse.

Dans 2 cas où l'anastomose fémorale apparaissait irréalisable en raison de varices considérables. W. a pratiqué des fistules artério-veineuses axillaires (artère scapulaire inférieure et veine axillaire dans un cas, vaisseaux axillaires dans l'autre). La pose d'une ligature veineuse dans ces cas a arrêté le thrill et W. a dû la supprimer. Chez ces 2 malades le résultat a été excellent, la tension artérielle a diminué de 2 à 5 cm Hg et les troubles cardiaques ont disparu.

En raison de la bénignité de l'opération, de la possibilité de supprimer ou de minimiser ultérieurement la fistule artério-veineuse, les auteurs recommandent cette méthode qui donne des résultats intéressants dans la grande hypertension non compliquée de troubles cardio-rénaux.

G. Picot.

Juan Westermeyer (Chili). — **La thrombose veineuse en chirurgie** (*Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile*, t. **2**, n° 2, Juin 1950, p. 89-98).

Étude statistique de 185 cas de thrombose veineuse relevés au cours de 7 100 autopsies (en 10 ans). L'analyse détaillée de l'étiologie de ces thromboses, de leur siège sur l'arbre veineux, confirme les notions actuelles. Il est intéressant de noter que sur 22 embolies massives post-opératoires ou post-traumatiques, 13 furent observées au cours de la dernière année, alors que les précédentes n'en comportaient qu'une ou deux au maximum. W. envisage, sans pouvoir le prouver, le rôle thrombogène de la pénicillothérapie, pour expliquer cet accroissement de fréquence.

G. Edelmann.

H. Ellegast (Wien). — **Sur la gangrène par thrombose veineuse** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **64**, n° 29, 18 Juillet 1952, p. 514-517).

La thrombose veineuse peut être à l'origine de gangrène des extrémités. E. rapporte 4 observations de gangrène survenue au cours d'une phlegmatia cœrulea dolens.

Le 1er cas concerne une gangrène du pied consécutive à une intervention gynécologique; on fit une embolectomie avec ligature de la veine iliaque, ce qui n'empêcha pas l'issue fatale par embolie pulmonaire;

Le 2e malade mourut de thrombo-phlébite d'origine peu précise étendue à la veine cave;

Un 3e malade de 65 ans, atteint de spondylarthrite, fit, malgré une sympathectomie, une thrombose étendue à tout le système veineux des deux membres inférieurs, et mourut dans la cachexie;

Enfin une femme enceinte, de 20 ans, fit, près du terme, des accidents progressifs de gangrène du pied; elle mourut, malgré l'amputation, de thrombose des veines du myomètre et des deux veines iliaques.

Ces formes foudroyantes sont bien connues; leur diagnostic avec l'embolie artérielle est difficile. Le début en est brutal, s'accompagnant de douleurs très vives, de gonfle-

ment du membre avec coloration bleuâtre, de choc intense. Il semble s'agir d'une réaction allergique au cours d'une nouvelle poussée infectieuse localisée sur l'endothélium vasculaire. Au stade aigu initial succède une phase de chronicité au cours de laquelle évolue la gangrène progressivement extensive, à laquelle un élément de spasme artériel peut ne pas être étranger.

L'atteinte veineuse semble plus fréquente à gauche, ce qu'explique peut-être le croisement de l'artère iliaque primitive avec la veine homologue. L'embolie pulmonaire serait classiquement peu fréquente; l'auteur l'a pourtant notée ici dans 3 cas sur 4.

Le traitement de ces formes est particulièrement délicat; après la thérapeutique anti-choc, il convient d'envisager le blocage sympathique ou la sympathectomie, éventuellement la thrombectomie, encore que la localisation du thrombus soit très aléatoire; l'usage des anticoagulants et des vaso-dilatateurs ne doit pas être négligé; l'amputation enfin est quelquefois nécessaire.

Malgré quoi, le pronostic reste des plus sévères, comme le montre la courte statistique de l'auteur.

R. Gueullette.

W. Cloetens, Ch. Tenzer et **Ph. Mascart** (Bruxelles). — **Le traitement anticoagulant des affections thrombo-emboliques** (*Acta Cardiologica*, t. **7**, fasc. 4, 1952, p. 406-420, avec 6 fig.).

La justification du traitement anti-coagulant et sa technique donnent lieu au rappel de notions qui sont maintenant bien établies et généralement admises. Les doses sont réglées d'après le taux de prothrombine uniquement (l'épreuve de sensibilité *in vitro* à l'héparine n'est pas mentionnée). Les résultats personnels concernent 104 malades atteints de phlébite compliquée ou non d'embolies, d'infarctus myocardique, de coronarite aiguë ou thrombose coronarienne progressive, de sténose mitrale embolisante. Il apparaît qu'une des indications les plus intéressantes de la médication anti-coagulante est la coronarite évolutive; la durée du traitement dépend moins de l'évolution de la crase sanguine que de la persistance des altérations électro-cardiographiques et de l'intensité des troubles fonctionnels.

Cl. Macrez.

E. Rappert (Wien). — **Traitement de la thrombose par la Procaïne, la Panthesin et l'Hydergin (Résultats cliniques)** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 41, 1952, p. 1729-1738).

Suivant R., la thormbose n'est pas, comme on l'a cru longtemps, une maladie locale, mais bien dans la grande majorité des cas, une maladie générale, une dysfonction du système neuro-végétatif; de celui-ci dépendent en effet, non seulement les altérations des parois vasculaires, le ralentissement du cours du sang, les troubles de la coagulation (signes communs à toutes les thromboses), mais bien encore l'accélération du pouls, la chute du taux d'antithrombine, l'augmentation du temps de sédimentation, la sensation générale de maladie grave (tous signes de maladie générale).

A côté de cette maladie, il faut faire une très petite place à la thrombose locale, succédant à une intervention sur les vaisseaux, dont l'évolution est rapide et qui n'est pas génératrice d'embolie.

R. réfute les arguments de la thérapeutique par blocage novocaïnique du sympathique; c'est une action générale qu'il faut attendre de la procaïne, et non locale.

L'auteur apporte les résultats obtenus chez 119 malades atteints de thrombose de gravité variable, qu'il partage en 9 groupes suivant les modalités du traitement par la panthesin et l'hydergin. On en peut tirer les conclusions suivantes :

Le malade doit être dès le début soumis aux injections de panthesin à la dose de 0,12 à 0,25 g en goutte à goutte intra-veineux; l'injection est répétée 2 fois par jour dans les formes sévères; ce traitement est poursuivi tant que les manifestations

subjectives et objectives n'ont pas totalement disparu. On administrera ensuite la panthesin en injections intra-musculaires, associée à l'hydergin sous forme de gouttes ou de tablettes sublinguales.

Par cette méthode, on guérit la thrombose dans des temps records (6 à 8 jours en moyenne).

L'auteur n'a pas encore connu d'échec, de même qu'il n'a jamais vu ni hémorragies, ni tendances aux hémorragies, et cela même en cas de surdosage.

R. Gueullette.

José Valls-Serra (Barcelone). — **Ligature de la veine cave inférieure au cours des derniers mois de la grossesse, pour embolies récidivantes** (*Angiologia*, vol. **4**, n° 5, Sept.-Oct. 1952, p. 235).

Observation d'une femme de 38 ans ayant présenté des embolies pulmonaires à répétition. Début des accidents à la fin du 4e mois par des manifestations douloureuses. L'examen découvre une douleur spontanée et provoquée au palper sur le trajet des vaisseaux fémoro-iliaques gauches.

Intervention sous anesthésie générale par incision transversale à hauteur de l'ombilic. Libération difficile de la veine cave et blessure d'une veine lombaire dont la compression tarit l'hémorragie. Ligature de la veine cave.

La grossesse se poursuit sans incidents. 2 mois plus tard, soit au 8e mois, de la grossesse, la marche est absolument normale. Au 9e mois, réapparition de douleurs dans la fosse iliaque gauche, ce qui conduit à accélérer l'accouchement qui se déroule sans incidents. Héparinothérapie *post-partum*. 5 mois après l'accouchement, l'état général est excellent et il n'y a pas le moindre œdème des membres inférieurs.

Lucien Leger.

NERFS

Alfonso Asenjo et **J. Alvarez-Loyo** (Santiago de Chile). — **Expérience de 102 cas de névralgie du trijumeau** (*Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile*, t. **3**, n° 1, Mars 1951, p. 40-44).

Analysant les résultats thérapeutiques obtenus dans ces 102 cas, les auteurs en déduisent les indications respectives des divers modes de traitement.

L'alcoolisation des branches périphériques a été pratiquée 62 fois, avec 36 bons résultats; les sections d'une des branches périphériques 7 fois avec 1 seul échec.

La neurotomie rétrogassérienne (suivant le procédé de Spiller et Frazier), pratiquée 43 fois, a entraîné 1 mort, et fourni 34 succès.

La tractotomie à la façon de Sjöqvist (section des fibres sensitives dans leur trajet bulbaire) fut réalisée dans 24 cas, avec 1 mort et 19 succès.

Les indications préconisées pour ces diverses méthodes sont les suivantes : 1° névralgie essentielle localisée à une seule branche : alcoolisation. Son action, même favorable, n'est que temporaire. La récidive apparaît de 2 à 12 mois plus tard, et les nouvelles alcoolisations entraînent à chaque fois un soulagement de plus courte durée.

Hormis les malades trop âgés ou trop fatigués pour supporter la moindre action chirurgicale, il faut donc faire plus : si la récidive reste localisée au territoire de la même et unique branche : section de cette branche. Si elle déborde ce territoire : neurotomie à la façon de Frazier-Spiller. 2° Névralgie occupant le territoire des deux branches inférieures : opération de Frazier-Spiller. 3° Névralgie diffuse occupant le territoire des 3 branches : tractotomie à la façon de Sjöqvist chez les individus jeunes, en bonne condition. Chez les sujets âgés : opération de Frazier complétée par une alcoolisation ou une section de la branche supérieure. 4° Les névralgies du trijumeau secondaires à un cancer inopérable, de la langue par exemple, ou à des métastases, peuvent aussi bénéficier de la tractotomie de Sjöqvist.

G. Edelmann.

E. Bues (Kiel). — **Implantation d'hypophyse contre les douleurs d'origine trigéminale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77,** n° 35, 1952, p. 1500-1508).

B. a fait des transplantations hypophysaires chez 16 malades atteints d'affections d'origine trigéminale : tic douloureux, névralgie continue, paresthésie dans le territoire du trijumeau.

A la manière de Gumrich, il emploie l'hypophyse de veau, récemment prélevée à l'abattoir, transportée dans du sérum chaud additionné de pénicilline. Il rappelle que Weber a pu utiliser dans un cas un adénome de l'hypophyse prélevé opératoirement chez un diabétique. Tout en reconnaissant la valeur du test au prolan, il ne l'utilise pas, se basant seulement sur la reprise de l'appétit.

L'implantation est faite dans la gaine du grand droit.

Sur les 16 malades opérés, on note : 9 améliorations telles que pendant plusieurs mois le malade a pu se passer de tout traitement. Il semble que l'action soit particulièrement nette sur les tics douloureux (4 cas traités et guéris), comme on le constate d'ailleurs par le traitement hormonal.

B. estime cependant qu'il ne faut pas perdre de temps à cette thérapeutique et que son échec commande l'intervention (section des racines, tractotomie, électrocoagulation du ganglion de Gasser, éventuellement lobotomie).

Il ne pense pas qu'il s'agisse d'un effet de suggestion; il a noté chez les cancéreux une amélioration des douleurs du même ordre, avec apparition de prolan dans les urines, mais qui ne dure que quelques jours; l'amélioration est de 6 à 8 mois chez les malades atteints de douleurs trigéminales.

Elle s'accompagne chez eux d'euphorie, sans doute par stimulation des sécrétions internes. Il est à noter que la douleur persiste à la pression du nerf intéressé à son émergence.

Cet état de bien-être contribue certainement à l'amélioration, notamment des tics douloureux à propos desquels l'influence du psychisme a été particulièrement reconnue.

R. Gueullette.

RACHIS ET MOELLE

H. Hoff et **K. Weingarten** (Wien). — **Les tumeurs rachidiennes chez l'enfant** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **64,** n°s 12-13, 21 Mars 1952, p. 220-222).

Elles sont rares; les auteurs n'en ont rencontré que 3 cas en 20 ans. Par ordre de fréquence on note :

Le gliome, vers l'âge de 6 ans, surtout localisé au segment cervico-dorsal, d'évolution variable (quelques semaines à 7 ans), peut-être d'origine congénitale (myélodysplasie);

Le sarcome, surtout extra-dural, à localisation surtout thoracique, souvent en sablier et dont le plus gros segment siège dans le médiastin ou le tissu sous-péritonéal, se voit de 1 à 5 ans ou de 10 à 15 ans, d'une durée d'évolution moyenne de 15 mois;

Le kyste dermoïde, tumeur du tout jeune âge, surtout lombaire ou sacrée, souvent associée au spina bifida;

Le neurinome et le neuro-fibrome, qui se voient surtout de 7 à 15 ans, souvent aussi en sablier, et qui rentrent dans le cadre de la maladie de Recklinghausen;

Le lipome, rencontré à tous les âges de l'enfance, occupant de gros segments du canal médullaire, pie-mérien ou sous-pie-mérien;

Le sympathicoblastome ou ganglioneurome, à tous les âges, particulièrement malin et récidivant;

Le méningiome, très rare chez l'enfant, ne se rencontre guère avant 12 ans, à localisation souvent haute, d'évolution très lente, et présentant une symptomatologie typique de tumeur extra-médullaire.

Les hémangiome, chlorome, chordome sont absolument exceptionnels.

Les auteurs rapportent 2 observations personnelles (neurofibrome, méningiome) et analysent 9 cas sous forme de tableau, dont on peut tirer les faits suivants : fréquence des localisations sur le segment dorsal; fréquence des erreurs de diagnostic surtout chez l'enfant; symptomatologie faite de douleurs d'intensité variable, mais souvent très violentes, de contracture des muscles extenseurs du rachis et des muscles des deux membres inférieurs, d'une certaine raideur de la hanche; les paralysies, les troubles de la sensibilité, les troubles viscéraux n'apparaissent que tardivement; à quoi il faut ajouter les caractères propres à chaque localisation.

La localisation intra- ou extra-médullaire est cliniquement difficile et ne peut souvent être affirmée que par la myélographie.

Le pronostic est grave, en raison de la fréquence des formes malignes.

R. Gueullette.

Guido Lombardi (Milan). — **Le diagnostic radiologique des tumeurs de la moelle (70 cas)** (*La Radiologia Medica*, vol. **38**, n° 3, Mars 1952, p. 193-216, avec 34 fig.).

L'auteur rapporte 70 cas de tumeurs de la moelle opérées et vérifiées histologiquement.

Après une brève discussion sur l'examen vertébral standard sans préparation, l'auteur insiste sur la nécessité d'une myélographie à l'huile iodée, qui, contrairement aux autres moyens de contraste, permet le diagnostic des néoplasies même peu volumineuses, et le dépistage des tumeurs multiples en un segment quelconque du rachis.

Après la description de la technique employée par lui, il analyse les images typiques de tumeurs extra ou intra-durales, et des tumeurs multiples.

L'auteur pense que l'on peut faire le diagnostic de nature de la tumeur, tout au moins dans les cas de méningiome ou de neurinome.

P. Porcher.

H. Junge (Kiel). — **Le traitement opératoire des compressions des racines cervicales** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 36, 1952, p. 1539-1547, avec 4 fig.).

L'indication opératoire pour compression radiculaire est beaucoup plus rare au niveau du cou que de la région lombaire. Le syndrome est ici moins évident; un syndrome scalénique, un syndrome vasculaire, une péri-arthrite scapulo-humérale méritent d'être longuement discutés.

La forme type se montre tantôt sous l'aspect d'une compression mono-radiculaire avec signes vertébraux et neurologiques nets, tantôt masquée par quelque complication vasculaire ou végétative.

J. n'envisage ici que la forme pure, non compliquée.

Il a traité 13 malades; et il lui semble que la qualité des résultats dépend essentiellement de la bonne interprétation clinique et d'une juste indication opératoire. L'intervention en outre ne doit être entreprise qu'après échec d'un traitement médical prolongé au moins 3 mois.

Il a obtenu : 8 très bons résultats, 2 améliorations, 3 insuccès (1 décompression inefficace, 2 erreurs d'indication).

Les meilleurs résultats sont acquis dans les formes les plus typiques au point de vue vertébral et neurologique (signes cliniques et radiologiques, irradiations douloureuses, test au Foraminal).

Dans 3 cas, il existait une hernie discale; tous les autres étaient des compressions osseuses.

Si la libération réussit, les manifestations sensitives disparaissent bien plus vite que les troubles de la motricité.

Après avoir rappelé les différentes interventions proposées (opération de Duus-Geissendörfer, visant à une cyphose cervicale, le greffon osseux postérieur, la section extra-durale de la racine), l'auteur s'arrête à la méthode de décompression directe qu'il a adoptée, par ouverture du canal intervertébral. Il expose ici sa technique

personnelle qui paraît simple et seyante (le plus gros du travail est effectué à la fraise électrique).

Toutefois, J. reconnaît que cette intervention de décompression ne retire rien à la valeur de la scalénotomie, qui peut être entreprise, soit comme intervention première (en cas de syndrome scalénique), soit postérieurement à la décompression. Il est des cas enfin où la section des racines peut être nécessaire; seule, la pose d'un greffon postérieur ne trouve, suivant l'auteur, jamais d'indication.

R. Gueullette.

FACE

Piquet, Driessens et **Clay** (Lille). — **Le « granulome malin de la face », inflammation ou néoplasie ulcéreuse ?** (*Les Annales d'Oto-laryngologie*, t. **69**, 1952, n° 8-9, p. 486-493).

Cette curieuse affection se présente cliniquement comme une ulcération débutant dans les fosses nasales, s'étendant progressivement à toute la face et au pharynx, et finissant par entraîner la mort. L'examen histologique ne met en évidence que du tissu de granulation banalle.

Les discussions sur la véritable nature de cette affection ne sont pas closes : inflammation chronique banale, phénomène allergique, sarcome, lymphogranulomatose ont été tour à tour évoqués.

L'image histologique, caractérisée par la prolifération de monocytes, de cellules réticulaires et d'histiocytes ne peut entrer ni dans le cadre des inflammations chroniques, ni dans celui des processus tumoraux. C'est dans les réticulopathies qu'il apparaît le plus logique de classer l'affection mais on sait à quel point ce groupe nosologique est vaste et disparate.

Pour Piquet, Driessens et Clay, il s'agirait donc d'une réticulose histio-monocytaire à évolution maligne, du moins dans le cas particulier qu'ils ont observé.

P. Poncet.

NEZ

F. Baclesse. — **Les cancers du sinus maxillaire, de l'ethmoïde et des fosses nasales** (*Les Annales d'Oto-laryngologie*, t. **69**, 1952, n^{os} 8-9, p. 465-485, avec 11 fig.).

F. Baclesse reprend la classification de ces tumeurs et étudie les résultats donnés par la roentgenthérapie seule, dans les 269 cas qu'il a pu observer à la Fondation Curie de 1929 à 1949.

Il insiste d'abord sur l'intérêt des radiographies de la base du crâne, l'une sous l'incidence de Hirtz, une seconde sous une incidence plus accentuée découvrant mieux la fosse ptérygo-maxillaire. Elles permettent de préciser l'état de la paroi postérieure du sinus maxillaire et les propagations possibles à la fosse ptérygo-maxillaire à l'ethmoïde au sinus sphénoïdal, au rhino-pharynx.

1° Les cancers du sinus maxillaire. Ce sont les lésions limitées de l'infra-structure qui répondent le mieux à la radiothérapie seule (10 guérisons sur 21 cas). Viennent ensuite les lésions de la supra-structure à évolution externe (3 cas sur 13). Par contre les résultats sont modestes dans les lésions étendues, les variétés endo-sinusales et ethmoïdo-maxillaires.

2° Les cancers de l'ethmoïde comportent une variété antérieure, rare, indifférenciée, qui relèverait de la radiothérapie, d'ailleurs purement palliative. La variété moyenne, prismatique, n'est nullement radio-sensible et impose la chirurgie. La variété postérieure, difficile à distinguer des cancers rhino-pharyngés à proprement parler, relèverait de la roentgenthérapie.

F. Baclesse termine en insistant sur la difficulté des problèmes posés par ces tumeurs et sur l'impossibilité fréquente de formuler des indications thérapeutiques précises.

P. Poncet.

GLANDES SALIVAIRES

J. Nicholas, Bellegie et **S. Edward Judd Jr.** (Rochester). — **Tumeur atypique de la parotide** (*Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic*, vol. **27**, n° 6, 12 Mars 1952, p. 105-110, avec 2 fig.).

Il s'agit d'une volumineuse tumeur mixte pesant 800 g dégénérée cliniquement (paralysie faciale) et histologiquement — Squamous cell carcinoma — et traitée par parotidectomie totale.

L'évolution remontait à 40 ans, et n'avait pas été modifiée par un traitement radiothérapique, 15 ans avant l'opération.

JACQUES HEPP.

COU

Giovanni Ruggiero et **Francesco Castellano** (Stockholm, Suède). — **Anévrysme carotido-caverneux** (*Acta Radiologica*, vol. **37**, fasc. 2, Fév. 1952, p. 121-140, avec 8 fig.).

Les auteurs rapportent 11 cas d'anévrysme caverneux de la carotide. Ils peuvent être soit spontanés, à début brusque, de pronostic plus grave, soit traumatiques et insidieux.

La localisation et les conditions de la circulation cérébrale sont étudiées par l'artériographie. Les clichés sont faits de face, de profil, en axiale. L'artériographie est bilatérale, l'étude de l'autre côté ayant une grande importance pour le pronostic.

Le traitement chirurgical, ligature de la carotide primitive, semble être le meilleur. On peut être amené à pratiquer dans un 2e temps la ligature de l'artère carotide interne cervicale et (ou) intra-crânienne.

Les auteurs sont persuadés que les résultats satisfaisants sont dus à l'accroissement du flux sanguin dans la carotide contro-latérale.

P. PORCHER.

F. Mörl (Leipzig). - **Mort tardive par accidents cérébraux au cours d'un anévrysme artério-veineux du cou** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 45, 1952, p. 2210-2218, avec 4 fig.).

Un homme de 37 ans, blessé en 1945 par balle, a présenté dans la suite un anévrysme artério-veineux du cou, dont il ne s'est pas senti trop gêné puisqu'il a refusé depuis lors toute intervention; il n'y avait d'ailleurs aucun signe de souffrance cardiaque, aucun signe nerveux ou oculaire. La perception d'un souffle continu constituait le seul souci, d'ailleurs supportable, du blessé.

Cependant en 1951, il dut quitter son travail, se plaignant de troubles de la mémoire, d'indolence, de céphalée, de mouvements convulsifs et de tremblement des membres supérieurs. L'aggravation fut alors rapide; des troubles de la vision, une sensation de désorientation dans le temps et dans l'espace rendent lecture, écriture impossibles. L'état est voisin de celui d'un paralytique général au stade terminal (le Wassermann est négatif).

Objectivement, on note une coloration bleuâtre de l'hémi-face droite, bouffie, sillonnée de veinules distendues, une exophtalmie droite avec congestion des conjonctives, de l'œdème et de la stase papillaire, une vision très altérée. Neurologiquement, on relève une forte trémulation avec rigidité musculaire, des réflexes tendineux et cutanés normaux; il n'y a pas de signes cardiaques, l'électro-cardiogramme est normal. L'anévrysme artério-veineux cervical est nettement perceptible.

L'affaiblissement progresse rapidement; la mort survient en hyperthermie, avec signes d'hypertension crânienne.

En somme, après 6 ans de tranquillité, la mort est survenue brutalement en 25 jours. L'autopsie devait montrer que la jugulaire déchirée était thrombosée jusqu'au tronc brachio-céphalique; ce qui explique et la stase cérébrale avec hémorragie et œdème, et l'absence de tout signe cardiaque. En outre il y avait peu d'altérations des parois artérielles (ce qui serait fréquent au cou). Mais on peut se demander pourquoi les accidents de stase veineuse ne sont survenus que si tardivement, et pourquoi même ils sont survenus car la ligature de la veine jugulaire est généralement bien supportée.

Et que devient le principe de l'anastomose artério-veineuse proposée dans certains cas pour améliorer une circulation cérébrale perturbée ?

R. Gueullette.

BRONCHES

E. Hasche (Berlin). — **Sur la symptomatologie des kystes bronchogènes** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 41, 1952, p. 1738-1743, avec 5 fig.).

Après avoir rappelé les différentes variétés de kystes endo-thoraciques, H. souligne les difficultés de leur diagnostic avec les tumeurs solides. Si, à ce point de vue, l'intensité de l'ombre radiologique joue peu, il semble que la netteté des contours arrondis ou ovalaires, l'homogénéité de l'image, l'axe vertical de la lésion, les accroissements soudains de volume plaident en faveur du kyste. La tomographie, en dehors des cas de kystes dermoïdes ou de tératomes contenant os ou dents, n'apporte rien.

Le pneumothorax a évidemment une grande valeur localisatrice; les meilleurs clichés permettent rarement de découvrir un pédicule, mais parfois d'apprécier une base d'implantation plus ou moins large.

H. rapporte un cas personnel de kyste extra-pulmonaire, à épithélium cilié, paravertébral, extirpé avec succès chez un enfant de 13 ans; le diagnostic clinique exact avait pu être posé; d'excellents clichés pris sous différents angles avaient permis d'affirmer l'absence d'adhérences au poumon et de supposer le pédicule au pôle supérieur du kyste, le pôle inférieur se déplaçant seul au cours des changements de position du malade; la pédiculisation sur la plèvre costale avait elle-même été radiologiquement reconnue. Le seul caractère qu'il soit impossible d'affirmer par les moyens cliniques est celui de la nature, solide ou kystique, d'une telle tumeur.

R. Gueullette.

Cl. F. Storey (Ann. Arbor, Michigan). — **Le fibrosarcome des bronches** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 1, Juil. 1952, p. 16-33, avec 12 fig.).

Le fibrosarcome primitif est une lésion extrêmement rare. Beaucoup d'épithéliomas à structure indifférenciée ou de tumeurs d'origine lymphogène ont été, dans le passé, confondus avec le fibrosarcome après une étude anatomo-pathologique imprécise.

Une revue de la littérature montre que seulement 7 cas de fibrosarcome bronchique primitif ont été diagnostiqués par biopsie bronchoscopique.

La rareté des cas publiés explique que la conduite thérapeutique manque de bases très précises. Cependant, en raison de la nature maligne de ces tumeurs et de l'impossibilité de déterminer par l'endoscopie leur degré d'extension intra-parenchymateuse, la résection pulmonaire est certainement le traitement de choix. La relative radiorésistance de ces tumeurs renforce encore le bien-fondé de cette ligne de conduite. Bien qu'on ait signalé quelques cas de fibrosarcomes radio-sensibles, les conceptions actuelles sur le traitement des tumeurs broncho-pulmonaires, condamnent en principe la radiothérapie à visée curatrice pour les sarcomes réséquables.

S. rapporte 3 cas de fibrosarcome dont le diagnostic fut porté par bronchoscopie et qui furent traités par résection. Dans 2 de ces cas l'origine bronchique paraît indiscutable. Dans le 3e, la lésion englobait la bronche souche, ainsi que le démontrait la biopsie faite par bronchoscopie, mais lors de la pneumonectomie, le lieu d'origine

de la tumeur qui avait acquis un énorme degré de développement ne put être déterminé avec certitude. Sans preuve absolue, il est cependant fort probable que l'origine de la lésion ait été primitivement bronchique.

L'évolution tardive de ces 3 cas opérés fut assez décevante. Un des 3 malades fut opéré tard alors que la lésion, limitée au début, avait atteint, après une longue période d'observation inopportune, une énorme extension. Seule une pneumonectomie fut possible. Elle ne fut suivie que d'une survie de 9 mois et la mort survint par récidive locale et métastase. Le 2e malade fut opéré également tardivement et par pneumonectomie, quoique rétrospectivement une lobectomie moyenne associée à une lobectomie inférieure eut été possible. Les métastases ont emporté le malade au bout de 18 mois. Cependant, dans le 3e cas le diagnostic fut porté précocement alors que la tumeur était petite et bien localisée. Elle put être extirpée par lobectomie moyenne associée à une lobectomie inférieure droite. 13 mois après l'opération la malade était encore en bon état. En conclusion, la précocité du diagnostic et de l'exérèse apparait comme un facteur capital pour le pronostic.

A. Germain.

L. Rathcke (Giessen). — **Sur l'emploi des plasties à lambeaux tubulés dans la fermeture des fistules bronchiques** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 32, 1952, p. 1336-1339, avec 2 fig.).

Après avoir rappelé les multiples méthodes de traitement proposées pour la cure des fistules bronchiques, qui vont de la petite plastie pariétale, économique et insuffisante, à la lobectomie, sans doute excessive en dehors des cas de dilatation bronchique ou d'abcès pulmonaire résiduel, R. souligne en une observation ci-dessous résumée l'intérêt de la plastie à lambeau tubulé.

Un malade de 24 ans a présenté en 1946 un empyème de nécessité à la suite duquel s'est établie une fistule purulente; en 1947 un essai de réparation par plastie échoue; en 1949, l'origine bronchique n'ayant pas fait ses preuves, on tente une large plastie pariétale avec résection de 5 côtes; la suppuration diminue, la fistule demeure. Dans la suite quelques séquestres sont éliminés, que l'on pense être la cause du mal; mais la guérison ne suit pas. C'est alors qu'est reconnue une fistule bronchique dont on précise radiologiquement la topographie. Étant donné le peu de volume de l'expectoration, on rejette la lobectomie; et on pratique une réparation plastique au moyen d'un lambeau tubulé prélevé transversalement sur la paroi abdominale antérieure. C'est un succès complet, dont se réjouit l'opéré, dont se félicite l'opérateur.

R. Gueullette.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

Diego E. Zavaleta. — **Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdisme** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **65**, nos 711-712, 15-30 Oct. 1951, p. 420-429, avec 7 fig.).

Bonne revue générale sur les indications actuelles et la technique de la chirurgie de l'hyperthyroïdisme, mais qui n'apporte pas d'élément nouveau important dans le débat.

Jacques Hepp.

Robert Coliez, H. Tubiana, J. Dutreix et **J. Guelfi.** — **Résultats de l'exploration de 85 cas de cancer de la thyroïde par l'iode radio-actif** (*Journ. de Rad. et d'électrologie* 1951, t. **32**, n° 11-12, p. 881-895, avec 6 fig. et 5 pl.).

Les auteurs ont étudié (à propos de 85 cas de cancer de la thyroïde examinés par mesure extrême de I 131) les cartes topographiques des plages radio-actives par comparaison avec les contours de la tumeur, et en ont déduit des arguments intéressants en faveur du diagnostic de tumeur maligne.

22 cas étaient métastasés : dans 10 cas la quantité d'iode radio-actif était suffisante pour être décelable par comptage externe; dans 7 cas les métastases furent découvertes par l'examen au radio-iode.

L'étude du pouvoir de concentration du radio-iode permet de voir les cas où il peut être un agent thérapeutique efficace : 25 cas sur 85 furent ainsi traités.

L'évolution de l'affection sera suivie par des examens successifs.

P. Porcher.

THYMUS

E. R. Fisher, D. Coburn et **D. B. Effler** (Cleveland, Ohio). — **Les tumeurs thymiques** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 1, Juil. 1952, p. 58-69, avec 7 fig.).

A l'occasion de 5 cas personnels, les auteurs font une revue générale de la question des tumeurs thymiques.

Leur classification est encore discutée en raison du caractère imprécis de nos connaissances sur l'embryologie et en raison aussi de leur structure histologique complexe entremêlant souvent des éléments à la fois épithéliaux et lymphoïdes. Les auteurs proposent de les ranger en 4 groupes : 1° lymphosarcomes, 2° épithéliomas, 3° lympho-épithéliomes, 4° épithéliomas de type granulomateux.

Parmi les 5 cas rapportés, l'un d'eux associé à une myasthénie grave, a vu les signes de myasthénie et les besoins en prostigmine diminuer apparemment avec le développement d'une tumeur thymique comme si cette dernière avait sécrété une substance analogue à la prostigmine.

Le pronostic des tumeurs thymiques est très difficile à préciser. L'extension locale fréquente aux organes de voisinage, la survenue de métastases à distance et le manque de caractères histologiques distinctifs nets entre les tumeurs malignes et les tumeurs soi-disant bénignes, doivent faire considérer toute tumeur thymique comme très suspecte et grandement réserver son pronostic. Dans leur 3e cas, la survenue d'une récidive 2 ans après l'extirpation d'une tumeur apparemment bien encapsulée et extirpée totalement, prouve bien à quel point on doit faire toutes les réserves sur le pronostic de ces tumeurs.

L'association avec un syndrome de myasthénie grave complique le problème des tumeurs thymiques plus qu'il ne le clarifie. Il n'existe aucun critère histologique différentiel entre une tumeur thymique isolée et une tumeur thymique associée à une myasthénie grave. Cette dernière ne peut entrer en ligne de compte dans l'appréciation du pronostic.

En ce qui concerne le traitement, l'ablation chirurgicale apparaît comme la meilleure méthode. Il faut bien dire cependant que beaucoup de ces tumeurs sont inopérables d'emblée, même après un début clinique apparemment court. La thérapeutique palliative des tumeurs inopérables par la radiothérapie et l'emploi de gaz moutarde, s'est montrée dans l'ensemble très décevante.

A. Germain.

ŒSOPHAGE

S. A. Mackler (Chicago). — **Rupture spontanée de l'œsophage** (*The Review of Gastro-enterology*, vol. **19**, n° 7, Juil. 1952, p. 550-554).

A l'occasion d'un film de M. exposant le mécanisme de ce syndrome et détaillant l'observation d'un malade opéré avec succès, une intéressante discussion s'engagea entre l'auteur et O. H. Wangensteen. Aucun doute n'existe dans l'esprit de ce dernier : il n'y a pas de perforation œsophagienne dite spontanée : seulement des perforations

acido-peptiques. A vrai dire, les preuves de W. sont surtout expérimentales : en voici quelques-unes. Chez le chien, la rupture de l'œsophage sain nécessite une pression de 869 mm de Hg, celle de l'estomac, 86 mm Hg seulement. Si, chez un animal recevant chaque jour 30 mg d'histamine, l'alimentation est purement parentérale et le pylore lié, on observe 50 p. 100 de perforation et 100 p. 100 d'œsophagite sévère par reflux. Chez le chat ainsi préparé l'instillation œsophagienne goutte à goutte de suc gastrique à la pression de 20 cm produit en 20 mn une perforation.

L'interruption de Snapper rappelant à l'occasion de son observation princeps que Boerhaave est le père de la méthode anatomo-clinique peut être négligée; les conclusions de Mackler sont plus actuelles. Avec des arguments qui semblent excellents l'auteur estime qu'il faut, comme pour tous les viscères creux, différencier à l'œsophage perforation et rupture. La première survient sur un organe déjà malade et se marque par un orifice arrondi ou ovale; la rupture au contraire produit plutôt une fente longitudinale. Or c'est là l'aspect habituel de ce syndrome chez l'homme. Toutes les observations insistent d'autre part sur le rôle déterminant de l'effort : vomissements, parfois défécation ou convulsions. La biopsie pratiquée sur les marges de la zone éclatée ne décèle aucune lésion inflammatoire préexistante. M. termine enfin par un exemple quasi-expérimental de rupture par jet d'air comprimé dans la bouche où se retrouvaient les mêmes caractères de fente longitudinale au tiers inférieur de l'œsophage.

Cl. Olivier.

Ch. A. Priviteri et **Brit B. Gay** (Buffalo, N.-Y.). — **Rupture spontanée de l'œsophage (à propos de 5 cas)** (*Am. J. of Roentgen and Rad. Therapy*, vol. **57**, n° 1, Juil. 1951, p. 48-57, avec 4 fig.).

Les auteurs passent en revue les cas publiés de rupture spontanée de l'œsophage, et en présentent les signes cliniques et radiologiques.

Bien que le diagnostic puisse être fait parfois par l'histoire clinique, la confirmation appartient à la radiologie et bien souvent elle seule fournit le diagnostic.

Les signes radiologiques le plus fréquemment rencontrés sont : hydrothorax, hydropneumothorax, emphysème médiastinal et du cou, et la découverte de la fistule, qui seule est spécifique.

Les auteurs en rapportent 5 cas.

P. Porcher.

Bretislav Brazda et **Zdenek Sery** (Olomouc). — **Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la dilatation soi-disant idiopathique de l'œsophage** (*Rozhledy V Chirurgii*, an. **31** n^{os} 3-5, Mars-Mai 1952, p. 70-75).

Sur un total de 29 malades opérés, par voie transthoracique, pour dilatation idiopathique de l'œsophage, à la Clinique Chirurgicale de la Faculté d'Olomouc entre 1948 et 1952, 24 subirent une œsophagomyotomie (Rapant) et 3 une œsophago-cardio-gastrectomie avec bons résultats cliniques et radiologiques. Chez les deux derniers, opérés ailleurs une 1re fois, 8 à 12 mois auparavant par cardioplastie, l'apparition de brûlures rétro-sternales, d'amaigrissement, puis de dysphagie, révèle une sténose fibreuse et un ulcère peptique au voisinage de la suture œsophago-gastrique, expliqués par un reflux du suc gastrique.

Ces 2 cas, traités par la résection abdominale de l'extrémité de l'œsophage et du segment gastrique supérieur (Wangesteen), avec anastomose œsophago-antrale termino-latérale, complétée par pyloromyotomie extra-muqueuse, ont donné de bons résultats anatomiques et fonctionnels. Bien que les indications de cette méthode de W. et la résection sub-totale de l'estomac pour éviter le reflux œsophagien du suc pepsinique ne constituent pas l'idéal physiologique signalé par W., il s'agit là d'une technique nouvelle particulièrement digne d'une expérimentation plus approfondie.

Guy Henri.

R. Wanke (Kiel). — **Brachy-œsophage et hernie de l'hiatus** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 32, 1952, p. 1332-1336, avec 4 fig.).

L'auteur a observé, en 1 an 1/2, 5 cas de hernies de l'hiatus œsophagien, dont 2 s'accompagnaient de brachy-œsophage; 3 furent opérés.

L'observation la plus intéressante concerne un bébé de 17 mois, qui dès sa naissance avait présenté des vomissements parfois sanglants; on avait constaté radiologiquement d'importantes anomalies congénitales de l'œsophage très distendu et une hernie intra-thoracique de la moitié de l'estomac au travers de l'hiatus œsophagien. Après plusieurs semaines de préparation, car l'enfant était très faible, on fit une phrénicectomie gauche, qui n'amena aucun résultat radiologique apparent, si ce n'est la paralysie de l'hémi-diaphragme. On réintervint 15 jours plus tard par voie thoracique (incision dans le lit de la 7e côte); l'œsophage fut libéré; le cardia se trouvait à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus de l'hiatus; celui-ci, largement ouvert, était triangulaire à base vertébrale; l'isolement de ses bords fut délicat; on y réussit cependant, et l'estomac fut réduit dans l'abdomen; la région du cardia fut fixée à la face inférieure de l'hiatus, et celui-ci fut partiellement refermé en avant et en arrière de l'œsophage; comme le diaphragme gauche présente encore quelques incursions respiratoires, on écrase le phrénique avant de refermer le thorax sur drain. Les suites furent parfaites et un contrôle radiologique montra un cardia fonctionnant bien, avec un hémi-diaphragme élevé.

W. tire de cette observation la morale suivante : même chez le tout jeune enfant, opérer de bonne heure dès la malformation reconnue; on évitera ainsi les complications secondaires (ulcérations, perforations, cicatrices sténosantes) qui imposeraient plus tard des interventions d'une exceptionnelle gravité.

La même technique fut employée chez les deux autres malades de 55 et 63 ans (1 cas du type I d'Ackerlund avec brachy-œsophage, 1 cas du type II) avec le même succès. Mais l'auteur n'en estime pas moins que la phrénicectomie doit être tentée tout d'abord, car elle donne parfois des résultats suffisants.

Si la cure de la hernie doit être entreprise, c'est à la voie thoracique qu'il faut donner la préférence; elle ne donnerait que 18,18 p. 100 de récidives, contre 33,33 pour la voie abdominale. Il convient de rappeler la statistique de Sweet qui, sur 51 interventions par voie thoracique, ne relève aucune récidive.

R. Gueullette.

E. K. Johnson et **J. L. Mangiardi** (Brooklyn, New-York). — **Un cas d'atrésie de l'œsophage cervical** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 1, Juil. 1952, p. 75-79, avec 5 fig.).

Il s'agissait d'un rétrécissement de la zone crico-pharyngée chez une enfant de 12 ans ayant subi à l'âge de 3 ans une tonsillectomie et dont les signes dysphagiques remontaient à l'âge de 4 ans. L'étiologie est attribuée à une infection chronique légère de la région pharyngée, consécutive à la tonsillectomie et ayant abouti à une fibrose rétractile du crico-pharyngien.

Après une gastrostomie préalable destinée à remonter l'état nutritionnel de la petite malade, il a été procédé à une cervicotomie gauche qui a permis de pratiquer une sorte de myotomie de la zone rétrécie (analogue à l'opération de Heller). Elle a été suivie d'une guérison parfaite.

A. Germain.

Juan Lois Perales (Santiago). — **Sténose œsophago-gastrique par ingestion de caustique** (*Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile*, vol. **3**, n° 2, Juin 1951, p. 143-148).

D'après l'expérience de l'auteur, qui porte sur 33 cas, les lésions gastriques par caustique sont beaucoup plus fréquentes qu'on a coutume de le croire : 21 malades, soit 63 p. 100, en étaient atteints. Chez presque tous, la sténose gastrique accompagnait la sténose œsophagienne; 2 malades pourtant présentaient une lésion gastrique

isolée. Le diagnostic de cette lésion gastrique n'est pas facile à faire : ses signes sont masqués par la sténose œsophagienne. Il faut donc y penser systématiquement. Malgré cela, le diagnostic de lésions gastriques ne fut porté cliniquement que 14 fois; 5 fois il fut donné par l'exploration opératoire; 2 fois il ne fut établi que plusieurs mois après. L'auteur recommande donc, lorsqu'on exécute la gastrostomie nécessitée par la brûlure œsophagienne, de pratiquer toujours une incision abdominale suffisamment large pour explorer l'estomac. Les lésions gastriques sont en général localisées, ou maxima, au niveau de la région antro-pylorique. Leur traitement chirurgical de choix est donc la gastro-entérostomie. Celle-ci doit toujours être pratiquée en présence d'une atteinte de la paroi gastrique par le caustique : en effet, même si le pylore est encore parfaitement perméable, il se constituera presque toujours, tôt ou tard, une sténose. Il est rare (1 seul cas chez l'auteur) qu'une atteinte étendue de l'estomac ne laisse pas place à l'établissement d'une gastro-entérostomie, et nécessite une jéjunostomie. L'auteur n'envisage pas dans ce cas l'indication d'une gastrectomie.

Le traitement recommandé pour la sténose œsophagienne est tout à fait classique : dilatations, sous couvert de gastrostomie, par sonde à mercure, fil sans fin muni d'olives, ou bougies sous contrôle endoscopique. Le traitement chirurgical des rétrécissements œsophagiens infranchissables (œsophagoplasties préthoraciques, résection de la zone rétrécie, œsophago-gastrostomie) est envisagé, mais l'auteur n'y a jamais eu recours.

G. Edelmann.

T. F. Leigh, O. A. Abbott et **W. A. Hopkins.** — **Considérations radiologiques sur les fistules trachéo-œsophagiennes sans atrésie œsophagienne** (*Radiology*, vol. **57**, n° 6, Déc. 1951, p. 871-877, avec 5 fig.).

Les auteurs, après avoir passé en revue la littérature sur les fistules œsophago-bronchiques sans atrésie œsophagienne, en exposent les signes cliniques et radiologiques.

2 cas sont exposés en détail et illustrés, les auteurs pensent que l'emploi des méthodes particulières faciliterait l'étude de ces cas :

La position couchée en oblique droit ou gauche;

L'emploi de diodrast à 35 p. 100 ou d'air en instillation, jamais de baryum;

L'interprétation correcte des résultats : on s'en serait douté.

P. Porcher.

J. M. Burnett et **Elmer St. John** (Baltimore). — **Mélanosarcome primitif de l'œsophage** (*Radiology*, vol. **57**, n° 6, Déc. 1951, p. 868-870, avec 4 fig.).

Les auteurs rapportent un cas de mélanosarcome de l'œsophage obstruant complètement la lumière œsophagienne. Le diagnostic radiologique de tumeur est facile, quant à la nature, elle est évidemment donnée par l'examen histologique et lui seul.

Ce cas est très rare; 4 ont été publiés dans toute la littérature jusqu'à présent.

P. Porcher.

R. H. Franklin. — **Chirurgie de l'œsophage** (Un vol. de 222 p. avec 86 fig., Edw. Arnold et Cie, édit., Londres, 1952).

Tous ceux que le sujet intéresse pourront parcourir ce petit livre fort bien fait et bien édité. Tout y est, mais en très succinct. A la fin de chacun des chapitres, est placé un index des travaux consultés, tous, ou presque, de langue anglaise.

Jean Patel.

Fernando Paulino, Pedro Brito Pereira, Domingos E. Junquerra de Moraes, Flavio Aprigliano et **Breno C. Mascarenhas.** — **Chirurgie de l'œsophage et du cardia** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, vol. **33**, n° 4, Avril 1952, p. 299-392, avec 47 fig.).

Occupant à lui seul un numéro de la revue, ce volumineux article est présenté sous la forme d'un véritable petit traité de Chirurgie œsophagienne : rappel anatomique

s'étendant surtout sur la vascularisation de l'œsophage, étude détaillée des soins pré et post-opératoires, des procédés d'anesthésie, description et critique des diverses voies d'abord chirurgical de l'œsophage. Dans une seconde partie sont exposées les indications thérapeutiques préconisées vis-à-vis des principales affections pathologiques de l'œsophage et du cardia.

Anomalies congénitales. — Dans la sténose congénitale, les dilatations furent utilisées chez 2 enfants, avec succès. De l'atrésie congénitale, et de son traitement par dissection et anastomose des deux culs-de-sac œsophagiens, par voie sous-pleurale, les auteurs n'ont qu'une seule expérience, soldée par un échec.

Sténose cicatricielle (26 cas). — Les dilatations endoscopiques par sonde de gomme furent souvent suffisantes. Il fallut parfois pratiquer des dilatations rétrogrades, par gastrostomie, au moyen d'un fil muni d'olives métalliques. Un traitement chirurgical — anastomose œso-gastrique ou résection du rétrécissement — ne fut jamais nécessaire.

Méga-œsophage. — Il est traité de préférence par dilatations au ballon pneumatique, le traitement chirurgical n'étant de mise qu'en cas d'échec, ou de suspicion de cancer.

Les opérations préconisées sont l'œsophago-cardiotomie extra-muqueuse par voie thoracique et la cardioplastie suivant la technique de Sweet.

Sur 11 cas, 5 seulement furent opérés, tous par cardioplastie; aucun ne présenta d'œsophagite peptique secondaire.

Diverticules (3 cas opérés). — Lorsqu'ils sont pharyngo-œsophagiens, la diverticulectomie en un temps par voie cervicale est la technique de choix. Les diverticules épiphréniques doivent être abordés par thoracotomie droite. Quant aux diverticules épibronchiques, ils ne requièrent en général aucun traitement.

Ulcère peptique de l'œsophage. — Déniant toute valeur à la gastrectomie pour réduction d'acidité, les auteurs préconisent la résection de la zone ulcérée et sténosée, suivie d'œsophago-gastrostomie. Cette conduite, à vrai dire, n'est pas non plus exempte de critique, et, pour les 2 cas ainsi traités avec succès, le recul est encore bien insuffisant pour affirmer une guérison définitive, à l'abri de toute récidive.

Cancers (18 cas). — Ceux du cardia et du 1/3 inférieur de l'œsophage sont réséqués par thoracotomie gauche. L'anastomose est œso-gastrique ou œso-jéjunale suivant que la gastrectomie est polaire supérieure ou totale. Pour l'anastomose œso-gastrique, la technique utilisée est celle de Sweet, mais avec 2 plans de suture seulement. Les différents types d'anastomose œso-jéjunale sont décrits, mais aucun n'est préconisé de préférence aux autres. De même, pour l'exérèse des cancers thoraciques moyens, deux tactiques sont décrites — la thoracotomie gauche haute avec décroisement aortique, la voie mixte abdominale et thoracique droite — mais aucun choix personnel n'est manifesté. L'extirpation des tumeurs thoraciques hautes ou cervicales, par abord mixte cervical et thoracique gauche, avec ascension intra-thoracique de l'estomac et anastomose œso-gastrique au cou, est décrite en détail, mais n'a jamais été réalisée. Deux anastomoses palliatives intra-thoraciques pour cancers inextirpables furent exécutées : l'une œsogastrique, l'autre œso-jéjunale, sur une anse montée en y. Au total, sur 67 malades observés en 4 ans, pour des affections œsophagiennes diverses, 29 opérations variées entraînèrent 4 décès, dont 2 pour 13 œsophagectomies ou gastro-œsophagectomies.

G. Edelmann.

F. Spath (Graz). — **Résection totale de l'œsophage suivie d'hypopharyngo-gastrostomie** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **64**, nos 12-13, 21 Mars 1952, p. 212-215, avec 4 fig.).

Si l'indication opératoire est maintenant bien établie en matière de cancer de l'œsophage inférieur, il reste beaucoup à faire en ce qui concerne le traitement du cancer de l'œsophage supérieur; de nombreux points restent discutés, notamment

la voie d'abord, l'étendue des résections osseuses nécessaires, la position de la plastie en avant ou en arrière de la crosse aortique.

La résection totale de l'œsophage, terminée par une anastomose œso- ou hypopharyngo-gastrique a été proposée au cours de ces dernières années pour les cancers sus-aortiques; aucune technique satisfaisante n'a cependant été mise au point. Trop bas pour être extirpé par le cou, le cancer du tiers supérieur est trop haut pour être traité par résection suivie d'anastomose sus-aortique. La plastie au moyen d'une anse grêle nécessite plusieurs temps opératoires, et surtout elle est grevée d'une lourde mortalité.

S. rappelle les observations de résection en un temps du cancer haut situé, publiées depuis les opérations princeps de Garlock et de Sweet; et il lui semble que les quelques succès obtenus doivent nous inciter à persévérer dans cette voie.

Il rapporte un cas personnel de cancer de l'extrémité cervicale de l'œsophage survenu chez un homme de 65 ans sur une ancienne sténose cicatricielle longtemps dilatée. En un 1er temps cervical, il libéra la tumeur qui atteignait le cricoïde; en un 2e temps abdominal, il prépara le segment gastro-duodénal; dans un 3e temps thoracique, l'œsophage fut libéré et réséqué dans sa totalité, tandis que le cardia était fermé en 3 plans et l'estomac attiré au cou; le 4e temps consista en une anastomose hypopharyngo-gastrique, facilitée par une résection partielle de la clavicule et l'ablation du lobe gauche du thyroïde: l'estomac a été fixé dans le thorax à la plèvre médiastine et, au niveau du cou, au fascia prévertébral. Après un choc important, les choses se passèrent tout d'abord bien, et au 8e jour, l'opéré avalait les liquides; mais une fistule apparut au niveau de l'anastomose; on établit alors une aspiration gastrique et on pratiqua une jéjunostomie en vue de nourrir le malade; la fistule se ferma, mais une sténose survint au niveau de la bouche, qui nécessita des séances de bougierage. Finalement après 3 mois, l'exploration radiologique montrait un transit satisfaisant et l'alimentation liquide et pâteuse était possible. S. estime qu'il aurait évité la fistule cervicale s'il avait délibérément réséqué la 1re côte.

Pouvons-nous, après ce succès opératoire acquis de justesse, suivre dès maintenant l'auteur dans son enthousiasme pour l'hypopharyngo-gastrostomie après résection totale de l'œsophage en un temps pour cancer du segment supérieur ?

R. Gueullette.

GLANDE MAMMAIRE

U. Ducuing, A. Bimes et **J. Estrade** (Toulouse). — **Confrontation anatomo-clinique des lésions bénignes du sein** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, t. **39**, n° 3, 1952, p. 261-276, avec 9 fig.).

A propos d'une recherche sur le rôle des tumeurs bénignes du sein dans la prédisposition au cancer du sein, les auteurs ont revu leurs dossiers anatomo-cliniques de lésions mammaires bénignes.

Après tant d'autres, ils s'essaient à une classification, et ils notent qu'il n'y a pas de concordance entre les aspects cliniques et les aspects microscopiques, en ce sens qu'à des lésions cliniquement bien différentes correspondent des lésions histologiques identiques ou de même ordre. Ils montrent sur de bonnes figures les différents aspects des mastoses hyperplasiques et scléro-kystiques.

Évidemment, cette question immense ne peut être vidée dans le cadre d'une communication à une Société savante.

P. Moulonguet.

W. Stotz (Giessen). — **Sur l'opérabilité des tumeurs malignes du rein** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 36, 1952, p. 1535-1539, avec 4 fig.).

Alors que sur 100 tumeurs du rein chez l'adulte après 50 ans, il faut compter sur 77 hypernéphromes, 8 carcinomes et 5 sarcomes, les tumeurs mixtes représentent 10 p. 100 des cas chez l'enfant.

L'avenir de ces malades dépend essentiellement des possibilités d'exérèse chirurgicale. 30,5 p. 100 des opérés survivent au delà de 5 ans à l'intervention, si l'extension du processus tumoral ne dépasse pas l'atmosphère périrénale; 4 p. 100 seulement, si les éléments de voisinage (veine rénale ou veine cave notamment), sont envahis, ou s'il y a des métastases.

On peut voir des survies prolongées chez des malades jugés inopérables en raison de métastases; S. conseille de faire l'exérèse même dans ces cas; chez un de ses malades, il a pu enlever à la fois le rein et une métastase apparemment unique.

L'auteur insiste sur la nécessité de pousser aussi loin que possible les indications de la néphrectomie; les progrès de la technique, les modes d'anesthésie actuels, permettent de s'attaquer à des tumeurs ayant déjà envahi les organes de voisinage, notamment les gros vaisseaux au niveau desquels les sutures réparatrices sont aujourd'hui possibles; la ligature même de la veine cave au-dessous de la veine rénale opposée a pu être réalisée avec succès. Les gros vaisseaux étaient intéressés chez 31 p. 100 de ses opérés. Sans doute dans ces cas, y a-t-il souvent des métastases à distance; on opérera quand même, si elles ne sont pas encore cliniquement perceptibles. On évitera cependant les manipulations génératrices d'embolies cellulaires; il y a, en ce sens, intérêt à faire un double clampage veineux au-dessus et au-dessous.

S. a été amené plusieurs fois à réséquer un segment de la paroi de la veine cave; un de ces malades, opéré depuis 2 ans 1/2, va bien et reste sans récidive.

De même le développement d'une circulation collatérale, au cours d'une oblitération lente et progressive de la veine cave, permet dans quelques cas la résection de celle-ci. Mais la survie moyenne après opération touchant les gros vaisseaux ne dépasse guère 2 à 3 mois.

On estimait autrefois 50 p. 100 des cas inopérables; il faut faire mieux aujourd'hui avec les progrès de la clinique, permettant un diagnostic plus précoce, et des méthodes opératoires.

R. Gueullette.

S. Milton Chris (Londres). — **Cancers infectés du sein** (*The British Journal of Surgery*, t. **32**, n° 150, Oct. 1950, p. 163-175).

Rapport de 20 cas de cancers infectés du sein avec une revue de littérature sur ce sujet. Les signes d'infection peuvent apparaître en dehors de la gravidité ou de la lactation.

Les signes cutanés sont essentiellement la rougeur et l'œdème, et phénomène de la peau d'orange.

L'ulcération n'est pas observée, mais la bilatéralisation est fréquente.

Le diagnostic est difficile avec la mastite aiguë. L'erreur fut commise sur 4 de ces 20 malades, aussi l'auteur propose, si les signes inflammatoires résistent plus de 10 jours aux traitements usuels, de pratiquer une biopsie.

Le pronostic de cette lésion est mauvais et des survies de plus de 5 ans sont rares.

Le traitement chirurgical n'est justifié que dans les rares cas vus très précocement.

Partout ailleurs le traitement radiothérapique est seul indiqué.

C. Nardi.

POUMON ET PLÈVRE

B. Blades, E. J. Beattie, R. P. Hill et **R. Thistlethwaite** (Washington). — **Ischémie du poumon** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 1, Juil. 1952, p. 56-62, avec 8 fig.).

De nombreuses expérimentations faites sur 24 chiens, ont montré aux auteurs que l'occlusion temporaire des vaisseaux pulmonaires et des artères bronchiques d'un poumon, pendant un temps pouvant atteindre jusqu'à 6 h, entraîne des lésions macro et microscopiques du tissu pulmonaire extrêmement peu marquées.

Des incisions du poumon, faites après 1 h d'ischémie temporaire, ont cicatrisé d'une façon normale.

Sur des chiens ayant eu une ischémie de 30 à 360 mn, l'autopsie faite de 7 à 34 jours plus tard, n'a pas montré de différence entre les 2 poumons.

Sur 3 chiens ayant eu une ischémie d'un poumon de 60 à 180 mn, l'ablation du poumon opposé put ensuite être faite sans entraîner la mort immédiate; un de ces chiens était normal 24 h plus tard; cela prouve donc que ces poumons ischémiés temporairement peuvent reprendre un rôle efficace.

Ces données sont utiles pour obtenir un champ opératoire exsangue dans certains cas de chirurgie pulmonaire. De nouvelles études sont cependant nécessaires avant d'appliquer cette technique chez l'homme.

M. Guimbellot.

E. Wachs (Leipzig). — **Sur le traitement chirurgical de la « pneumonite chronique d'obstruction »** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77,** n° 45, 1952, p. 2218-2228, avec 10 fig.).

L'auteur envisage ici une forme particulière de pneumonie chronique, individualisée sous le nom de « pneumonite d'obstruction », que caractérise une triple évolution possible, tantôt vers la sclérose, tantôt vers l'abcédation, tantôt mixte, et dans l'étiologie de laquelle la stase lymphatique entrerait, selon Chiari, pour une grosse part; forme de diagnostic particulièrement difficile, et souvent rebelle à tout traitement médical.

Après en avoir fait une étude anatomo-pathologique détaillée, W. en décrit les manifestations cliniques, que caractérisent un début plus ou moins aigu, des signes d'abcédation souvent tardive, à multiples foyers, une localisation fréquente au lobe supérieur du poumon droit. L'évolution s'échelonne sur plusieurs semaines ou mois.

Son diagnostic différentiel est particulièrement délicat, notamment avec les tumeurs bronchiques; la radiographie, la bronchoscopie, dont les images sont amplement discutées ici, n'apportent pas de données concluantes; la bronchographie, la tomographie, le cyto-diagnostic doivent être mis en œuvres.

W. a été amené à intervenir 4 fois dans ces conditions, après échec d'un traitement prolongé aux antibiotiques; il a fait 3 fois la résection partielle, qui lui semble le procédé de choix, 1 fois la pneumonectomie en présence d'une forme envahissant la presque totalité du poumon. Il a eu 3 guérisons et 1 mort par hémorragie.

Le traitement médical préliminaire lui apparaît indispensable comme préparation à l'opération. Celle-ci est rendue souvent difficile par les adhérences pleurales ou la pachypleurite; l'abord du hile est malaisé en raison de l'importante adénopathie qui est de règle.

Les résultats excellents et durables soulignent la valeur du traitement chirurgical chez de tels malades dont la vie se trouve gravement menacée.

R. Gueullette.

F. N. Cooke (Miami, Fla.) et **B. Blades** (Washington, D. C.). — **La maladie kystique du poumon** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23,** n° 6, Juin 1952, p. 546-569, avec 27 fig.).

La maladie kystique du poumon constitue une affection très fréquente mais dont le grand polymorphisme anatomo-clinique complique singulièrement la classification. Celle-ci est du reste encore très discutée comme le démontrent les multiples appellations qui désignent chaque forme.

A. — Une 1re catégorie est fournie par les *kystes pulmonaires congénitaux* qui comprennent eux-mêmes 3 types suivant la structure histologique de l'épithélium revêtant la cavité kystique.

1° Les *kystes bronchogènes* sont ceux qui présentent une paroi tapissée par une muqueuse de type bronchique, c'est-à-dire composée d'une assise de cellules ciliées, columnaires ou cuboïdales. Ils peuvent être uniques ou multiples, confinés à un segment ou disséminés dans la totalité du poumon. Les kystes petits et multiples qui communiquent avec les bronches, donnent à la bronchographie l'aspect de bronchectasie du type sacculaire. Ces bronchectasies congénitales peuvent être difficiles

à différencier des bronchectasies acquises quand l'infection est venue les compliquer. La distribution des dilatations bronchiques congénitales aux lobes supérieurs constitue un des meilleurs éléments du diagnostic différentiel.

2° Les *kystes du type alvéolaire* sont ceux dont le revêtement est fait d'un épithélium plat qui caractérise la membrane alvéolaire. Ils communiquent toujours avec l'arbre bronchique, aussi leur infection est possible. Mais leur guérison spontanée l'est également par fermeture de la bronche de communication et résorption gazeuse consécutive.

3° Le *volumineux kyste aérien solitaire ou pneumatocèle* doit être inclus dans les kystes congénitaux et différencié des bulles d'emphysème. En effet, il survient avec prédilection chez les nourrissons et les enfants. La membrane de revêtement est faite d'une assise unique de cellules plates du type alvéolaire. Il présente une communication bronchique en général unique. Enfin, le poumon adjacent est simplement comprimé mais normal.

B. — *La maladie kystique acquise du poumon* est essentiellement représentée par les bulles d'emphysème. Celles-ci résultent de la rupture des membranes interalvéolaires d'où formation de cavités kystiques à l'intérieur du parenchyme pulmonaire. Les parois kystiques sont donc formées par du tissu parenchymateux désintégré et non pas par un épithélium proprement dit. Souvent la bulle d'emphysème fait hernie sous la plèvre viscérale. Elles sont souvent multiples, mais peuvent être confinées à un segment ou à un lobe. Le lobe supérieur est le plus fréquemment atteint. L'accroissement progressif des bulles d'emphysème reconnaît comme cause la plus généralement admise un mécanisme de clapet bronchique. La rupture des bulles d'emphysème par déchirure de la plèvre viscérale est à l'origine de la majorité des pneumothorax spontanés. Le traitement dhirurgical des bulles d'emphysème est actuellement bien codifié et donne des résultats très encourageants.

A. Germain.

E. B. Sive, E. Bogen et **F. S. Dolley** (Olive View, Californie). — **La résection pulmonaire dans la tuberculose** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 6, Juin 1952, p. 619-627).

Le travail consiste dans l'analyse des résultats de 84 résections pour tuberculose pulmonaire effectuées entre 1947 et 1950. Globalement il y eut 9 morts, 54 résultats satisfaisants et 21 mauvais résultats. La mortalité opératoire immédiate a été de 2,4 p. 100, la mortalité totale de 10,7 p. 100.

Les 71 malades qui ont survécu à l'opération ont été suivis pendant une période de 1 à 4 ans. 60 ont une bacilloscopie négative, parmi eux 23 ont repris leur travail. Les résultats les moins satisfaisants ont été rencontrés dans la race noire, chez les malades porteurs de grosses cavernes ou de cavernes ballonisées, et chez les streptomycino-résistants. On a en outre observé des résultats assez décevants chez ceux pour lesquels une chimiothérapie intensive ou une thoracoplastie complémentaire ont été nécessaires.

Les Auteurs concluent que la résection pulmonaire constitue une arme précieuse dans certains cas précis de tuberculose pulmonaire, en particulier dans les échecs de la thoracoplastie. La résection cependant ne doit pas être décidée à la légère. Des indications précises, une préparation soigneuse, une technique chirurgicale très minutieuse, et des soins post-opératoires particulièrement attentifs sont absolument indispensables si l'on veut diminuer ses dangers et en obtenir les résultats les meilleurs.

A. Germain.

J. W. Gale, H. A. Dickie et **A. R. Curreri** (Madison). — **Résection pulmonaire dans la tuberculose** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 1, Juil. 1952, p. 132-144, avec 11 fig.).

G., D. et C. apportent les résultats de 325 cas de résection pulmonaire (pneumonectomies ou lobectomies) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Sur 101 cas d'échecs de la thoracoplastie, on fit 60 pneumonectomies (suivies de

75 p. 100 de recherches négatives de bacilles dans les crachats, de 8,3 p. 100 positives, de 5 décès opératoires et 6 non opératoires).

Dans les 41 autres cas on fit la lobectomie, portant 12 fois sur 2 lobes; il y eut 30 malades négatifs, 7 positifs, 1 décès opératoire et 3 non opératoires.

77 opérés avaient des bronchectasies. On fit 20 pneumonectomies, 48 lobectomies simples et 9 sur 2 lobes. 68 malades devinrent négatifs et 5 restèrent positifs : il y eut 3 décès opératoires.

38 opérés avaient une bronchosténose. On fit 26 pneumonectomies, 12 lobectomies dont 4 à 2 lobes. 31 opérés devinrent négatifs : il y eut 4 décès dont 3 opératoires.

35 malades furent opérés pour échecs de pneumothorax par 19 pneumonectomies et 16 lobectomies dont 2 à 2 lobes. 31 devinrent négatifs; 1 positif; 3 décès.

25 opérés avaient une caverne du lobe inférieur: 9 pneumonectomie, et 16 lobectomies dont 4 à 2 lobes; 1 décès. 19 opérés devinrent négatifs; 3 positifs.

16 cas furent réséqués pour destruction d'un poumon; 13 pneumonectomies et 3 lobectomies, 11 cas devenus négatifs, 3 positifs, 1 décès.

14 tuberculoses nodulaires furent opérées par 8 lobectomies, 5 résections segmentaires et 1 lobectomie double. 13 devenus négatifs.

13 cas de cavernes apicales médianes à parois épaisses furent traités par 7 pneumonectomies et 6 lobectomies, dont 1 à 2 lobes. 12 devenus négatifs.

Au total sur les 325 cas, il y a eu 18 décès opératoires et 10 non opératoires.

M. Guimbellot.

Imperati (Sassari). — **Indication et moyens de traitement de l'hémothorax post-opératoire en chirurgie pulmonaire** (*La Riforma medica*, an. 68, n° 33, 16 Août 1952, p. 889-895).

Des recherches expérimentales ont été faites par l'auteur sur le rôle de l'hyaluronidase dans le traitement de l'hémothorax post-opératoire : il s'agissait d'un homme de 58 ans atteint de suppuration chronique circonscrite du poumon gauche traitée par pneumotomie en deux temps; au cours du décollement extrapleural, se produisit une déchirure de la séreuse suivie de pneumothorax. Un hémothorax se développa dans les 15 jours suivants: par suite de cloisonnements, le traitement par aspiration ne put être pratiqué. On introduisit dans la cavité pleurale 250 unités viscosimétriques d'hyaluronidase et on refit deux nouvelles injections des mêmes quantités, le 2e et et le 4e jour.

Le contrôle aux rayons X fait au 4e jour montra la résorption complète du liquide avec un pneumothorax cloisonné et épaississement pleural. Cet épanchement gazeux lui-même ne tarda pas à se résorber, permettant l'expansion pulmonaire.

Après des expériences faites sur le chien et le lapin montrant la rapidité de la résorption d'hémothorax artificiel après injection d'hyaluronidase, l'auteur décida d'utiliser la méthode dans un cas de pneumonectomie gauche chez un homme de 55 ans atteint de suppuration chronique à type de gangrène diffuse. Malgré les antibiotiques, l'épanchement s'infecta : devant l'échec des ponctions aspiratives et même du drainage intercostal il fallut recourir à l'hyaluronidase qui permit d'obtenir la fluidification et la ponction ultérieure de l'épanchement.

Olivieri.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

Charles Dubost (Paris). **Traitement chirurgical des sténoses valvulaires congénitales et acquises** (*La Semaine des Hôpitaux. Annales de Chirurgie*, an. 28, n° 13, 18 Fév. 1952, p. 505-510, avec 5 fig.).

L'auteur passe en revue les différentes méthodes de traitement chirurgical des sténoses pulmonaires, mitrales et aortiques.

I. — Sténoses pulmonaires congénitales.

a) Tétrade de Fallot.

L'opération de Blalock-Taussig, demeure avec ses variantes : (anastomose de la sous-clavière avec le bout central de l'artère apico-dorsale du lobe supérieur dont le bout périphérique est lié au ras du hile, utilisation de greffes artérielles conservées), la meilleure à ses yeux. L'opération de Potts n'a que des indications limitées.

L'opération de Brock (infundibulectomie et valvulotomie pulmonaire) paraît plus risquée; sa mortalité est plus lourde, ses résultats ne paraissent pas supérieurs. Elle semble pouvoir être recommandée dans les cas très rares de sténose valvulaire pure de la tétralogie de Fallot, ou dans les formes à aorte peu dextroposée et à communication interventriculaire modérée qui se rapprochent de la trilogie.

b) Trilogie de Fallot et sténose pulmonaire pure.

La valvulotomie pulmonaire est ici l'opération de choix, car ici la sténose valvulaire pulmonaire est l'élément essentiel et la création par erreur d'une anastomose type Blalock conduit à une défaillance droite.

Dans la grande majorité des cas elle est pratiquée par voie transventriculaire (opération de Brock).

L'auteur propose la réalisation de la même valvulotomie par voie transpulmonaire gauche en utilisant un valvulotome à 2 lames escamotables, qui introduit à travers l'artère pulmonaire dans la sténose, lui a permis d'en pratiquer la section 7 fois.

II. — Sténose mitrale.

La commissurotomie digitale lui paraît être préférable : elle est possible dans 85 à 90 p. 100 des cas. La commissurotomie instrumentale rendue nécessaire par l'impossibilité de fracturer au doigt une sténose rigide intéressant valves et piliers, lui a toujours été difficile. La meilleure indication est le rétrécissement mitral œdémateux à petit cœur en rythme sinusal régulier, avec, au cathétérisme, une importante hypertension ventriculaire et pulmonaire. La fréquence des thromboses secondaires lors de Shunt extra-cardiaque azygo-pulmonaire a fait renoncer à leur emploi. La ligature de la veine cave inférieure reste une arme palliative efficace lors de sténose décompensée.

III. — Sténoses aortiques.

2 cas malheureux de tentatives de valvulotomie transventriculaires pour sténose aortique sont rapportés et les causes d'échec analysées : Sténose acquise calcifiée dans 1 cas, sténose congénitale infundibulaire à valve sigmoïde intacte dans l'autre.

JACQUES HEPP.

R. C. Brock (Londres). — **Anatomie et pathologie chirurgicales de la valvule mitrale** (*British Heart Journal*, vol. **14**, n° 4, Oct. 1952, p. 489-513, avec 26 fig.).

Ce mémoire est, en soi, un résumé : celui de l'expérience de B. en matière de chirurgie mitrale.

Pour l'anatomie, B. décrit minutieusement l'insertion de cordages tendineux sur le bord libre des valves; ils se concentrent sur 2 zones, distantes l'une de l'autre de 2 cm, dites « critiques ». C'est à leur niveau, en effet, que se porte électivement l'atteinte rhumatismale, et que se produit la soudure des valves. Ainsi, l'orifice pathologique de la sténose mitrale prend, dans tous les cas, une même morphologie. Quelles que soient les circonstances étiologiques, l'ancienneté des lésions, l'importance des manifestations cliniques, le chirurgien constate que l'orifice sténosé mesure à peu près 1 cm × 0,5 cm, dans la majorité des cas. Le pourcentage est faible de ceux où l'orifice est inférieur à cette valeur moyenne, en général circulaire alors, d'un diamètre de 0,4 cm. Que la marge des variations anatomiques soit si faible en regard de la gamme si étendue des manifestations cliniques tient à ce que celles-ci sont liées non aux dimensions de l'orifice mitral, mais à l'état de l'appareil valvulaire. La notion de rétrécissement mitral plus ou moins serré ne mérite donc pas d'être prise à la lettre. Le calcul de la surface mitrale perd de son intérêt pratique. Rien ne permet d'apprécier le seul élément important, qui est l'état de l'appareil valvulaire, si ce n'est l'exploration opératoire directe. C'est là un grave écueil pour le diagnostic des indications

de la commissurotomie. L'âge du sujet, en particulier, n'est pas à prendre en considération.

Quant à la commissurotomie elle-même, ses difficultés et ses résultats dépendent de l'état et du sort des cordages tendineux; maints détails techniques sont précisés.

Pour le traitement de l'insuffisance mitrale, l'étude anatomique montre l'impossibilité de réaliser une valvule artificielle par inclusion de lambeaux péricardiques. La seule solution concevable est l'allongement par plastie de la courte valve postéro-latérale.

Gl. Macrez.

L. Verko et **C. Crafoord** (Stockholm). — **Le traitement chirurgical de la sténose mitrale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 39, 1952, p. 1633-1642).

Il s'agit d'une conférence de mise au point faite par les auteurs à la Société des Chirurgiens allemands du nord-ouest, à Hamburg.

Le sujet y est exposé sous ses différents aspects. Quelques points méritent de retenir spécialement l'intérêt du lecteur. Je citerai notamment l'abaissement de la mortalité avec les progrès de la technique, la constance des améliorations subjectives chez tous les opérés, l'absence de récidives que l'on aurait pu craindre à priori (les cas les plus anciens remontent à 2 ans).

On souligne l'intérêt de l'étude, pour le choix des cas à opérer, de la petite circulation, grâce à l'introduction d'une sonde introduite dans une veine du membre supérieur et conduite jusque dans l'artère pulmonaire : ce qui permet d'enregistrer la pression capillaire au niveau du poumon, de mesurer la pression dans l'artère pulmonaire et le *volume-minute*. L'étude du pouls veineux des capillaires pulmonaires permet de juger s'il s'agit d'une sténose pure ou associée à une insuffisance. 3 exemples donnent avec précisions les indications fournies par ces méthodes.

Suit un tableau des indications et contre-indications de la commissurotomie. Les auteurs ne rangent pas dans ces dernières la fibrillation auriculaire, la prédisposition à l'embolie, les altérations électro-cardiographiques, l'hypertrophie du cœur.

La mortalité est peu élevée chez les sujets jeunes dans les formes pures de la sténose mitrale; elle s'accroît avec l'âge; elle est plus considérable chez les prédisposés aux embolies et les insuffisants cardiaques.

R. Gueullette.

E. R. Munnell (Detroit, Michigan). — **Gant à six doigts pour la commissurotomie mitrale** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **23**, n° 6, Juin 1952, p. 628-630, avec 1 fig.).

Dans la commissurotomie mitrale, il est parfois nécessaire de se servir d'un commissurotome (le plus souvent guillotine du type Bailey, Glover, O'Neill) placé le long de l'index entre 2 paires de gants. Parfois, une hémorragie importante par fuite entre les 2 gants peut survenir. C'est pour obvier à cet inconvénient que l'auteur décrit l'artifice suivant employé avec succès dans un grand nombre de cas. Le gant extérieur comporte comme d'habitude un 2e doigt dont l'extrémité distale est sectionnée. Mais en outre on y adjoint un 6e doigt, lui aussi ouvert à son extrémité et implanté sur la paume entre l'éminence thénar et la base du 2e doigt. Dès lors, le 6e doigt sert de tunnel au commissurotome qui sort par le 2e doigt. Ce tunnel est rendu étanche par une ligature qui l'applique étroitement sur l'instrument.

A. Germain.

R. S. Litwak, H. L. Gadboys, G. B. Scott et **J. F. Ferrara** (Boston, Massachusetts). — **Nouvelles directives dans le traitement chirurgical des sténoses orificielles aortique et pulmonaire par l'excision valvulaire suivie de prothèse sous contrôle de la vue. Étude expérimentale** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 2, Août 1952, p. 165-189, avec 26 fig.).

Les sténoses orificielles aortique et pulmonaire ont en commun des caractères anatomo et physio-pathologiques qui permettent de les assimiler l'une à l'autre au point

de vue chirurgical. Il est démontré en particulier par la clinique et l'expérimentation que la dynamique cardiaque ne commence à souffrir sensiblement que quand la sténose ne représente plus que le 1/4 de l'orifice normal. En conséquence, il apparaît qu'une solution thérapeutique satisfaisante contre la sténose orificielle aortique ou pulmonaire, consiste à réséquer une valvule (c'est-à-dire le 1/3 du système valvulaire total) et à la remplacer par une homogreffe valvulaire ou une prothèse mixte faite de péricarde prélevé sur l'animal et d'un fragment de paroi aortique homogreffe. Un instrument spécial, différent dans les 2 cas, permet de réaliser cette intervention chez l'animal sous contrôle de la vue et sans interruption de la circulation.

Cette technique est exposée avec détails dans ce travail pourvu d'une iconographie très importante.

Il ressort de cette riche contribution expérimentale que la méthode employée peut être considérée comme pleine de promesses pour le traitement chirurgical des sténoses orificielles aortique et pulmonaire. Elle permet en particulier de corriger la sténose sans entraîner de régurgitation. D'autre part, l'utilisation d'une prothèse mixte auto et homogreffe s'est montrée supérieure à celle de l'homogreffe valvulaire qui s'accompagne très souvent de fibrose rétractile compromettant le résultat à distance.

Malgré l'intérêt considérable qui s'attache à ce travail, les auteurs reconnaissent que des études complémentaires sont encore nécessaires avant l'application à l'homme de cette méthode expérimentale.

A. Germain.

R. C. Brock (Londres). — **Chirurgie cardiaque directe dans le traitement de la sténose pulmonaire congénitale** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 1, Juil. 1952, p. 63-72, avec 5 fig.).

B. étudie comparativement la valeur de l'opération directe (valvulotomie) et de l'opération indirecte (anastomose) dans la sténose pulmonaire congénitale. Les deux méthodes donnent des résultats immédiats satisfaisants.

B. a fait la valvulotomie chez 39 malades atteints de sténose pulmonaire pure, c'est-à-dire avec septum interventriculaire fermé. Il a eu 5 décès. Mais la mortalité s'est abaissée à mesure que les cas ont été mieux choisis et opérés de façon plus précoce.

Au total, il a opéré 240 cas de sténose pulmonaire congénitale (dont 17 thoracotomies restées exploratrices). Il reste 223 cas, sur lesquels il a fait 112 anastomoses et 111 opérations directes. Mais, tandis qu'en 1947 et 1948 il faisait 6 opérations directes et 44 anastomoses, dans les 50 derniers cas (1951-1952), il a fait 41 opérations directes contre 9 anastomoses.

De ses 111 cas d'opérations directes, il conclut que ce procédé est non seulement possible, mais qu'il a une mortalité et une morbidité basses, et que les résultats immédiats sont aussi bons que ceux de l'anastomose. Il reste à étudier les résultats éloignés des deux méthodes pour pouvoir décider définitivement de leurs mérites respectifs.

M. Guimbellot.

J. Govaerts, J. Enderle, E. Henrotin et **A. van Wien** (Bruxelles). — **La place de la valvulotomie dans les sténoses pulmonaires congénitales** (*Acta Cardiologica*, t. **7**, fasc. 4, 1952, p. 440-451, avec 3 fig.).

Excellente mise au point à propos d'un cas de tétralogie de Fallot qui fut opéré avec l'intention de pratiquer une anastomose de type Blalock, mais où cette anastomose s'avéra irréalisable par suite des conditions anatomiques; la valvulotomie de Brock fut réalisée sans incident et permit d'obtenir une forte amélioration.

Il existe 3 variétés de cardiopathies congénitales opérables, ayant en commun une sténose de l'origine de l'artère pulmonaire. Ce sont :

1° La sténose pulmonaire pure;

2° La sténose pulmonaire associée à une communication inter-auriculaire, ou trilogie de Fallot;

3° La sténose pulmonaire de la tétralogie de Fallot.

Les caractéristiques cliniques et hémodynamiques de ces diverses variétés sont rappelées. Les 2 premières sont justiciables de la valvulotomie, à l'exclusion des autres techniques opératoires. Dans la tétralogie de Fallot, la valvulotomie est recommandable quand il est certain que la sténose est valvulaire; quand elle est infundibulaire, la résection proposée par Brock, et réalisée par lui avec succès, soulève des objections : intervention quelque peu aveugle et souvent brutale, comportant le risque éventuel de migration des débris de l'infundibulum réséqué, parfois irréalisable en raison des dispositions anatomiques du défilé infundibulaire.

Cl. Macrez.

C. R. Hanlon, D. C. Sabiston Jr, et **D. R. Burke** (Saint-Louis, Missouri). — **Étude expérimentale sur l'occlusion des veines pulmonaires** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 2, Août 1952, p. 190-200, avec 9 fig.).

Cette étude a porté sur 25 expérimentations ayant comporté la ligature de la totalité des veines pulmonaires d'un côté : 12 du côté gauche et 13 du côté droit.

Elle a montré que l'occlusion veineuse complète unilatérale était compatible chez l'animal avec une survie appréciable, surtout si l'on administre de la pénicilline dans les suites opératoires.

La mortalité s'explique par 3 facteurs qui s'associent plus ou moins : 1° Les pertes liquidiennes résultant de la congestion hémorragique du poumon. 2° L'insuffisance respiratoire par perte de la fonction du côté opéré, à laquelle peut s'ajouter une atélectasie du côté opposé. 3° L'infection.

L'application pratique de telles données mérite d'être discutée, quand accidentellement le retour veineux d'une portion importante de parenchyme pulmonaire est compromis au cours d'une intervention. A la lueur des expériences rapportées, le sacrifice de cette portion de parenchyme n'apparaît pas inéluctable.

A. Germain.

F. D. Dodrill, E. Hill et **R. Gerisch** (Détroit, Michigan). — **Quelques aspects physiologiques du problème cœur-poumon artificiel** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 2, Août 1952, p. 134-153).

65 expérimentations ont été effectuées sur le chien. Elles comprennent 3 groupes : 1° Court-circuitage du cœur droit; 2° Court-circuitage du cœur gauche; 3° Circulation extra-corporéale complète avec oxygénation artificielle. La pompe employée par les auteurs utilise comme force propulsive un doigt de gant de caoutchouc dont l'extérieur est en rapport avec le sang du circuit et dont on fait varier la pression rythmiquement. Un jeu de valves permet la progression du sang à sens unique.

Le fait que toutes les parties de l'appareil, facilement démontables, peuvent être stérilisées à l'autoclave, explique qu'aucun des animaux n'est mort d'infection.

Les auteurs se sont attachés tout d'abord au problème de la viscosité sanguine. L'héparinisation nécessaire pour empêcher toute coagulation ne modifie pas sensiblement la viscosité du sang. Par contre l'introduction de grosses quantités de sang citraté (30 p. 100) abaisse considérablement la viscosité.

Dans des court-circuitages du cœur droit (effectués par canulisation de l'auricule) l'animal accuse, lors des modifications de la pression atriale des réflexes très nets. En particulier quand l'oreillette se vide, la pression artérielle subit une chute marquée. La traction sur le pédicule pulmonaire droit produit le même effet. L'atropine prévient dans une certaine mesure ce réflexe.

Dans les expériences comportant une circulation extra-corporéale totale, avec un dispositif cœur-poumon artificiel, les mêmes réflexes nocifs se retrouvent, et le maintien de la survie de l'animal exige une perfusion sanguine, et l'usage de médicaments vaso-presseurs.

Le court-circuitage du cœur gauche permet d'exposer la valve mitrale pendant 20 à 30 mn avec survie de l'animal. Les réflexes hypotensifs sont infiniment moins fréquents et moins importants que dans les expériences précédentes.

A. Germain.

P. G. Smith, A. T. Evans, E. C. Elsey, B. Felson (Cincinnati). — **Aortographie : ses renseignements radiologiques** (*Am. Journal of Roentg. and Rad. Therapy and Nuclear Medecine*, vol. **67**, n° 2, Fév. 1952, p. 183-197, avec 17 fig.).

Les auteurs rapportent leur expérience dans plus de 300 cas d'aortographie. Aucune complication n'est à signaler. La technique employée est très simple : injection au niveau de la 12e vertèbre dorsale de 12 cm³ de diodrast à 70 p. 100 par une aiguille de 18 reliée à une seringue de Sano-Lok par un tube en matière plastique.

Les auteurs décrivent alors l'artériogramme normal, puis dans les différents cas pathologiques rencontrés, ils en discutent la valeur diagnostique : anomalies rénales, kystes ou tumeurs du rein, tumeurs abdominales, hydronéphroses, pyélonéphrites, thromboses ou anévrysmes artériels, grossesse (placenta prævia).

En conclusion les auteurs admettent que l'aortographie est une méthode simple, sans danger, de diagnostic rapide pré-opératoire, dans de nombreux cas où tous les autres moyens de diagnostic n'ont rien apporté.

P. Porcher.

Douglas J. Roberts, C. T. Dotter et **Israël Steinberg.** — **Veine cave supérieure et veines innominées : étude angiocardiographique** (*The Am. Journal of Roentg. and Rad. Therapy*, vol. **66**, n° 3, Sept. 1951, p. 341-352, avec 12 fig.).

L'angiocardiographie a permis aux auteurs de mesurer le calibre et la longueur de la veine cave supérieure normale. Ils envisagent ensuite les modifications du système cave dans les différents sens. Ils discutent les anomalies congénitales, l'occlusion, le déplacement ou la dilatation des composantes de ce système. Sur une série de 55 cas montrant une obstruction : 78 p. 100 l'étaient par une tumeur, 15 p. 100 par un anévrysme, le reste par des causes diverses : médiastinite, thrombose. L'angiocardiographie leur a permis de plus de voir que la dilatation de la veine cave supérieure était le résultat d'une augmentation de la pression ou du flot dans les vaisseaux, et que la défaillance cardiaque en était souvent la cause.

P. Porcher.

H. C. Ballon (Montréal). — **Obstruction de la veine cave supérieure** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 1, Juil. 1952, p. 39-43, avec 6 fig.).

B. rapporte une observation d'obstruction complète de la veine cave supérieure, démontrée par les constatations cliniques et radiologiques, mais où il n'y a pas eu d'examen anatomo-pathologique puisqu'il n'y a pas eu d'opération, et que la malade vit toujours.

Il s'agissait d'une femme de 34 ans, chez laquelle on constata des signes d'hypertension veineuse de la tête, du cou et des membres supérieurs. Cette hypertension variait avec les positions de la malade. B. étudie aussi les variations de la pression du liquide céphalo-rachidien avec les mouvements respiratoires.

La radiographie montrait dans le médiastin une masse opaque qui comprimait probablement la veine cave supérieure au niveau de l'azygos et dont la nature exacte n'a pu être précisée (ganglions calcifiés possibles).

Une injection intra-veineuse de Diodrast montrait l'obstruction complète de la veine cave. L'introduction d'une sonde opaque par la veine fémorale droite et d'une seconde par la veine cubitale gauche les fit remonter au voisinage du cœur où elles restaient séparées sur l'écran par un intervalle de 5 cm.

Depuis 6 ans la malade vit et travaille avec cette hypertension veineuse localisée.

M. Guimbellot.

Th. R. Hudson (Chicago, Illinois). — **Blessure de la veine cave supérieure opérée avec succès** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 1, Juil. 1952, p. 101-104, avec 3 fig.).

Les blessures des gros vaisseaux du médiastin sont presque toujours mortelles. De fait, on ne trouve dans la littérature qu'un seul exemple de blessure de la veine cave supérieure traitée avec succès par suture (Biggers, 1933). Il s'agissait dans ce cas d'une blessure de la portion intra-péricardique ayant entraîné un hémopéricarde. Le cas rapporté ici concerne une blessure par balle de révolver de la portion extra-péricardique de la veine cave supérieure avec blessure associée du nerf phrénique. En conséquence elle s'est accompagnée d'une hémorragie immédiate beaucoup plus importante que dans le cas précédent, avec ses dangers d'exsanguination et de déplacement médiastinal considérable. Fort heureusement l'hémothorax s'est coagulé rapidement de sorte que la ponction est restée blanche et qu'il s'est établi une sorte d'équilibre entre la pression pleurale élevée et la pression veineuse diminuée. La thoracotomie a permis de mettre en évidence la déchirure sur la face latérale externe de la veine cave supérieure et de la suturer avec succès.

A. Germain.

Nadia du Bouchet et **Jean Le Brigand** (Paris). — **L'anesthésie, les soins pré- et post-opératoires dans la ligature de la veine cave inférieure chez les cardiaques décompensés** (*La Semaine des Hôpitaux, Annales de Chirurgie*, an. **28**, n° 13, 18 Fév. 1952, p. 523-526).

Les indications de la ligature de la veine cave inférieure au-dessous de l'abouchement des veines rénales pour diminuer le retour veineux, chez les cardiaques en état de décompensation irréductible sont posées : l'indication de la ligature est discutable dans les cas d'insuffisance ventriculaire gauche, et justifiée en cas d'insuffisance ventriculaire droite, avec les réserves que constituent une défaillance cardiaque avancée, et les cardiopathies œdémateuses qui répondent mieux à une intervention en 2 temps : ligature des veines fémorales d'abord, puis de la veine cave inférieure dans un temps ultérieur.

L'embolie à répétion est une indication absolue. La thrombose cardiaque est une contre-indication à l'opération; le diagnostic en est malheureusement difficile.

En ce qui concerne l'anesthésie : 75 cas ont été opérés (3 sous anesthésie générale, 6 sous anesthésie para-vertébrale, 40 sous anesthésie locale complétée, 25 sous rachianesthésie). Le problème de l'oxygénation est difficile en raison du faible débit cardiaque, de l'encombrement des alvéoles pulmonaires, de la stase circulatoire. L'anesthésie générale (éther, oxygène, curare, pentothal en solution à 1 p. 100 injecté lentement) n'a pas donné toute satisfaction et s'est accompagnée d'une chute de la tension artérielle, de cyanose, d'une sensibilité anormale aux anesthésiques, d'une hypersécrétion bronchique entravant l'oxygénation.

L'anesthésie locale plus satisfaisante commande la voie rétro-péritonéale, source de complications post-opératoires (hématome rétro-colique).

La rachianesthésie est l'anesthésie de choix chez les cardiaques réalisant une saignée blanche, amenant l'amélioration immédiate subjective et objective.

Elle permet de plus la voie transpéritonéale qui est la meilleure. Avec notre technique habituelle (tétracaïne glucose) nous n'avons observé aucun accident imputable à la rachianesthésie disent les auteurs.

Les complications de l'opération sont passées en revue .

Syncope cardiaque per-opératoire (2 cas sous anesthésie générale), et post-opératoire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, embolie de la petite ou de la grande circulation, œdème aigu du poumon. Complication redoutable, l'hémorragie post-opératoire due à la circulation collatérale importante est à craindre dans les interventions qui se pratiquent par la voie rétro-péritonéale.

Jacques Hepp.

James P. Isaacs, B. Noland Carter II et **J. Alex Haller** (Baltimore). — **Péricardite expérimentale; physiopathologie de la péricardite constrictive** (*Bulletin of the. Johns Hopkins Hospital*, vol. **90**, n° 4, Avril 1952, p. 259-300, avec 19 fig.).

Très importante étude expérimentale de la péricardite chronique chez le chien. Au moyen d'une technique parfaitement réglée (inclusion dans le péricarde d'un moule en matière plastique), les auteurs provoquent à volonté une péricardite constrictive généralisée ou localisée et peuvent comparer les effets de la constriction isolée du cœur droit, du cœur gauche ou de l'oreillette droite ou de la totalité du cœur à l'exception de cette oreillette.

La constriction du cœur droit provoque chez l'animal une hyperpression veineuse périphérique avec hépatomégalie, ascite, hydrothorax et œdèmes; celle du cœur gauche une hypertension pulmonaire; celle de l'oreillette droite isolée n'apporte aucune modification de l'hémodynamique ni des signes physiques.

Les conclusions sont les suivantes : la constriction de l'un ou l'autre des ventricules a des effets constants et majeurs dont le facteur déterminant est purement mécanique (diminution du volume et de l'élasticité), celle des oreillettes est toujours contingente. Ainsi du point de vue thérapeutique, si la péricardectomie totale est souhaitable, la libération des 2 ventricules reste l'essentiel.

J. Loygue.

Victor A. McKusick (Baltimore). — **Péricardite chronique constrictive** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, vol. **90**, n° 1, Janv. 1952, p. 3-26, avec 3 fig.).

Cet article est écrit dans un numéro du bulletin du *Johns Hopkins Hospital* entièrement consacré à la péricardite constrictive et présenté par A. Blalock. 20 observations en font l'objet dont on trouvera une étude très complète; outre les examens cliniques habituels le cathétérisme des cavités cardiaques, une angiocardiographie et la mesure de la clearance rénale ont été pratiqués chez plusieurs malades.

Dans 8 cas l'origine tuberculeuse de la péricardite est démontrée, mais dans les 12 autres les lésions anatomiques ne présentaient aucune spécificité et aucune conclusion n'a pu être tirée, pourtant il semble que chez un malade on puisse retenir un traumatisme thoracique comme facteur déterminant.

De ces observations on peut encore retenir que le bruit proto-diastolique correspond presque toujours aux péritonites calcifiantes, que la chute des albumines sériques est due à un trouble fonctionnel hépatique ou à des ponctions d'ascite, que l'association de pachypleurite ou de calcifications pleurales est fréquente, que la cyanose par défaut de saturation artérielle, quoique rare, n'est pas inconnue, qu'enfin la péricardite constrictive se présente parfois physiologiquement et radiologiquement comme une sténose mitrale.

Les résultats de la péricardectomie sont satisfaisants : sur 17 malades opérés que comporte cette série, 2 sont morts au cours de l'intervention par rupture ventriculaire. 11 sont cliniquement guéris et 4 améliorés, encore faut-il signaler que 2 de ceux-ci ont tiré un grand bénéfice de 2 réinterventions ultérieures.

J. Loygue.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

G. Peck et **G. W. Weber** (Salt Lake City, San Antonio). — **Inversion de l'estomac dans une éventration diaphragmatique** (*Am. Journal of Roentg. Rad. Therapy*, vol. **67**, n° 1, Janv. 1952, p. 63-67, avec 10 fig.).

Les auteurs rapportent un cas d'inversion de l'estomac avec éventration du diaphragme gauche.

Les signes radiologiques décrits sont caractéristiques. Le pylore est visible à gauche de la ligne médiane, signes déjà notés par Rosenfeld et Fichardt. Le malade présentait

également une ascension de l'angle splénique du côlon, comme dans les éventrations diaphragmatiques seules.

Ils notent également l'absence complète, comme dans le cas actuel, ou le caractère imprécis des troubles gastro-intestinaux subjectifs.

C'est effectivement la règle.

P. Porcher.

Von S. Wilk et **G. E. Züst.** — **Hernie dans l'hiatus de Winslow** (*Radiologia Clinica*, vol. **20**, n° 2, Mars 1951, p. 77-82, avec 5 fig.).

Les auteurs rapportent un cas de hernie du côlon transverse à travers l'hiatus de Winslow n'ayant entraîné que des troubles épigastriques légers.

Le diagnostic radiologique a été fait par l'opacification par lavement et par repas opaque du segment hernié, expliquant la présence d'image aérique localisée entre l'estomac et le foie, et antérieure sur le profil.

P. Porcher.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

Latteri (Palerme). — **Sur un cas de péritonite encapsulante** (*Il Policlino Sez. chir.*), vol. **59**, n° 3, Juin 1952, p. 164-169).

Un homme de 49 ans souffre depuis une vingtaine d'années de troubles gastriques, pour lesquels on fit une gastro-entérostomie avec le diagnostic d'ulcère duodénal, deux ans auparavant, un abcès de la région hépatique avait été ouvert et avait guéri normalement.

1 an après la gastro-entérostomie, de nouveaux foyers douloureux apparaissent en différentes portions de l'abdomen; une radio montre des anses grêles dilatées avec niveaux liquides. La laparotomie médiane montre un lacis adhérentiel inextricable. On finit par trouver une poche liquide dont les parois blanchâtres et luisantes contiennent 50 cm de grêle dilaté. On termina l'opération par une iléo-colostomie sur le côlon ascendant. Il y eut après l'opération une notable amélioration des troubles intestinaux. En particulier de la constipation.

Il est impossible de formuler un diagnostic étiologique. La tuberculose doit être éliminée. Faisant état des suites assez tumultueuses de la gastro-entérostomie avec ébauche de circulus vitiosus, l'auteur cherche à lui rattacher les troubles ultérieurs.

Olivieri.

ESTOMAC

Morris Binder et **Jérôme T. Paul** (Chicago). – **Hémorragies des ulcères gastro-duodénaux** (*The American Journal of Digestive Diseases*, vol. **19**, n° 9, Sept. 1952, p. 278-281, avec 6 tabl.).

Étude de 100 observations pour lesquelles le diagnostic fut confirmé par des constatations radiologiques, opératoires ou nécropsiques. Il y eut 78 ulcères duodénaux et 12 gastriques, une proportion d'hommes et femmes de 3,5 à 1. 85 cas furent traités médicalement avec 6 décès, 15 opérés avec 2 morts. L'auteur ne détaille pas ses indications thérapeutiques personnelles mais insiste sur l'intérêt de l'alimentation précoce.

Cl. Olivier.

Lester R. Dragstedt (Chicago). — **Les aspects chirurgicaux de l'ulcère gastro-duodénal** (*The Review of Gastro-enterology*, vol. **19**, n° 4, Avril 1952, p. 286-300, avec 2 fig.).

Esquivant la discussion que lui offrait l'excellent exposé de Sandweiss et Sugarman sur le problème des résultats thérapeutiques, peut-être parce que ces auteurs invi-

taient leur confrère à recourir plus souvent qu'il n'y était enclin, à la gastrectomie, Dragtedt préfère ici étudier les bases physiologiques de la vagotomie. Il rappelle que l'individu normal secrète pendant les 12 h de repos nocturne 18 mg d'acide chlorhydrique, celui qui est atteint d'ulcère duodénal en moyenne 60 mg. Après vagotomie sur 780 opérés, la réduction moyenne est de 60 p. 100. Il montre d'autre part l'effet très remarquable de la vagotomie sur la sécrétion chlorhydrique de l'estomac exclu du circuit alimentaire et la prévention qu'elle exerce sur le développement d'ulcères. Aucune statistique de résultats éloignés; aucune allusion aux effets de la vagotomie sur la motricité gastro-intestinale autre que la nécessité réaffirmée d'une gastro-entérostomie associée.

Cl. Olivier.

Joaquim A. de Brito et **Carlos Rodrigues** (Rio de Janeiro). — **L'aspiration continue dans le traitement des ulcères perforés** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, vol. **22**, n° 6, Déc. 1951, p. 391-402).

Cette statistique de 93 ulcères perforés traités depuis 1936 démontre encore une fois les progrès considérables réalisés depuis 15 ans dans le traitement de cette affection. La mortalité passe de 20 p. 100 pour les 5 premières années, à 15,7 p. 100 pour les 5 suivantes, et tombe à 6,1 p. 100 dans les 5 dernières. Elle est même nulle pour les 33 malades traités depuis 1948. Ces progrès sont dus certainement beaucoup plus à l'avènement des antibiotiques, à la meilleure préparation des malades, à l'amélioration des méthodes anesthésiques et des soins post-opératoires, qu'à des modifications de la technique elle-même. Le choix d'un procédé influe par contre grandement sur les résultats éloignés; sans apporter les leurs, les auteurs reconnaissent la faillite, à ce point de vue, de la suture simple dans bien des cas. Ils l'ont utilisée dans 83 cas, parce que ce fut longtemps leur procédé de routine, mais ils lui dénient maintenant toute indication, estimant que l'aspiration continue, sans opération, assure tout aussi bien la guérison immédiate.

Il n'existe plus à l'heure actuelle que deux méthodes de traitement : l'une, non opératoire : l'aspiration; l'autre opératoire : la gastrectomie.

L'aspiration est indiquée dans les « mauvais risques » opératoires, ou lorsque l'absence de tout antécédent ulcéreux fait prévoir une guérison définitive sans intervention. Elle a été utilisée dans 6 cas de cette série, sans décès. L'échec de l'aspiration peut exiger une opération secondaire. Ce fut le cas pour 1 de ces 6 malades, qui fut opéré à la 48e h à cause d'une distension abdominale et d'un état d'anxiété alarmants. La cavité abdominale contenait une grande quantité de liquide, mais la perforation était obturée; il a fallu la libérer pour réaliser sa suture.

La gastrectomie est indiquée chez tous les malades à passé ulcéreux; soit d'urgence s'ils sont en état de la supporter (4 cas sans décès); soit secondairement, quelques heures ou plusieurs jours après un traitement par aspiration (1 cas opéré après 5 h d'aspiration).

Les règles d'application du traitement non opératoire sont minutieusement détaillées; elles sont conformes à celles qui sont adoptées en France : certitude du diagnostic, évacuation au tube de Faucher des particules alimentaires avant la mise en place de la sonde nasale, surveillance stricte du bon fonctionnement de l'aspiration, administration d'antibiotiques, alimentation exclusivement parentérale pendant 3 à 4 jours, et surtout indication formelle de la laparotomie si l'amélioration ne semble pas suffisante au bout de 3 h.

Aucune discrimination n'est faite, pour les indications de l'aspiration, entre les perforations gastriques et les perforations duodénales. Or, on sait actuellement que la plupart des échecs de la méthode sont le fait de perforations gastriques, et c'est sans aucune preuve que les auteurs avancent que « le siège et les dimensions de l'ulcère sont sans influence, puisque tous sont susceptibles de s'obturer, grâce à l'aspiration ».

G. Edelmann.

P. Gambaccini (Florence). — **Les aspects radiologiques des polypes gastriques vérifiés opératoirement et par l'anatomo-pathologie** (*La Radiologia Medica*, vol. **38**, n° 3, Mars 1952, p. 217-238, avec 38 fig.).

Après avoir rappelé les principaux aspects anatomo-pathologiques des polypes gastriques, l'auteur décrit toute une série de cas, discutant leurs aspects radiologiques et leur nature histologique.

Il signale l'importance d'une méthode radiographique spéciale (?), l'insufflation gastrique.

Il note la fréquence de la dégénérescence maligne précoce, et essaie d'indiquer les aspects particuliers qui, à son avis, doivent faire faire des réserves sur la nature et donc le pronostic.

P. Porcher.

Paul H. Deeb et **Walther Stilson** (Los Angeles). — **Manifestations radiologiques du lymphosarcome de l'estomac** (*Radiology*, vol. **58**, n° 4, Avril 1952 p. 529-535, avec 10 fig.).

Les auteurs attirent l'attention sur la relative fréquence du lymphosarcome *extra-ganglionnaire*. Le fait d'en trouver 250 cas au moins dans la littérature fait souhaiter de mettre en évidence des éléments de diagnostic différentiel. Les manifestations radiologiques sont généralement celles du cancer et même parfois de l'ulcère. Certains caractères : la présence d'une déformation relativement inconstante, l'augmentation des plis et l'irrégularité des berges, sont pour les auteurs en faveur du lymphosarcome. La collaboration du radiologue et du gastroscopiste est ici spécialement souhaitable.

Les auteurs rapportent 3 cas de lymphosarcome, primitif, à petites cellules, de l'estomac. Ils survécurent respectivement 7 ans, 4 ans 1/2 et 2 ans après avoir été traités par la radiothérapie.

Les deux autres cas présentés étaient des lymphosarcomes généralisés avec lésions gastriques.

P. Porcher.

F. Gumpel (Annaberg). — **Tuberculose et cancer gastrique associés** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 29, 1952, p. 1221-1223).

Parmi les types cliniques de la tuberculose gastrique, la forme tumorale et la forme dite hypertrophiante intéressent particulièrement le chirurgien.

Leur diagnostic différentiel avec le cancer est à peu près impossible. L'élévation thermique signalée par Kleinschmidt, l'image radiologique d'amputation pylorique limitée nettement par une ligne droite (Pop et Hangonutiu), l'extension au duodénum des lésions radiologiquement décelées sont autant de symptômes qui doivent faire suspecter la tuberculose.

On a parlé d'un antagonisme entre tuberculose et cancer, et l'expérimentation (injections simultanées dans le péritoine de bacilles de Koch et de cellules cancéreuses) avait semblé le confirmer. Cliniquement cependant, il n'est pas rare de voir un cancer évoluer chez un sujet antérieurement guéri de tuberculose; d'aucuns ne voient d'ailleurs là qu'affaiblissement de l'organisme par le bacille de Koch entravant la défense naturelle contre le cancer.

En fait, l'association des deux processus est très rare au niveau de l'estomac. Quelle est la lésion la première en date ? le cancer pour la plupart des auteurs.

G. rapporte l'histoire d'un malade chez lequel on avait reconnu 10 ans auparavant un ulcère gastrique, et qui dut subir à 56 ans une résection pour cancer. L'opéré ne survécut pas à cette gastrectomie particulièrement difficile, on ne put faire l'autopsie. Mais l'examen histologique de la pièce montra un adéno-carcinome à la limite duquel existaient des lésions manifestement tuberculeuses.

G. estime qu'ici l'ulcère a préparé le terrain au cancer, sur lequel est venu secondairement se greffer le processus tuberculeux.

R. Gueullette.

F. Borges (Annaberg-Buchholz). — **Contribution à l'étude de la gastrectomie totale par voie abdominale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 42, 1952, p. 1761-1769).

Il s'agit d'une sorte d'historique de la question et d'un rappel, d'ailleurs assez complet, des principales publications.

On s'arrête quelque peu sur les incidents post-opératoires : dumping-syndrom, hypoglycémie, syndrome de carence. On discute brièvement des différentes méthodes, sans rien apporter de nouveau.

On touche à beaucoup de points de détails, sans les approfondir.

On termine par l'annonce de 5 succès opératoires, sans qu'il soit question de résultats médiats ou éloignés, et sans nous dire s'ils ont été payés de quelques échecs.

Le type d'anastomose employée fut l'œso-jéjunostomie termino-latérale avec anastomose de Braun.

R. Gueullette.

C. L. Boice (Paolo Alto, Californie). — **Gastro-iléostomie** (*Am. Journal of Roentg. and Rad. Therapy*, vol. **66**, n° 4, Oct. 1951, p. 601-603, avec 2 fig.).

L'auteur rapporte un cas de gastro-iléostomie résultat d'une erreur chirurgicale. Le tableau clinique n'est pas pathognomonique, et se présente comme une gastro-entérostomie fonctionnant mal. La radiologie permet seule le diagnostic.

P. Porcher.

Elio Arduino (Rio de Janeiro). — **Invagination rétrograde de l'anse efférente après gastrectomie subtotale** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, vol. **23**, n° 1, Janv. 1952, p. 79-84, avec 4 fig.).

Une observation personnelle où l'accident survint 8 ans après la gastrectomie. Il fallut réséquer l'anse anastomotique sphacélée, faire une recoupe gastrique, et rétablir une anastomose Polya. Guérison.

G. Edelmann.

D. Lazar (Budapest). — **Résultats éloignés de 100 gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 35, 1952, p. 1488-1497, avec 5 fig.).

L. enlève l'ulcère dans 90 p. 100 des cas. Dans les conditions les plus favorables, il pratiquait le rétablissement de la continuité type Billroth II, qui lui paraît plus rapide; bien que plus physiologique, cette technique ne lui semble pas donner de résultats meilleurs, et il tend à l'abandonner depuis 1945. Ailleurs, il fait l'anastomose partielle inférieure pré-colique, type Mikulicz-Neuber.

Il insiste sur la simplicité nécessaire de la technique des sutures, qu'il réalise en 2 plans, le plan séro-séreux étant représenté par des points en V un peu particuliers, ici décrits et illustrés. Le bistouri électrique lui semble intéressant pour les sections viscérales.

L'auteur donne du thé ou café léger dès la 12e h, du café au lait le 2e jour, des potages le 3e ou 4e jour. S'il y a la moindre stase gastrique, l'aspiration continue par sonde de Wangensteen est mise en œuvre. Pénicilline, exercices respiratoires, dérivés de l'adrénaline contre le choc, sérum, plasma, transfusions, rechloruration chez les sténosés du pylore, complètent le traitement. L'opéré est levé le 3e jour. Il est laissé au régime pendant 8 à 10 semaines, temps nécessaire à la guérison de la gastrite post-opératoire.

Les résultats éloignés sont condensés en un tableau, dont nous ne retiendrons que les chiffres les plus importants :

90 p. 100 des opérés ne présentent plus aucun trouble;

La gastrectomie pour exclusion n'a donné que 3 guérisons sur 5 cas;

La reprise de poids est survenue chez 76 p. 100 des malades;

Le fonctionnement de la bouche est radiologiquement satisfaisant dans 87 p. 100 des cas;

L'anémie au-dessous de 3 500 000 a été observée chez 14 opérés sur 100.

En conclusion, L. se montre très satisfait de sa technique. Il dit n'avoir aucune expérience du Reichel-Polya.

R. Gueullette.

INTESTIN

Isidore Cohn, Herbert R. Hawthorne et **Alfred S. Frobese** (Philadelphie). — **Rupture rétro-péritonéale du duodénum dans les contusions de l'abdomen** (*The American Journal of Surgery*, vol. **84**, n° 3, Sept. 1952, p. 293-301, avec 1 fig.).

Observation d'un malade de 27 ans accidenté 4 h avant son admission à l'hôpital. Perte de connaissance qui se dissipe et permet au patient de faire quelques pas. Pas de douleur immédiate mais 2 vomissements dont l'un après absorption de boisson. C'est seulement 1 h après l'accident qu'apparaît la douleur d'intensité croissante. Il existe une distension abdominale légère avec contracture à droite. A la radiographie, disparition de la limite externe du psoas. Pas de pneumo-péritoine.

Intervention à la 6e h. Hématome sous-séreux derrière l'angle droit du côlon. Pas d'épanchement intra-péritonéal. Le péritoine pariétal postérieur, dans la région prérénale, est soulevé par un hématome bleu-noir que l'on incise et dont il s'écoule une sérosité brunâtre. Il existe une perforation de la face postérieure du 3e segment du duodénum sur la ligne médiane, au niveau du croisement avec le rachis. Suture. Un drain à proximité. Guérison sans séquelle.

Rappel bibliographique.

Lucien Leger.

Earl J. Halligan, Louis L. Perkel, J. Kenneth Catlaw et **Leonard Troast** (Jersey City). — **Tumeurs malignes du duodénum** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **19**, n° 9, Sept. 1952, p. 681-696, avec 6 fig.).

Parmi les 10 malades étudiés on compte un léiomyosarcome, un cancer supra-papillaire, 1 péripapillaire et 7 infra-papillaires. 3 furent traités par résection segmentaire, 2 par duodénopancréatectomie; pour 3 patients on ne put recourir qu'à la gastroentérostomie et pour 1 à la duodénojéjunostomie. Le dernier cas enfin fut découvert à l'autopsie. Il importe donc d'insister à nouveau sur les difficultés du diagnostic précoce. La duodénopancréatectomie est le traitement de choix. La technique des auteurs ne présente de particulier que la prothèse temporaire des anastomoses de l'anse défonctionalisée au cholédoque et au Wirsung sur tubes extériorisés.

Cl. Olivier.

J. R. Hannan, J. B. Hazard et **R. E. Wise** (Cleveland, Ohio). — **Carcinome du duodénum** (*Am. Journ. of Roentg. and Radium Therapy*, vol. **60**, n° 4, p. 569-576, avec 7 fig.).

Les auteurs présentent 3 cas de carcinome du duodénum. Radiologiquement on trouva dans les 3 cas une image d'amputation ou de tonalité ronde comme dans les tumeurs fénignes.

L'anatomo-pathologie montre l'envahissement sous-muqueux de la musculeuse, et son aspect microscopique est typique du carcinome.

Ces tumeurs furent excisées opératoirement par duodénostomie.

Les auteurs terminent en discutant les différents diagnostics possibles en présence de l'image radiologique.

P. Porcher.

Tangari et **Ardimenti** (Naples). — **Obstruction intestinale par gros calcul biliaire (illustration clinique de 2 cas)** (*La Riforma medica*, an. **66**, n° 41, 11 Oct. 1952, p. 1098-1102).

Une femme de 60 ans, à passé vésiculaire net, est prise d'un syndrome subocclusif; après 3 jours de traitement inefficace on intervint et on put extraire de l'iléon à quelques centimètres de la valvule iléo-cæcale un gros calcul biliaire. Ce calcul avait près de 3 cm de diamètre et il était constitué par de la cholestérine et du bilirubinate de calcium; la malade mourut 5 jours après l'opération.

Le second cas concerne une femme de 65 ans atteinte depuis de nombreuses années de troubles vésiculaires qui présente des accidents de subocclusion : un calcul biliaire volumineux fut extrait par entérotomie simple suivie de guérison.

Olivieri.

C. Warren Biermann, J. Kemp Davis et **F. C. Biehusen** (U. S. Army). — **Obstruction intestinale chez un prématuré traitée par résection et anastomose bout à bout** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **40**, n° 4, Avril 1952, p. 474-478, avec 4 fig.).

Très beau succès obtenu chez un prématuré de 8 mois qui présenta 19 jours après sa naissance une occlusion aiguë du grêle; grâce à une préparation minutieuse poursuivie pendant 24 h, l'enfant put être opéré. Il s'agissait d'un volvulus par défaut de fixation mésentérique associé à une anomalie que les auteurs appellent iléon double (entérokystome ?); résection de 10 cm de grêle et rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale en 2 plans. Les perfusions furent continuées pendant 9 jours et l'alimentation normale reprise seulement à cette date. A propos de cette observation les auteurs discutent les avantages et les inconvénients des différents types d'anastomoses intestinales chez le nourrisson.

J. Loygue

Edwin A. Hanck et **James R. Lisa** (New-York). — **Hémangiome du grêle** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **19**, n° 9, Sept. 1952, p. 723-725, avec 2 fig.).

Observation 1. — Négresse de 39 ans, prise après des excès alcooliques de douleurs abdominales et de vomissements. 3 crises analogues durant les 3 mois précédents. A l'examen sensibilité abdominale diffuse. Mort 9 h plus tard. Autopsie : sur 1,75 m de grêle innombrables petits polypes sessiles noirs ou rouges qui histologiquement apparurent comme des amas de capillaires sous muqueux extraordinairement dilatés. Il existait en outre une tuberculose caséeuse chronique des 2 surrénales.

Obs. 2. — Nègre de 83 ans en observation pour obstruction prostatique. Meurt d'infarctus du myocarde, sans aucun signe intestinal. A l'autopsie, sur la seconde portion du duodénum à 5 cm de la papille petit polype sessile mou, bleu noir de 2 × 2 × 4 cm. Histologie : hémangiome caverneux sous muqueux.

Cl. Olivier.

Johan Torgersen (Oslo, Norvège). — **Interposition hépato-phrénique du côlon, et volvulus du caecum** (*Am. Journal of Roentg. and Rad. Therapy*, vol. **66**, n° 5, Nov. 1951, p. 747-751, avec 4 fig.).

L'interposition du côlon est relativement fréquente chez les hommes et la fréquence augmente avec l'âge. Chez l'homme le côlon se place à droite et au-dessus du foie alors qu'en général chez la femme, il est en avant du foie.

L'auteur a remarqué que cette interposition est particulièrement fréquente chez les malades traités pour troubles psychiques et mentaux. L'iléus et le volvulus sont aussi relativement fréquents chez eux.

Une des observations rapportée montre particulièrement bien les troubles qu'elle entraîne dans la cinétique de l'estomac et du duodénum.

Les 2 autres cas montrent les rapports entre l'interposition et le volvulus du cæcum et l'asymétrie viscérale.

P. Porcher.

Von H. Garbsch et **B. Thurnher** (Vienne). — **Signes radiologiques de l'invagination cæco-colique par tumeur** (*Radiologia clinica*, vol. **20**, n° 2, Mars 1951, p. 71-76, avec 4 fig.).

Les auteurs rapportent un cas, vérifié opératoirement d'invagination cæco-colique par tumeur.

Ils en exposent les signes radiologiques avec le plus grand soin, et les éléments du diagnostic différentiel avec d'autres formes d'invagination. Pas un mot de bibliographie française.

P. Porcher.

Annibal Luz (Rio de Janeiro). — **Cancer du côlon droit. Rétablissement du transit colique et iléo-colique par la technique de Pouchet** (*Revista Brasileira de Gastro-Enterologia*, vol. **4**, n° 1, Janv.-Fév. 1952, p. 89-98, avec 3 fig.).

L'auteur n'applique pas systématiquement l'hémicolectomie droite à tous les cancers du côlon droit. Il l'a exécutée dans son 1er cas. Dans le 2e, par contre, un cancer de la moitié droite du transverse fut réséqué par colectomie segmentaire, laissant en place le côlon ascendant, et sacrifiant seulement l'artère colica media. La continuité, dans les deux cas, fut rétablie par une anastomose termino-terminale latéralisée, donc très large (le double du diamètre colique) à la manière de Pouchet.

G. Edelmann.

W. Wayne Babcock et **Harry E. Bacon** (Philadelphie). — **Critique des interventions pour cancer du gros intestin** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **60**, n° 4, Avril 1952, p. 141-143).

Article de vulgarisation dans lequel les auteurs soulignent une fois encore leur position dans le traitement des cancers du rectum et du sigmoïde :

Résection abdomino-périnéale avec conservation du sphincter pour tous les cancers situés à plus de 7 cm de la marge;

Amputation large classique pour les cancers situés au-dessous de cette limite.

Pour les premiers, ils insistent sur la nécessité d'un sacrifice péritonéal très important et d'un évidement pelvien complet emportant le tissu cellulo-ganglionnaire, les releveurs et les aponévroses; le dogme classique de la péritonisation exacte en fin d'intervention est complètement abandonné.

Les résultats obtenus sont remarquables puisque les auteurs comptent une mortalité opératoire inférieure à 4 p. 100, 79 p. 100 de survies de plus de 5 ans et 41 p. 100 de plus de 10 ans.

J. Loygue.

O. Goetze (Erlangen). — **L'artériographie per-opératoire de l'artère mésentérique et de ses branches, en vue de s'assurer de l'irrigation du bout intestinal supérieur lors de la résection du rectum** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 32, 1952, p. 1357-1363, avec 3 fig.).

La méthode de trans-illumination a déjà permis des progrès dans l'interprétation de ce système artériel, si variable dans ses dispositions. G. n'est pas d'avis de s'en tenir à la description classique, et il propose le schéma suivant : la mésentérique inférieure (qui donne la colique gauche inférieure et des artères sigmoïdes en nombre variable) doit garder son nom jusqu'à l'origine de la sigmoïda ima, à partir de laquelle elle devient artère hémorroïdale supérieure; la branche la plus élevée de la mésentérique inférieure est la colique gauche; tous les rameaux issus du tronc entre celle-ci et la sigmoïda ima sont des artères sigmoïdiennes; il faut renoncer à appeler la première branche la *colo-sigmoïdienne*, ce qui apporte une complication inutile, et considérer que la colique gauche n'est qu'une branche de la première sigmoïdienne.

L'auteur, après une série d'injections cadavériques, a pu contrôler l'opinion de Toupet sur la valeur fonctionnelle de la colique droite, capable d'assurer à elle seule

l'irrigation de la totalité du côlon terminal; il a répété plusieurs fois la technique décrite par l'auteur français, et souligne l'avantage d'une exérèse ganglionnaire plus étendue; il la réserve toutefois aux sujets jeunes, robustes et à bonne circulation artérielle, car il la considère comme plus choquante.

La méthode de l'artériographie per-opératoire, dans tous les cas où l'interprétation du réseau artériel est malaisée (adiposité) permet de choisir une technique adéquate. Elle est relativement simple. On coupe la mésentérique inférieure et on fixe une canule dans son bout proximal; la substance opacifiante étant injectée à contre-courant, il est aisé de se rendre compte radiologiquement si l'arcade bordante est suffisante à assurer la vitalité de l'anse. Une telle vérification est susceptible d'éviter de grosses erreurs à la fois pour ce qui est des ligatures artérielles et du niveau de section de l'anse. Elle peut éviter la trop large mobilisation à la manière de Toupet. De ses résultats découle le choix du type de l'intervention (résection ou amputation).

G. décrit en détails sa technique d'artériographie et l'illustre de bons schémas et cliché.

R. Gueullette.

Illydio Sauer (Rio de Janeiro). — **Un procédé d'extirpation élargie du cancer du bas rectum et du canal anal** (*Revista Brasileira de Gastro-Enterologia*, vol. **4,** n° 2, Mars-Avril 1952, p. 239-246, avec 4 fig.).

On connaît bien le pronostic plus grave des cancers du bas rectum, par rapport à ceux du haut rectum. Les statistiques de survie post-opératoire à 5 ans sont là pour le prouver. Il faut en voir la raison dans l'extension lymphatique : elle atteint uniquement les ganglions hémorroïdaux supérieurs et mésentériques inférieurs pour les cancers du haut rectum; les tumeurs bas situées essaiment par contre aussi dans les relais hémorroïdaux moyens, et les ganglions plaqués sur les parois latérales du pelvis, le long des vaisseaux iliaques. La technique initialement décrite par Miles, pour l'amputation abdomino-périnéale du rectum, procure une exérèse insuffisante, parce qu'elle conduit l'exérèse rectale en dedans du fascia endopelvien, laissant en place les ganglions iliaques. La technique proposée consiste à extirper en bloc, par voie adbomino-périnéale, le rectum avec ses ailerons, et le fascia endopelvien. On peut ainsi dénuder complètement les vaisseaux iliaques, et emporter avec la pièce opératoire tout le tissu cellulo-ganglionnaire qui les accompagne. Cette technique, à vrai dire, n'est pas décrite avec beaucoup de précision sur le plan pratique : les précautions à prendre vis-à-vis de l'uretère sont passées sous silence. Aucune expérience personnelle n'en est fournie.

G. Edelmann.

Jorje de Castro Barbosa (Rio de Janeiro). — **Résection d'organes multiples en cas de cancer avancé du côlon et du rectum** (*Revista Brasileira de Gastro-Enterologia*, vol. **4,** n° 1, Janv.-Fév. 1952, p. 103-120, avec 4 fig.).

C'est à juste titre que B déplore le long retard apporté au diagnostic des tumeurs malignes du côlon et du rectum, au Brésil. Sur 34 cancers recto-coliques observés en 5 ans à Rio de Janeiro, il n'a rien pu faire dans 5 cas (3 cas non opérés, 2 explorations simples) et dut se contenter 3 fois d'une dérivation interne ou externe. Sur les 26 cas restants, 11 seulement bénéficièrent d'une résection simple du segment intestinal tumoral. Pour les 15 autres, l'adhérence aux organes voisins nécessita une exérèse élargie. Ces 15 cas, dont les observations sont relatées succinctement, constituent la base de cet article.

« Qu'un diagnostic précoce soit d'une importance capitale, écrit B..., les médecins le savent suffisamment... Répéter cette affirmation évidente et se croiser les bras devant des cas avancés, est une attitude actuellement peu justifiable... En face de tels cas, au lieu de simples lamentations, il faut une solution. » Puisque la roentgenthérapie ne peut rien sur ces cancers glandulaires, la solution est dans la chirurgie élargie, tant qu'on ne possédera aucun autre traitement efficace.

L'auteur est assez pessimiste pour l'exérèse élargie des cancers avancés de l'estomac, du col utérin, de la vessie, de la prostate, qui ont un degré de malignité élevé, qui envahissent réellement les organes avoisinants, et dont certains, au surplus, sont radiosensibles. Il ne pense pas de même pour les cancers étendus d'origine colique ou rectale, parce que leur malignité est moindre, leur évolution plus lente, et leur envahissement de voisinage purement inflammatoire le plus souvent; l'examen des pièces opératoires a confirmé ce fait. La série de l'auteur apporte la preuve de la légitimité de ces exérèses élargies pour cancer du rectum ou du côlon : 1 seul décès opératoire sur 15 cas (hémorragie interne par hémostase insuffisante); survies de 3 mois à presque 3 ans, dont certaines sans signe de récidive.

A vrai dire, le terme de « résection d'organes multiples » n'est peut-être pas rigoureusement applicable à chacun de ces 15 cas : c'est ainsi que 5 exérèses coliques ou rectales avec hystérectomie totale simultanée, 1 ablation du rectum par voie sacro-coccygienne avec colpectomie, 1 hémicolectomie droite emportant le côlon transverse et un assez long segment d'iléon, 1 hémicolectomie droite emportant, avec une cæcostomie préexistante, une collerette de paroi abdominale ne dépassent guère le cadre de la chirurgie colo-rectale habituelle.

Les 7 autres cas, par contre, sont bien de ceux qu'à une époque encore récente on tenait pour inopérables : hémicolectomie droite avec ablation de la paroi abdominale adhérente et cystectomie partielle.

Amputation abdomino-périnéale avec prostatectomie et cystectomie partielle.

Colectomie gauche associée à l'hémicolectomie droite.

Résection du transverse, de la paroi abdominale, du ligament rond du foie.

Ablation du transverse, de la rate, d'une portion du diaphragme, de la grande courbure de l'estomac, de la queue du pancréas et de la surrénale gauche (mort opératoire).

Résection du transverse, cholécystectomie, hépatectomie partielle, hémicolectomie droite, résection de la totalité de l'iléon, et néphrectomie droite (lymphosarcome).

N'ayant pas réalisé de pelvectomie totale, l'auteur n'envisage pas le problème urinaire qu'apporte cette opération. Il passe aussi sous silence la morbidité post-opératoire, la durée de l'hospitalisation et le degré de *confort* dans lequel se déroulent, pour l'opéré, les mois ou années de survie.

G. Edelmann.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

H. Smitskamp (Djakarta. Indonésie). — **Diagnostic précoce et traitement des abcès amibiens du foie** (*Documenta de medicina geographica et tropica*, vol. 4, n° 3. Sept. 1852, p. 248-257).

A propos de 18 observations d'abcès amibiens du foie, l'auteur reprend les difficultés du diagnostic et les indications thérapeutiques. 4 de ces abcès seulement furent reconnus à l'entrée et les erreurs les plus fréquentes sont les cholécystites et la fièvre typhoïde.

Sur le plan thérapeutique il est important de reconnaître précocement l'inefficacité éventuelle de l'émétine en se basant non seulement sur les signes locaux et généraux, mais aussi sur la vitesse de sédimentation; la ponction avec aspiration et injection d'émétine et d'antibiotiques est alors indiquée.

Les résultats obtenus sont les suivants : 2 malades décédés avant tout traitement effectif, 9 guérisons après une aspiration, 2 guérisons ayant nécessité une nouvelle aspiration dans le même abcès, 2 échecs suivis de perforation pleurale et bronchique, 2 perforations pleurales avant que le diagnostic soit posé, enfin une guérison par incision chirurgicale, dont l'indication pour l'auteur est rare depuis les antibiotiques.

Ph. Détrie.

Lucio Galvão. — **Ligature des artères hépatique et splénique, et de la veine coronaire stomachique, dans le traitement de l'hypertension portale par cirrhose hépatique** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, vol. **22**, n° 6, Déc. 1951, p. 425-430).

Cette triple ligature fut salvatrice chez un malade de 29 ans, cirrhotique évident, dont les hématémèses incoercibles avaient été momentanément arrêtées par la pose d'une sonde à ballonnet dans l'œsophage, mais reprirent dès son ablation. Il fallut transfuser près de 10 l de sang pour compenser l'hémorragie, et il n'était plus question d'envisager l'anastomose porto-cave ou spléno-rénale projetée. Les ligatures vasculaires furent suivies d'un arrêt immédiat de l'hémorragie, d'une certaine amélioration des épreuves fonctionnelles hépatiques, et d'une diminution de volume de la rate. L'avenir de ce malade reste bien entendu incertain, mais une anastomose spléno-rénale ou porto-cave reste réalisable.

Cette conduite chirurgicale s'inspire des idées de Rienhoff : la ligature de l'artère hépatique amène une réduction de la pression portale, surtout chez les cirrhotiques où les anastomoses entre les deux systèmes sont particulièrement riches. La ligature de l'artère splénique exclut de la circulation porte 35 à 40 p. 100 du sang d'origine splénique.

L'auteur a complété ces ligatures artérielles par celle de la veine coronaire stomachique, dans l'espoir de dériver le sang du système porte dans la veine cave supérieure, à la faveur des anastomoses naturelles qui existent entre la veine coronaire stomachique et la veine azygos.

G. Edelmann.

J. Jaki (Szeged). — **Sur les kystes vrais du foie** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 30, 1952, p. 1260-1262, avec 1 fig.).

Des kystes vrais du foie (kystes parasitaires exceptés) à revêtement épithélial, il faut séparer les kystes par rétention (biliaires le plus souvent, parfois séreux), les tumeurs kystiques (kysto-adénomes), et plus rarement les kystes dermoïdes, lymphatiques ou sanguins.

Les kystes vrais sont soit multiples (foie polykystique, souvent associé au rein polykystique), soit solitaires.

Leur pathogénie est inconnue; l'anomalie de développement semble aujourd'hui admise.

Le foie polykystique ne relève de la chirurgie qu'en cas de complications (hémorragies, suppurations, compressions). Il n'en est pas de même des kystes solitaires, dont l'évolution lente conduit chez l'adulte à diverses complications telles que rupture, perforation, suppuration, hémorragie. Leur volume les rend parfois perceptibles à la palpation, masse arrondie déformant la surface hépatique, souvent au niveau du lobe droit et au voisinage de la vésicule. Il n'en a guère été publié qu'une trentaine de cas, qui démontrent sa plus grande fréquence chez la femme.

J. en rapporte une observation nouvelle.

Une femme de 57 ans, en excellente santé, a remarqué fortuitement une voussure de la région sous-costale gauche, non douloureuse. La tumeur, à la palpation, se montre lisse, arrondie, mobile avec la respiration; son pôle supérieur se perd sous les fausses côtes. Les examens biologiques sont négatifs. Radiologiquement l'ombre arrondie repousse le corps gastrique vers la gauche; le transit gastro-duodénal est normal. A l'intervention, le kyste a le volume de 2 poings, sa surface saillante est recouverte d'une mince lame de tissu hépatique; il adhère à l'estomac. Son exérèse apparaît impossible; on ferme l'incision médiane, on incise obliquement sous le rebord costal, et l'on tamponne la surface saillante de la tumeur; une ponction pratiquée 7 jours plus tard ramène un liquide riche en albumine, sans crochets d'échinocoques. Un fragment de paroi prélevé pour biopsie montre un épithélium cylindrique de revêtement; il s'agit d'un vrai kyste; la marsupialisation est suivie d'une guérison rapide; en 6 semaines, la fistule résiduelle est fermée.

L'extirpation totale demeure le traitement idéal toutes les fois qu'elle est possible sans risques d'hémorragie ou de fistule biliaire. Les récents progrès en chirurgie hépatique en étendront les indications.

R. Gueullette.

I. Aird (Londres). — **Les aspects chirurgicaux de l'obstruction biliaire intra-hépatique** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 1, Juil. 1952, p. 27-38, avec 11 fig.).

A. apporte 7 observations personnelles d'ictère par obstruction dans lesquelles l'opération ne montra aucun calcul extra-hépatique des voies biliaires, ni aucune cause de coudure ou de compression de celles-ci.

3 observations concernent des cas de cirrhose de Hanot confirmés par des biopsies du foie faites au cours d'une intervention exploratrice; les voies biliaires extra-hépatiques étaient normales, et dans 1 cas une cholangiographie opératoire montra aussi la liberté des canaux intra-hépatiques. Les 3 malades guérirent.

Dans 2 cas, il s'agissait de cancers primitifs du foie, ou hépatomes. Chez un de ces malades les voies biliaires étaient remplies par une masse gélatineuse rose pâle, formée de fibrine avec quelques cellules hépatiques. Ces 2 malades moururent.

Enfin les deux derniers malades sont des cas de xanthomatose biliaire, avec dépôts sur les mains et les genoux. Une laparotomie exploratrice montra un système biliaire extra-hépatique normal.

M. Guimbellot.

Victor P. Satinsky et **Samuel D. Kron** Philadelphie). — **La voie thoraco-abdominale dans l'abord du canal cholédoque** (*The American Journal of Surgery*, vol. **84**, n° 1, Juil. 1952, p. 91-94, avec 2 fig.).

S. avait déjà insisté sur l'intérêt de la voie d'abord thoraco-abdominale droite pour l'anastomose porto-cave et suggéré son utilisation dans les cas difficiles de chirurgie réparatrice des voies biliaires. De fait, après phrénotomie et luxation intra-thoracique du foie, le pédicule hépatique s'étale parfaitement et les manœuvres opératoires s'en trouvent grandement facilitées.

Une observation confirme la thèse des auteurs : homme de 67 ans présentant un syndrome d'angiocholite et cholécystectomisé 7 ans auparavant. Une cholédocotomie avait été pratiquée au cours de la même intervention dont les suites avaient été compliquées d'occlusion intestinale et d'éviscération qui nécessitèrent une réintervention. C'est un malade ictérique que les auteurs durent opérer. Incision dans le 8e espace intercostal, prolongée sur l'abdomen. Phrénotomie. Libération du foie dont la face inférieure est couverte d'adhérences. Le canal biliaire commun est disséqué, séparé de la veine porte. Il est oblitéré près du hile. On sectionne le rétrécissement cholédocien, on met en place un tube en T. Les suites opératoires se compliquent d'une atélectasie de la base. Aucun incident du côté biliaire dont la perméabilité est vérifiée par cholangiographie. Mais, 1 mois après l'intervention, réapparaissent frissons et fièvre et le malade meurt brusquement dans un tableau de cyanose avec dyspnée dont l'autopsie révélera la cause : rupture spontanée d'une valvule aortique.

Lucien Leger.

Luigi Ciarpaglini (Florence). — **Cholangiographie post-opératoire et visibilité du canal de Wirsung. Revue clinique et radiologique à propos de quelques cas personnels** (*Radiologia Medica*, vol. **38**, n° 5, Mai 1952, p. 451-466).

Après un bref aperçu anatomo-physiologique des voies biliaires et pancréatiques, et rappel des méthodes cholangiographiques, l'auteur décrit le reflux dans le Wirsung constaté fréquemment au cours des cholangiographies post-opératoires.

Il pense que quelle que soit la cause de l'imperméabilité de la région cholédoco-vatérienne :

Fonctionnelle (dystonies hypertoniques du sphincter),

Organique (obstacles mécaniques),

Le reflux ne peut se voir que si le confluent du cholédoque et du Wirsung dans le duodénum est le même.

L'auteur envisage alors les complications infectieuses causées par ce reflux (pancréatite aiguë, péritonite...).

Selon l'auteur, le radiologiste doit signaler l'existence du reflux, lui donnant sa juste importance, afin de soumettre au clinicien les éléments utiles pour la conduite thérapeutique.

P. Porcher.

W. H. Cole et **W. J. Grove** (Chicago). — **Persistance de symptômes après cholécystectomie, avec référence spéciale aux anomalies de l'ampoule de Vater** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 1, Juil. 1952, p. 73-82, avec 2 fig.).

C. et G. font une revue générale des causes de la persistance de symptômes après cholécystectomie et des traitements à y apporter. Mais ils insistent particulièrement sur les anomalies de l'ampoule de Vater, dont ils rapportent 2 observations.

La première est celle d'une femme de 55 ans, opérée de cholécystectomie 26 ans auparavant et ayant toujours souffert depuis. L'opération montra un cholédoque non dilaté, sans calculs, mais dans lequel l'introduction d'une sonde ne permettait pas l'entrée dans le duodénum. Par voie trans-duodénale on vit qu'il y avait une sténose du sphincter d'Oddi, on sectionna longitudinalement ce sphincter, ce qui amena la guérison.

Dans la seconde observation une femme de 42 ans, cholécystectomisée depuis 3 ans souffre depuis 1 an de l'hypochondre droit. A l'opération le cholédoque ne contenait pas de calculs. La duodénotomie montra du suc pancréatique clair dans le duodénum. L'ampoule de Vater permit l'introduction d'une sonde dans le canal pancréatique, mais on trouva difficilement l'orifice du cholédoque, qui était très petit et situé sur la paroi postérieure du Wirsung à 1,5 cm de sa terminaison. La section de cet orifice étroit donna issue à de la bile sous pression, ce qui indiquait une rétention. La malade resta guérie de ses douleurs pendant quelques mois, mais les résultats éloignés ne peuvent être précisés.

M. Guimbellot.

C. Hammesfahr (Lauchhammer). — **Opérations secondaires pour troubles duodénaux après interventions sur la vésicule** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 37, 1952, p. 1587-1589).

H. estime à 1 p. 100 des cas, les troubles d'évacuation gastrique consécutifs à la cholécystectomie; il les attribue aux réactions adhérentielles sous-hépatiques qui fixent de façon serrée le bulbe duodénal à la face inférieure du foie. Ces accidents peuvent devenir tels qu'ils imposent une nouvelle intervention.

L'auteur propose dans ces cas, après séparation des organes, l'interposition du grand épiploon entre le foie et le segment pyloro-bulbaire. Il suffit pour cela de fixer l'épiploon par quelques points de suture au voisinage du hile. Si la longueur de l'épiploon n'y autorise pas, on pourra toujours l'interposer entre duodénum et paroi abdominale antérieure, ce qui supprime au moins l'éventualité d'adhérences antérieures.

H. a réalisé 3 fois cette intervention avec succès; les accidents d'évacuation gastrique ont disparu; mais il ne s'agit encore que de cas récents, l'opération la plus ancienne datant de 1 an.

Pareille technique pourrait être étendue, suivant l'auteur, à d'autres types d'adhérences post-opératoires, notamment après interventions gastriques.

R. Gueullette.

Atilio J. Lasala (Rio de Janeiro). — **Séquelles post-cholécystectomie** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, vol. **23**, n° 2, Fév. 1952, p. 97-114, 16 fig.).

Cette étude analytique des nombreuses causes d'échec ou de complications de la cholécystectomie tire son intérêt de l'expérience très fournie de l'auteur, spécialiste

de la chirurgie hépato-biliaire et pancréatique dans le service de Ricardo Finochietto : 1 453 opérations, dont 1 133 depuis la mise en pratique de la cholangiographie per-opératoire.

Les séquelles de la cholécystectomie sont classées en 3 groupes de gravité croissante.

Le premier groupe comprend les syndromes douloureux et dyspeptiques mineurs, qui n'exigent qu'exceptionnellement une réintervention; y sont rangées : les insuffisances sécrétoires gastro-duodénale et pancréatique, l'insuffisance hépatique résiduelle, les dyskinésies de l'arbre biliaire. On regrette que la fréquence réelle de ces dyskinésies associées à la lithiase, ne soit pas chiffrée dans cette statistique. L'auteur ne précise pas la méthode de contrôle radiologique per-opératoire qu'il utilise, mais *il semble* que ce contrôle soit purement cholangiographique, et jamais, ou rarement, manométrique.

On croit comprendre aussi que l'auteur n'a pas eu recours aux divers traitements chirurgicaux associés à la cholécystectomie et dirigés contre ces dyskinésies associées : anastomose cystico-duodénale, papillotomie, drainage de la voie principale. Il n'en apporte en tous cas pas d'exemple personnel et déclare : « dans bien des cas, heureusement, ces altérations (dystoniques), peu avancées, sont améliorées par la cholécystectomie... en général le traitement des séquelles du type dyskinétique doit être médical pendant longtemps... »

Le second groupe de séquelles comprend les récidives franches, réalisant un syndrome aussi accusé que celui qui a nécessité la cholécystectomie. Ces récidives requièrent en général une cure chirurgicale. Ce sont : la lithiase résiduelle de l'hépatocholédoque (31 cas réopérés, dont 25 antérieurement cholécystectomisés dans un autre service); les lésions organiques du cholédoque terminal et du sphincter de Oddi (11 réinterventions = 1 p. 100; 5 papillotomies ou sphinctérotomies de Oddi, 2 cholédoco-duodénostomies externes, 4 dilatations instrumentales et drainages prolongés du cholédoque. Tous améliorés); la pancréatite chronique (2 cas traités par drainage prolongé de la voie principale); la lithiase résiduelle du cystique, et la maladie du cystique avec névrome du moignon (4 cas traités par ablation du moignon cystique). L'angiocholite résiduelle sans lithiase, traitée médicalement (tubages duodénaux, anti-infectieux); la persistance d'un fragment de vésicule (1 cas réopéré); les adhérences post-opératoires (2 cas où l'exploration cholangiographique et instrumentale à la réintervention ne put fournir aucune autre explication du syndrome douloureux); la fistule biliaire (les 21 opérations itératives qui figurent sous cette rubrique concernent des fistules après cholécystostomie).

Le troisième groupe de séquelles comprend les aggravations causées par l'opération : fistule biliaire ou sténose cholédocienne par blessure opératoire de la voie principale (27 réinterventions, dont 25 antérieurement cholécystectomisés dans un autre service) fistule duodénale (7 cas réopérés, 6 guéris, 1 mort) ou colique (2 cas); ligature accidentelle de l'artère hépatique droite; fistule biliaire due au tube de Kehr, provoquant par traction une angulation de la voie principale (1 cas réopéré avec succès). De très belles cholangiographies illustrent cet article (Images de calculs résiduels, d'oddite sténosante, de reflux wirsungien par spasme de Oddi, de pancréatite sténosante).

G. Edelmann.

R. Demel (Wien).— **Quelques résultats du traitement opératoire de la cholélithiase** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **64**, n° 19, 9 Mai 1952, p. 335-337).

Voici, chiffrés, les résultats de la pratique de D. en matière de lithiase cholédocienne.

130 opérations, divisées en 3 groupes :

Groupe I. — Cholélithotomie associée à la cholécystectomie : 120 cas.

a) Dans 62 cas (51 p. 100), drainage externe du cholédoque; 5 morts (8 p. 100), par ictère grave, hémorragies cholémiques, cholangite, accidents infectieux, thrombose portale).

b) Dans 36 cas (30 p. 100), drainage interne (calculs petits, boue biliaire), 5 morts (13,8 p. 100), par ictère grave, péritonite, phlegmons péritonéaux.

c) Dans 14 cas (12,5 p. 100), drainage externe du cholédoque associé à papillotomie trans-duodénale; 8 morts (57,1 p. 100) de mêmes causes;

d) Dans 5 cas (4 p. 100), drainage externe du cholédoque associé à cholédoco-duodénostomie interne trans-duodénale, pour calcul enclavé dans un diverticule juxta-vatérien; 1 mort par cholangite.

e) Dans 3 cas (2,5 p. 100), cholédocotomie supra-duodénale suivie de suture immédiate; 2 morts par péritonite; il faut abandonner la cholédocotomie idéale.

Groupe II. — Réintervention pour lithiase cholédocienne, après cholécystectomie simple sans exploration de la voie principale.

3 cas de cholédocotomies, suivies 2 fois d'anastomoses bilio-digestives, 1 fois de drainage externe; 3 guérisons.

Groupe III. — Récidive de lithiase cholédocienne après une première cholédocotomie.

7 cas de cholédocotomie itérative, avec 2 drainages externes, 4 drainages internes, 1 cholédoco-duodénostomie interne trans-duodénale; 2 morts par péritonite.

A noter, l'amélioration des résultats de 1946 à 1950 :

De 1946 à 1948, 6 morts sur 34 cas (17,6 p. 100); 1949, 2 morts sur 15 cas (13,3 p. 100); 1950, 2 morts sur 20 cas (10 p. 100).

Au total, sur 130 opérations, on relève : 23 morts opératoires (17,6 p. 100); 5 morts d'affections intercurrentes après plusieurs années; 19 malades non retrouvés; 83 malades suivis, dont 82 restent en bon état.

La précocité de l'indication opératoire peut seule amener une diminution du pourcentage encore très élevé des morts opératoires.

R. Gueullette.

H. Markus et **G. Lohmann** (Varel Oldenbourg). — **Sur la question des troubles consécutifs aux interventions sur les voies biliaires** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 37, 1952, p. 1579-1587).

Le traitement médical des affections des voies biliaires ne doit pas être exagérément prolongé; il faut opérer avant le stade des complications.

A côté des calculs passés inaperçus de la voie principale, des réactions cicatricielles et adhérentielles, des infections plus ou moins latentes, il convient de faire une place importante aux accidents d'origine neuro-végétative : dyskinésie canaliculaire ou sphinctérienne, que confirment les résultats de la splanchnicectomie et de l'énervation du cholédoque. On a noté en outre (Durante) des lésions histologiques, hypertrophiques et ischémiques de la musculature des canaux biliaires.

Il faut signaler la possibilité de désordres gastriques réflexes (par anacidité ou achylie) qu'expliqueraient peut-être une gastrite ou un simple reflux biliaire; des troubles de la digestion des graisses (la muqueuse vésiculaire sécrétant normalement une hormone capable d'activer la lipase).

Le rôle des adhérences post-opératoires semble, aux auteurs, secondaire.

Contre les accidents de sténose cicatricielle de la voie principale, les auteurs mettent en garde contre les abus de la cholédocotomie et de l'exploration cholédocienne systématiques, qui, d'une part aggravent le pronostic immédiat (9 à 20 p. 100 de mortalité chez les malades âgés), et d'autre part n'éliminent pas de façon radicale les troubles réflexes secondaires.

Il faut enfin compter sur l'éventualité d'affections organiques de voisinage (ulcère gastrique, atteintes hépatique ou pancréatique, appendicite, colite.)

La diversité des causes éventuelles apporte de grosses difficultés en ce qui concerne l'interprétation étiologique.

M. et L. ont opéré, de 1946 à 1951, 374 malades; ils n'ont fait de cholédocotomie que là où elle leur apparaissait formellement indiquée. La mortalité opératoire a été de 1,5 p. 100 pour les cholécystectomies, de 8,8 p. 100 en cas de cholédocotomie com-

plémentaire, de 25 p. 100 pour la cholécystostomie; enfin ils ont perdu 1 malade sur 3 cholécysto-duodénostomies. Ils ont noté que l'intervention à chaud au cours des 48 premières heures n'aggravait pas le pronostic.

Les suites éloignées ont pu être étudiées dans 262 cas; la disparition de tout trouble a été notée chez 92 p. 100 des hommes, chez 70 p. 100 des femmes; chez les autres malades ont persisté quelques malaises digestifs; 4,7 p. 100 seulement n'ont trouvé aucune amélioration.

Il n'y eut aucune récidive vraie de lithiase cholédocienne.

Les résultats ont été bons chez les 148 malades opérés en période aiguë.

Au point de vue technique, les auteurs préconisent l'incision trans-rectale, la cholécystectomie sous-séreuse, la voie rétrograde toutes les fois qu'elle est possible; s'ils drainent le cholédoque, ils le font par un drain en T qu'ils font sortir par une courte contre-incision latérale, pour éviter infection et déhiscence pariétales.

R. Gueullette.

PANCRÉAS

Lennart Kjellman (Stockholm). — **Quelques cas de pancréas aberrant** (*Acta Radiologica*, vol. **36**, fasc. 2, Août 1951, p. 89-96, avec 11 fig.).

L'auteur rapporte 4 cas de pancréas aberrant dont 2 ont été confirmés.

Les anomalies radiologiques se présentaient dans 1 cas au niveau de l'estomac, dans les autres cas au niveau du bulbe, où les images peuvent faire poser à tort le diagnostic d'ulcus. L'auteur insiste beaucoup sur l'importance de l'apparition au cours de l'examen de fins conduits remplis par la substance de contraste : lorsqu'ils peuvent être mis en évidence, on peut affirmer le diagnostic, malheureusement même dans des cas vérifiés, ils peuvent manquer.

P. Porcher.

Ciminata (Monza). — **Indications chirurgicales dans le traitement de la pancréatite aiguë** (*La Riforma medica*, an. **66**, n° 24, 14 Juin 1952, p. 645-648).

La pancréatite purulente primitive, si elle existe, est une maladie extrêmement rare; elle constitue au contraire le stade terminal de la pancréatite à genèse enzymatique lorsque cette affection évolue lentement.

La pancréatite aiguë (abdomen aigu supérieur) est avantageusement traitée par l'opération précoce. Cette opération doit consister dans l'ouverture de la loge pancréatique à travers les trois voies classiques (petit épiploon, ligament gastrocolique mésocolon et dans le tamponnement évitant soigneusement toute manipulation et à plus forte raison l'incision du tissu pancréatique.

C'est seulement quand il y a un calcul incarcéré dans l'ampoule qu'on fera le drainage hépatocholédoque; s'il n'y a pas de calcul, on fera une simple cholécystostomie. De plus en plus nombreux, du reste, sont les cas de pancréatite aiguë sans calculose biliaire.

Olivieri.

K. Klumpp (Berlin). — **Le traitement conservateur de la nécrose pancréatique aiguë par le blocage novocaïnique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 30, 1952, p. 1249-1260, avec 5 fig.).

K. a traité 4 cas de pancréatite aiguë (dont 1 après laparotomie exploratrice) par le blocage novocaïnique du sympathique, avec d'excellents résultats et cessation immédiate des douleurs; il a pratiqué quelques semaines plus tard la cholécystectomie.

Il souligne l'intérêt de quelques recherches de laboratoire : l'étude de l'hyperglycémie; celle-ci est à peu près constante et d'ailleurs passagère (15 jours); à la suite du blocage, on observe une légère ascension puis le retour au taux normal; l'étude de la lipase sanguine dont les variations ne sont pas spécifiques; l'augmentation

de la lipase s'observe dans d'autres circonstances (cancer); il faudrait pouvoir séparer chimiquement la lipase pancréatique des autres lipases (d'origine hépatique ou leucocytaire); l'épreuve de Rona-Michaelis n'y réussit pas, tout au moins dans la forme aiguë de la pancréatite;

L'étude du taux de diastase dans l'urine (méthode de Wohlgemuth modifiée par Baumann), dont l'augmentation représente le meilleur test; l'amylase sanguine et urinaire augmente dans les 24 premières heures de la pancréatite nécrosante, et dure 4 à 6 jours, puis revient lentement à la normale en même temps que cessent les accidents.

L'examen des courbes relevées sur les 4 malades traités est, sur ce point, du plus haut intérêt :

Un 1er tracé montre la chute de la valeur diastasique dès les minutes ou heures qui suivent l'infiltration novocaïnique (en même temps que l'état général s'améliore);

Un 2e tracé montre qu'après un blocage inefficace au niveau de L2, l'infiltration à la hauteur de D12 a amené un résultat immédiat;

Une 3e courbe précise que l'infiltration du côté droit est sans effet, alors qu'après infiltration gauche la réponse est immédiate;

Enfin le dernier tracé prouve que, si le blocage est fait très précocement (comme il le fut dans un cas après une laparotomie exploratrice), l'ascension du taux de diastase ne se produit pas.

L'action considérable du blocage sympathique n'est pas de nature à surprendre, si l'on veut bien envisager la part du système neuro-végétatif dans les différents symptômes :

Les douleurs surtout gauches, s'accompagnant d'une hyperesthésie cutanée dans le segment correspondant au pancréas (D8, s'étendant dans les formes sévères à D7 et D9), d'une hyperalgésie musculaire (zone de Mackenzie, points de Katsch), la mydriase gauche, très fréquente;

Les signes intestinaux (météorisme parfois localisé à gauche) relevant d'un réflexe viscéro-viscéral;

Le collapsus vasculaire enfin.

Et voici, en conclusion, comment K. comprend le mécanisme de la pancréatite nécrosante et explique les effets de l'infiltration ganglionnaire : au départ, des troubles circulatoires liés à l'irritation, sans doute inflammatoire, du plexus cœliaque, conduisant à la stase capillaire et à la diapédèse; les cellules pancréatiques insuffisamment irriguées meurent; elles-mêmes et les leucocytes activent la trypsine, qui, à son tour, attaque les capillaires et aggrave les désordres circulatoires; après quoi entrent en jeu les acides biliaires qui, par activation de la lipase, déclenchent la stéato-nécrose. Il s'agit en fait d'un véritable cercle vicieux, que l'infiltration ganglionnaire, en diminuant le tonus sympathique, interrompt, faisant ainsi immédiatement disparaître les symptômes fonctionnels et généraux de la maladie.

R. Gueullette.

Von H. Fahrländer (Basel). — **Sur le diagnostic de la pancréatite chronique** (*Gastroenterologia*, vol. **78**, fasc. 4, 1952, p. 205-226, avec 3 tabl.).

D'après l'étude de 34 observations, F. montre d'abord que seule la destruction totale du pancréas se traduit par des constatations coprologiques valables. Il analyse les recherches sur les ferments du sérum et du suc duodénal après incitation du pancréas par les vagomimétiques ou la sécrétine et décrit un test duodénal simplifié au mécholyl.

Cl. Olivier.

G. Marcozzi (Rome). — **Le cysto-adénome pancréatique dans son entité clinique, anatomo-pathologique et chirurgicale** (*Il Policlinico, Sez. chir.*, vol. **59**, n° 3, Juin 1952, p. 129-153).

Une femme de 26 ans présenta une tuméfaction abdominale de développement lent et progressif, qui détermina un déplacement excentrique de toute la masse intes-

tinale. La laparotomie montra un kyste du pancréas qui fut ouvert, vidé et méché. Malgré un traitement radiothérapique, la tumeur récidiva et une nouvelle opération fut faite un an après. Tumeur du volume d'une tête fœtale, avec déplacement gastrique vers la droite. Cette tumeur siégeant au niveau du corps du pancréas put être extirpée en même temps que la rate. La capsule pancréatique épaissie put être suturée à la mince surface de section du col du pancréas. Guérison.

Il s'agissait d'un kyste contenant 1 700 cm³ de liquide brun trouble, (trypsine). développé aux dépens de la partie antérieure du corps du pancréas. La paroi antérieure du kyste est uniloculaire, la paroi postérieure présente de nombreuses cavités. Le diagnostic histologique est le suivant : cysto-adénome papillifère du pancréas pluriloculaire à cellules cylindriques hautes.

Un traitement à l'insuline fut fait pendant la période post-opératoire, il fut suspendu 8 jours après. On n'eut plus à y revenir.

OLIVIERI.

Milone (Turin). — **La pancréatico-kysto-viscérostomie** (*Minerva medica*, an. **43**, vol **2**, n° 77, 24 Sept. 1952, p. 467-474).

Depuis l'année 1942, M. a pu étudier 5 cas de pancréatico-kysto-anastomose dans lesquels la stomie a été faite avec la face postérieure de l'estomac; par contre il n'a procédé qu'une seule fois à la marsupialisation d'un kyste trop volumineux localisé à la tête du pancréas chez une femme de 24 ans.

Une des observations concerne un homme de 65 ans chez qui on avait fait antérieurement une marsupialisation dont le résultat immédiat avait été favorable mais 1 an plus tard une nouvelle masse s'était reformée dans la région épigastrique et l'hypochondre gauche. Le résultat définitif fut très bon et contrôlé pendant 10 ans.

Dans le second cas le résultat fut également excellent et 9 ans après l'opération le malade jouit d'une excellente santé.

Rien d'important à signaler dans les 2 observations suivantes concernant 2 femmes de 58 et 42 ans : le résultat, contrôlé aux rayons X pendant plusieurs années, fut très bon; en revanche, dans le dernier cas, un homme de 67 ans, porteur d'un kyste contenant 1 500 cm³ de liquide avec adhérences très solides avec les organes voisins, mourut d'une embolie au 8ᵉ jour.

L'auteur recommande de faire une bouche large afin d'éviter la rétraction cicatricielle. Du point de vue anatomique, il s'agissait dans 4 observations de pseudokystes et 1 seul kyste vrai.

OLIVIERI.

RATE

Gershon-Cohen, M. B. Hermel, R. N. Byrne et L. S. Bringhurst (Philadelphie). — **Rupture de la rate : diagnostic radiologique** (*Radiology*, vol. **57**, n° 4, Oct. 1951, p. 521-528, avec 11 fig.).

Rappel des difficultés que l'on rencontre à faire le diagnostic de rupture de rate, surtout lorsque l'hémorragie a été tardive. Si les signes positifs sont peu nombreux, il est exceptionnel que l'un au moins ne soit présent. Les auteurs pensent que : la dilatation de l'estomac, le plissement cérébriforme du cardia, l'aspect dentelé de la grande courbure, le déplacement en bas et en dedans de la grosse tubérosité, l'encoche splénique sur l'angle gauche colique avec ouverture de celui-ci, sont des signes qui se voient plus couramment que le refoulement de l'estomac à droite, l'élévation de la coupole gauche, la compression du fundus, l'opacité et l'augmentation de l'ombre splénique ou la présence de sang libre dans le péritoine ou le mésentère.

Ils proposent de s'aider de certains moyens techniques tels que : les rayons obliques, l'insufflation colique et gastrique; et de multiplier les examens pendant la période pré-opératoire.

Ils ont obtenu aussi des images intéressantes de clivage rein-rate par le rétropneumopéritoine. Pas un mot de bibliographie française.

P. PORCHER.

Favre-Gilly et **Rendu** (Lyon). — **Purpuras thrombocytopéniques récidivants de l'enfance. Leur dégradation par la splénectomie** (*Lyon-Médical*, t. **187**, n° 41, 12 Oct. 1952, p. 225-230).

Observation I. — Jeune garçon qui fit, de 9 à 11 ans, 5 poussées de purpura thrombocytopénique avec hémorragies graves, séparées par des périodes de plusieurs mois d'accalmie complète avec disparition de tous les stigmates d'hémogénie. La splénectomie, jugée avec 2 ans de recul, paraît avoir été très favorable : crase sanguine trouvée normale à tous les examens, plus de poussée purpurique ni hémorragique, mais 2 crises d'urticaire, comme si des manifestations d'ordre allergique se reproduisaient sur un autre type, ne constituant plus de danger pour la vie du malade.

Obs. II. — Petite fille appartenant à une famille dépourvue de toute histoire hémorragique ayant présenté de 6 à 8 ans, 3 poussées purpuriques avec hémorragies profuses et tous les stigmates d'hémogénie. Entre ces crises, accalmies complètes de près de 1 année, avec, autant qu'on puisse le supposer sur un seul examen, disparition probable des stigmates hémogéniques. 2 années après une splénectomie pratiquée à l'âge de 9 ans, la crase sanguine est normale. L'enfant n'a pas refait d'hémorragie grave, mais a été atteinte d'un autre type de purpura rhumatoïde, abdominal et rénal, comme si des manifestations d'ordre allergique se reproduisaient sur un autre mode, non hémorragique et non thrombocytopénique, c'est-à-dire moins dangereux pour la malade.

Ces 2 observations ne peuvent être classées ni dans l'hémogénie vraie permanente congénitale ni dans les syndromes hémogéniques de cause endocrinienne probable. La splénectomie a permis de dissocier les 2 facteurs étiologiques supprimant l'hémogénie et la tendance aux hémorragies mais laissant subsister le terrain allergique.

Cl. Olivier.

S. P. Lucia (San Francisco). — **Le problème de la splénectomie dans les maladies de la rate** (*The Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **60**, n° 5, Mai 1952, p. 199-204, avec 7 fig.).

Brève revue générale de certains chapitres de la pathologie splénique (rate et hémolyse, hypersplénisme, influences du foie sur la rate) et tableau des indications et contre-indications de la splénectomie.

J. Loygue.

Otakar Horak, Milada Doberska et **Milan Mayer** (Prague). — **La chirurgie de la rate et ses résultats de 1939 à 1951 à la Clinique n° I de la Faculté de Prague** (*Rozhledy v Chirurgii*, an. **31**, n° 6-8, Juin-Sept. 1952, p. 144-155).

Au cours des 11 dernières années, dans la clinique du professeur Jirasek, 55 interventions ont été pratiquées, dont 52 splénectomies, 1 splénopexie et 2 excisions pour biopsie. La mortalité globale a été de 11 (20 p. 100) dont 4 d'origine traumatique (33 p. 100) et 7 de cause médicale (16 p. 100). Les affections les plus souvent notées sont : lésions traumatiques, 12 (21,81 p. 100), avec traitement parfois tardif (5,7 et même 41 jours après la blessure); ictère hémolytique 19 (34,54 p. 100) avec 2 décès; splénomégalie et anémie 10 (18 p. 100) avec 2 décès; purpura thrombopénique idiopathique 4, hémopathies pancytopéniques 3 avec 1 décès, anémie aplastique, tuberculose de la rate, syndrome de Banti, syndrome hémorragique. Les rates extirpées pesaient de 1 200 à 2 200 g.

Les indications majeures de la splénectomie restent donc les ruptures traumatiques de la rate et l'ictère hémolytique. Dans les anémies plastiques simples, 6 améliorations (60 p. 100) ont été constatées, mais dans les autres variétés d'hémopathies, avec neutropénie ou pancytopénie, par exemple, la splénomégalie n'est souvent qu'un symptôme d'accompagnement, capable de masquer à leur début soit une panmyélophtisie, soit une leucose aiguë dont l'évolution rapidement inexorable se poursuivra ensuite, et qui relèvent avant tout d'un traitement médical. Le mécanisme, la symptomatologie, et les complications des lésions traumatiques sont clairement exposés : hémorragie immédiate 7 fois, rupture en 2 temps 3 fois, pyléthrombose, adhérences douloureuses, volvulus du grêle, broncho-pneumonie.

Guy Henri.

APPAREIL URINAIRE

Von Pierre Eggimann (Basel). — **Étude radiographique d'un abcès paranéphrétique perforé dans le duodénum** (*Radiologia Clinica*, vol. **20**, n° 3, Mai 1951, p. 145-147, avec 4 fig.).

L'auteur rapporte un cas ou par un transit baryté classique, il a pu remplir une poche d'abcès paranéphrétique perforé dans le duodénum : la rareté de l'observation constitue son principal intérêt.

P. Porcher.

Ernest P. Carreau et **George A. Higgins** (Wichita, Kansas). — **Affections de l'ouraque. A propos de 3 observations personnelles** (*The American Journal of Surgery*, vol. **84**, n° 2, Août 1952, p. 205-211).

La 1re observation a trait à un kyste de l'ouraque infecté. La 2e à une granulomatose kystique de l'ouraque survenue chez un homme de 53 ans, se traduisant par des phénomènes douloureux et la découverte d'une tuméfaction de l'abdomen occupant l'hypogastre, de la symphyse pubienne jusqu'à 1 cm. au-dessous de l'ombilic.

L'intervention fut pratiquée par voie médiane. Le sigmoïde et le dôme vésical adhéraient à la tumeur ce qui nécessita une résection de la totalité de la calotte vésicale et aussi la résection d'un segment du côlon avec colostomie gauche. Guérison après fermeture de la colostomie.

L'observation 3 concerne un adéno-carcinome de l'ouraque frappant un homme de 59 ans qui avait subi, au préalable, une cystostomie avec le diagnostic de cancer inopérable. La biopsie avait, cependant, montré l'origine possible à partir de l'ouraque. Les hématuries continuent après cette intervention. A la cystographie, on découvre que la vessie refoulée est soulevée par une tumeur et, à la cystoscopie, on découvre une tumeur papillaire du dôme de la vessie.

Laparotomie. La tumeur adhère à la calotte vésicale et au côlon sigmoïde ainsi qu'à la paroi abdominale. Résection de la tumeur suivie de radiothérapie.

Lucien leger.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

W. Weidenmann (Berlin). — **Effets de la sympathectomie lombaire sur le testicule et la surrénale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 33, 1952, p. 1385-1393, avec 15 fig.).

W. apporte les résultats de son expérimentation sur le chat et précise les lésions tissulaires au cours des 8 mois après l'intervention. Son article est enrichi de nombreuses microphotographies.

1° Action sur le testicule. Le testicule du chat est en pleine activité fonctionnelle d'Avril à Juin. Le diamètre des tubuli contorti est de 180 à 220 μ; les canaux séminifères présentent 8 à 10 couches cellulaires; les spermatogonies montrent peu de mitoses, tandis que les spermatocytes se présentent dans toutes les phases de division; il y a peu de spermatides, et de nombreux spermatozoïdes. Le tissu interstitiel est dense.

2 mois après la sympathectomie, le tissu interstitiel apparaît très réduit. Si la résection a été unilatérale, les lésions sont peu marquées : on note que les spermatides, nombreuses, n'arrivent pas au terme de leur évolution, que la lumière élargie du rete testis est remplie de cellules.

Si la résection a été bilatérale, le nombre des couches cellulaires de la paroi des tubes séminifères est réduit à 3, à 6, les spermatozoïdes sont moins nombreux; au

milieu de tubes en pleine activité, d'autres sont en attitude de repos, quelques-uns en pleine dégénérescence; le diamètre des tubuli contorti est réduit à 130 μ, sans que le volume de la glande s'en trouve diminué.

Les lésions sont maxima au 6e mois; après quoi, spermatogonies et spermatocytes reprennent leur activité, le tissu interstitiel se densifie à nouveau. A partir de 7 à 8 mois, l'aspect redevient petit à petit normal, cependant que les spermatides tombées dans la lumière des tubes n'arrivent jamais à maturité.

De semblables constatations ont été faites sur des pièces biopsiques chez l'homme sympathectomisé.

2° Action sur la surrénale. La cortico-surrénale du chat est divisée en 3 zones nettement différenciées (glomérulaire, fasciculée, réticulaire); le tissu médullaire, dont la limite est bien individualisée, est séparé en lobules isolés.

Les lésions après sympathectomie sont ici maxima au 2e mois. La cortico-surrénale prend dans son ensemble un aspect homogène, les différentes zones perdant leurs caractères propres; les altérations sont particulièrement marquées au sein de la zone fasciculée, diminuée de largeur; on note dans la zone réticulaire voisine de la médullaire des lésions pycnotiques; les formations en lobules disparaissent au niveau de la médullaire, tandis que les cellules chromaffines, devenues plus petites, ne dépassent pas la taille des cellules chromophobes.

6 mois après l'intervention, les altérations au sein de la surrénale sont en pleine régression.

R. Gueullette.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

H. Schmitz et **J. T. Majewski** (Chicago). — **Résultats finaux du traitement du carcinome ovarien par la chirurgie et la radiothérapie profonde** (*Radiology*, vol. **57**, n° 6, Déc. 1951, p. 820-825).

Les auteurs rapportent 143 cas de néoplasme ovarien diagnostiqués sur des signes caractéristiques. Dans 65 p. 100 des cas, il existait une masse palpable. Les auteurs estiment qu'il faut au moins 12 mois d'évolution pour qu'une tumeur maligne donne une augmentation palpable de l'utérus (3 à 6 mois dans les tumeurs bénignes).

Ils ont eu 20 à 28 p. 100 de survie de 5 ans chez des femmes ayant subi une ablation totale et une radiothérapie intense. Si l'on exclut ceux découverts très tardivement, le pourcentage favorable est de 50 p. 100. Il semble donc que tous les efforts doivent porter sur le dépistage précoce de la maladie.

P. Porcher.

W. Schopper (Darmstadt). — **Le chorio-épithéliome** (*Deutsche medizinische Wochen schrift*, vol. **77**, n° 40, 3 Oct. 1952, p. 1218-1222).

Au cours d'une étude biologique assez ardue du chorio-épithéliome, l'auteur envisage les différents facteurs de régulation (notamment la decidua, certains éléments humoraux contenus dans le sang circulant et les tissus maternels) qui, au cours de la période fœtale, jouent un rôle dans l'évolution de l'ectoderme trophoblastique normal, et les suites plus ou moins sévères qui peuvent résulter des troubles de cette régulation.

Le chorio-épithéliome constitue, en raison de sa genèse, une forme très particulière de tumeur par inoculation, et montre, de ce fait, dans son comportement certaines différences avec les autres tumeurs malignes.

L'existence d'un chorio-épithéliome ne saurait être affirmée sur le vu d'un seul examen histologique, comme il en est pour les autres variétés de tumeurs; il s'agit ici plus d'un diagnostic biologique qui impose de multiples recherches (réactions répétées d'Aschheim-Zondek, test de Frankl).

Le problème biologique du chorio-épithéliome mérite une attention toute particulière, car ce type de tumeur représente en quelque sorte un pont entre les tumeurs par inoculation de l'animal et les tumeurs spontanées de l'homme.

R. Gueullette.

Herbert E. Schmitz, Charles J. Smith et **Chester J. Gajewski** (Chicago). — **Effets de l'irradiation pré-opératoire du cancer de l'endomètre** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **64**, n° 5, Nov. 1952, p. 952-970, avec 15 fig.).

Au moment du curettage biopsique les auteurs introduisent dans la cavité utérine une tube en Y porte-radium qui est enlevé après émission de 2 000 mg/h, puis remis en place 2 fois à 8 jours de distance. Pendant les périodes intercalaires radiothérapie profonde (4 000 r, 800 kV) par portes d'entrée multiples. Dans 63 cas l'hystérectomie a permis ensuite un contrôle valable; 75,67 p. 100 des pièces étaient après radiations indemnes de cellules cancéreuses. Pour les patientes suivies plus de 5 ans, la proportion de survies a été de 86,60 p. 100.

Au cours de la discussion de cette communication, Scheffey de Philadelphie et Kamperman de Detroit vinrent défendre des directives thérapeutiques analogues. Comme le souligne Arneson il est possible que pour le corps utérin ce problème des irradiations pré-opératoires commence à sortir de cet état fluide et plutôt confus où, de l'avis même de Novak, il se trouve jusqu'ici relégué.

Cl. Olivier.

J. Baud. — **Le rôle de la curiethérapie intra-cavitaire chez les malades traitées pour des cancers du corps utérin à la fondation Curie de 1919 à 1946 inclus** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, t. **39**, n° 3, 1952, p. 231-240, avec 1 tabl.).

Les indications thérapeutiques dans le cancer du corps de l'utérus sont de nouveau en discussion. Les résultats publiés par l'École Suédoise et par Gros, de Strasbourg, tendraient à faire adopter le traitement par le radium en place du traitement chirurgical qui est généralement pratiqué.

La présente statistique de l'Institut Curie ne plaide pas en faveur de cet abandon du traitement chirurgical. En effet, si on la résume, on a les résultats suivants : Sur 125 malades, 54 eussent été opérables; le traitement par le radium intra-utérin, associé ou non à d'autres irradiations a donné 18 guérisons de 5 ans, dont il faudrait soustraire 2 cas qui ont été hystérectomisés systématiquement après curiethérapie, chez lesquels l'examen des pièces a montré la persistance de cellules cancéreuses, et qui ont guéri.

Sur 29 cas inopérables, la curiethérapie n'a donné qu'une seule guérison; encore a-t-elle été obtenue de façon surprenante par la roentgenthérapie seule.

Sur 42 récidives régionales après hystérectomie (lésions vulvaires et vaginales), on a obtenu 5 guérisons. Ce sont, semble-t-il, les résultats qu'on peut mettre le plus nettement à l'actif de la curiethérapie.

P. Moulonguet.

Sidney M. Silverstone, W. Harris et **Maurice Greenberg** (New-York). — **Radiumthérapie du cancer du col utérin par un nouveau type de colpostat.** (*Am. Journal of Roentg, and Radiumtherapy*, vol. **67**, n° 2, Fév. 1952, p. 294-299).

Les auteurs décrivent la méthode employée à l'hôpital Mount Sinaï pour le traitement du cancer du col. Ils décrivent un nouveau colpostat qui permet la mise en place et le maintien du radium dans le vagin. La dose est calculée en 6 points précis, déterminés, du bassin (point A : triangle paracervical, B : paramètre latéral, C : col, V : base de la vessie, R : paroi rectale antérieure, F, tête du fémur).

Pour les auteurs, l'avantage de ce nouveau type de colpostat est de permettre la dose maximum possible dans le paramètre latéral.

P. Porcher.

Daniel G. Morton et **William Dignam** (San Francisco). — **Causes de mort chez les malades traités pour cancer du col** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*. vol. **64**, n° 5, Nov. 1952, p. 999-1010, avec 1 fig. et 7 tabl.).

Supériorité de la chirurgie sur les radiations pour les stades I et II, prépondérance quelle que soit la thérapeutique des récidives locales sur les autres causes de décès,

telles sont, peut-être, les deux conclusions les plus pertinentes de cet important travail. Parmi les 713 malades traités de 1931 à 1946 pour cancer du col à l'hôpital de l'Université de Californie à San Francisco, M. et D. ont pu obtenir des précisions sur les causes de décès de 492 patients. Pour 409, il fallait incriminer le cancer. Pour 9, bien que l'observation ait été classée parmi les stades I, la mort survint dans l'année par évolution locale. Sur l'ensemble des cas, 29 soit 7,1 p. 100 moururent de récidive locale ou surtout de métastases, de 5 à 10 ans après le traitement. Sur 18 malades, parmi 97 lymphadénectomies pour lesquelles l'envahissement des lymphatiques régionaux avait été prouvé, 5 survécurent plus de 5 ans et 2 seulement sont encore vivantes. Cette publication complète mais n'efface pas les statistiques déjà publiées en d'autres pays : il ne s'agit pas, en effet, de contrôles nécropsiques mais de renseignements obtenus par l'examen clinique peu avant la mort, voire même par simple communication de certificats de décès.

Cl. Olivier.

M. Dargent et **J. Papillon.** — **Les tumeurs métastatiques secondaires des membres inférieurs au cours de l'évolution du cancer du col de l'utérus** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, t. **39**, n° 3, 1952, p. 239-249, avec 4 fig.)

2 observations de métastase, l'une de la diaphyse tibiale (sans examen histologique de la lésion ostéolytique), l'autre avec 2 localisations : tibiale et ischio-pubienne.

Cette dernière observation, plus complète, est intéressante parce que le cancer de l'utérus avait passé inaperçu. La lésion tibiale avait été opérée et avait donné naissance à un bourgeon cancéreux dont la biopsie a la structure d'un épithélioma cylindrique.

Les auteurs ont cherché à collationner les métastases, qui sont assez rares, du cancer du corps utérin. Ils ont remarqué qu'elles siégeaient presque toutes aux membres inférieurs. Plusieurs d'entre elles, au reste, sont plutôt des extensions de proche en proche que de véritables métastases par voie sanguine.

P. Moulonguet.

H. Zacherl (Wien). — **Le traitement de la récidive du cancer du col** (*Der Krebsarzt*, vol. **7**, n^{os} 7-8, 1er Août 1952, p. 210-219).

Par récidive, il faut entendre la reprise de l'évolution de la tumeur au lieu ou au voisinage immédiat de la lésion initiale, après une période de guérison objective et subjective que d'aucuns fixent à 2 mois. Les grandes variations relevées dans les statistiques de fréquence s'expliquent par la diversité des définitions.

Malgré les progrès réalisés en matière de traitement du cancer du col, il faut compter globalement sur 50 p. 100 de récidives, la plupart au cours de la 1re année; après 3 ans, les chances de guérison définitive sont de 90 à 92 p. 100; après 5 ans, la récidive est exceptionnelle.

Son diagnostic est difficile, parce qu'il est malaisé d'apprécier cliniquement la nature d'une infiltration résiduelle de la région, parce que certaines régions au contact de la paroi pelvienne restent inexplorables à l'examen clinique et aux touchers les mieux conduits. Et comment, si quelque induration est perçue, faire la part d'une inflammation restante ?

Aussi convient-il d'apporter un intérêt particulier aux signes généraux (perte de poids, anémie, œdèmes et douleurs irradiées des membres inférieurs, signes urinaires, constipation), d'étudier le temps de sédimentation, la formule leucocytaire.

Les difficultés sont particulièrement considérables si la tumeur a été irradiée; dissimulés dans un tissu cellulaire longtemps infiltré, des noyaux néoplasiques peuvent ne reprendre leur développement qu'après un temps de latence assez long.

Le secours de l'histologie enfin est devenu incertain; et la ponction des zones suspectes à travers les culs-de-sac vaginaux dans l'espoir de découvrir et d'identifier des cellules cancéreuses par la méthode de Papanicolaou, reste bien aléatoire.

Devant de pareils incertitudes, le mieux ne serait-il pas d'irradier tous les cas douteux ?

Trois possibilités thérapeutiques peuvent être discutées.

1° Le traitement chirurgical est souvent rendu impossible du fait des extensions, à moins que l'on accepte les risques mortels d'une éviscération pelvienne peu défendable. Cependant les cas traités initialement par la chirurgie laissent parfois place à des interventions secondaires, dont l'indication dépend du siège plus que du volume, de l'allure évolutive, du nombre des noyaux, de l'extension. Plus souvent peut-être, le chirurgien entreprendra des interventions palliatives (colostomie, opérations urinaires, etc.) qui amélioreront le sort des malades et leur rendront la vie possible.

2° L'emploi des radiations, qui a suscité de nombreux travaux et fait apparaître de multiples procédés, reste limité par la tolérance des organes pelviens; entre le sous-dosage, inopérant, et le surdosage, dangereux, il y a peu de place. Z. utilise Ra ou RX suivant les cas; il défend ici les avantages des feux croisés et du fractionnement des doses, et précise quelques détails de sa propre technique.

3° Restent les moyens médicaux connus, vitamines, transfusions, colchicine, urée, et, contre la douleur, la cholantine qui permettra de rejeter au plus tard possible l'utilisation de la morphine.

De tant de moyens, Z estime que l'on peut attendre 10 p. 100 de guérisons.

R. Gueullette.

M. Berlemont (Bamako). — **Remarques à propos de la cure chirurgicale d'une série de 34 fistules vésico-vaginales post-partum en milieu africain** (*Bulletin Médical de l'Afrique Occidentale Française*, t. **9**, fasc. 1, 1er-2 Fév. 1952, p. 147-170).

En 2 ans, à l'Hôpital du Point « G » de Bamako, B. a observé 34 cas de fistules vésico-vaginales, toutes des fistules *post-partum*, dues quelquefois à des déchirures, mais plus souvent à la chute d'une escarre par ischémie après des accouchements dystociques non surveillés.

Les lésions, toujours médianes, vont de la fistule punctiforme à l'énorme orifice résultant de la disparition complète de la paroi vésicale inférieure et de la paroi vaginale supérieure. Elles se compliquent d'atrésie cicatricielle du vagin et d'inflammation chronique des téguments et des muqueuses.

Les femmes qui en sont atteintes sont toujours en état de carence, présentent des troubles hépatiques, du paludisme, de la dysenterie. 75 p. 100 d'entre elles sont syphilitiques.

Il existe parfois en même temps des lésions du rectum et de l'anus, qu'il importe de guérir avant de traiter la lésion urinaire.

Les lésions sont réparables s'il persiste des tissus de l'ancienne paroi que l'on puisse rapprocher, si ces tissus sont restés souples, si le sphincter vésical est conservé. Elles sont irréparables si le plancher vésical et la paroi vaginale correspondante ont disparu; si le sphincter vésical et l'urèthre ont été détruits.

La réparation des tissus. — La voie vaginale a été seule employée, simple ou élargie en voie vagino-périnéale. L'opération doit être précédée d'une période de préparation minutieuse, durant parfois plusieurs mois et comportant un traitement de propreté, un traitement anti-infectieux et un traitement général, éventuellement un traitement intestinal.

La technique opératoire comporte, après l'excision des bords de l'orifice fistuleux, le dédoublement poussé aussi loin que possible, puis la suture faite sur la paroi qui paraît la mieux étoffée, soit paroi vésicale avec plusieurs plans successifs, soit paroi vaginale avec un seul plan affrontant largement. La suture des deux parois est à éviter à cause du danger d'hématome interstitiel. Les résultats ont été meilleurs avec la suture vésicale qu'avec la suture vaginale.

Pour les fistules d'abord difficile, B. a utilisé la voie vagino-périnéale de Picot.

Voici les résultats obtenus : sur 16 cas, 11 malades sont sorties guéries, 2 améliorées, mais incomplètement guéries; pour 3 malades il y a eu échec. Sur les 11 guéries

8 ont été guéries du premier coup, les 3 autres ont eu des interventions multiples, jusqu'à 5.

Les cas incurables. — Ce sont les lésions qui ont fait disparaître le col vésical et l'urèthre et les lésions, fréquentes, où tout plancher vésical a disparu.

Seule l'urétérostomie intestinale est possible.

Du point de vue technique, il faut réaliser une anastomose perméable à l'urine et extérieurement étanche, éviter le long cheminement de l'uretère entre muqueuse et séro-musculeuse, proscrire l'abouchement de tout uretère dilaté à mauvaise contractilité, éviter les anastomoses qui tirent, amener l'intestin à l'uretère et non l'uretère à l'intestin, éviter les coudures et les dénudations excessives de l'uretère, les points de suture fixant la paroi urétérale, proscrire les anastomoses coliques droites.

B. préfère aux procédés intra-péritonéaux, les procédés extra-péritonéaux beaucoup plus sûrs.

Les anastomoses ont toujours été faites en 2 temps, le 1er temps étant fait à droite.

Sur 18 cas, il y a eu 13 guérisons : 1 évasion après le 1er temps, 4 décès ; 4 anastomoses ont échoué : 2 de ces cas ont guéri par néphrectomie.

PIERRE MOCQUOT.

MEMBRE SUPÉRIEUR

K. Schiltenwolf (Berlin). — **Sur 1 cas rare de chondrome de l'articulation de l'épaule** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. 77, n° 30, 1952, p. 1274-1282, avec 2 fig.).

Le chondrome articulaire, le plus souvent unique, parfois à double localisation symétrique, jamais multiple, se différencie nettement de la chondromatose osseuse et du chondrome solitaire de l'os.

S. en rapporte une observation détaillée. Traité depuis 13 ans pour rhumatisme, puis pour tuberculose de l'épaule droite, cet homme de 65 ans se présentait le bras droit soutenu en abduction à 30° par la main gauche : le moindre mouvement réveillait des douleurs violentes ; la musculature était atrophiée, la peau amincie, brillante ; la palpation de l'épaule révélait des masses profondes, ici mollasses, là franchement dures : il n'y avait ni rougeur, ni élévation de la température locale : la radiographie montrait des masses irrégulières formées de grains opaques au-dessus de la coracoïde, et descendant le long du bord axillaire de l'omoplate : plusieurs grains disséminés siégeaient au voisinage de la face interne de l'humérus. La tumeur principale, du volume d'une pomme, fut extirpée ainsi que quelques nodules de mêmes caractères situés le long de la longue portion du biceps. Histologiquement, il s'agissait d'un chondrome.

S. relève de curieuses analogies de localisation avec un cas antérieurement publié par Hagemann.

Au point de vue de la pathogénie, il rappelle les 4 théories : infectieuse (actuellement rejetée), traumatique, métaplasique (des cellules synoviales évoluant vers le tissu cartilagineux), embryonnaire enfin. Mais rien n'explique cette localisation habituellement mono-articulaire.

Le diagnostic est difficile tant que la tumeur n'est pas calcifiée et opaque aux rayons X, tant que son volume ne permet pas sa perception à travers les masses musculaires. Radiologiquement, on note souvent une importante décalcification des os du voisinage, parfois même des lésions apparemment destructives qui évoquent la tuberculose.

Au point de vue thérapeutique, on a fait la résection de l'article, l'extirpation de la tumeur avec la capsule, voire la résection de la tête. En vérité, il faut s'en tenir à l'intervention minima : n'a-t-on pas vu parfois la disparition spontanée d'éléments laissés en place par l'opérateur ? ce qui a conduit quelques auteurs à préconiser l'abstention dans l'attente de la guérison spontanée. Suivant S., il convient de tenir compte de l'articulation intéressée et de son importance fonctionnelle, de la gravité

des troubles observés, du volume de la tumeur et des progrès de son accroissement. Il semble sage, si l'on intervient, d'enlever la capsule.

On fera toujours l'examen histologique de la pièce, quelques cas de transformation sarcomateuse ayant été observés.

R. Gueullette.

MEMBRE INFÉRIEUR

Manuel Casanueva del C. (Chili). — **La chirurgie dans les thrombophlébites et phlébothromboses des membres inférieurs** (*Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile*, t. **2**, n° 2, Juin 1950, p. 99-107).

Dans cet article, l'auteur expose sa ligne de conduite thérapeutique vis-à-vis des thromboses veineuses post-opératoires, mais n'apporte aucun résultat personnel. Ses conceptions semblent s'inspirer avant tout des travaux d'Allen, de Bauer et d'Ochsner. Il adopte les positions de ces auteurs sur le début distal de la thrombose, la distinction entre thrombophlébite et phlébo-thrombose, la valeur des petits signes cliniques d'alarme, l'efficacité de la thérapeutique anti-coagulante.

En dehors des mesures habituelles de prophylaxie des thromboses, C. admet le principe de la thérapeutique préventive par les anticoagulants, à partir du 2e-4e jour post-opératoire, mais seulement dans des cas choisis : antécédents de thrombose ou d'embolie, varices importantes, sénilité, obésité, hyperplaquettose, opérations importantes sur le tractus digestif, la prostate ou gynécologiques. Ces conditions de prédisposition à la thrombose légitiment la ligature préventive des veines fémorales superficielles, si les anticoagulants se trouvent contre-indiqués.

En cas de thrombose déclarée, la thérapeutique anticoagulante est la première mesure à mettre en œuvre; les opérations de ligature veineuse sont de mise :

1° Lorsqu'il existe une contre-indication aux anticoagulants;

2° Lorsqu'une hémorragie nécessite leur interruption précoce;

3° Lorsqu'une embolie survient malgré eux.

4° Lorsqu'ils n'apportent pas une amélioration franche (progression de l'œdème, atteinte du membre opposé).

Cette ligature veineuse doit s'accompagner de la section du vaisseau, pour éviter l'irritation sympathique. Le siège de la ligature (veine fémorale superficielle ou commune, veine iliaque primitive, veine cave) dépendra des signes cliniques et des constatations opératoires : Les infiltrations anesthésiques du sympathique lombaire sont réservées aux seuls cas où le veino-spasme est manifeste. Elles contre-indiquent la thérapeutique anti-coagulante, en raison des dangers d'hémorragie interne.

G. Edelmann.

G. Meins (Hamburg). — **Complications graves après enclouage du col du fémur** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 39, 1952 p. 1653-1658, avec 4 fig.).

Relation de 3 observations, concernant une fracture du clou chez un tabétique, et 2 cas de nécrose de la tête fémorale.

M. rapporte à ce propos une statistique comparative de Maatz : on y voit d'une part 170 fractures non enclouées, avec 45 p. 100 de consolidations osseuses, 10 p. 100 d'arthrites déformantes, 4 p. 100 de nécroses partielles, 38 p. 100 de pseudarthroses sans nécrose, 3 p. 100 de pseudarthroses avec nécrose totale (soit 45 p. 100 de mauvais résultats);

D'autre part, 142 fractures enclouées, avec 59 p. 100 de consolidations osseuses, 11 p. 100 d'arthrites déformantes, 10 p. 100 de nécroses partielles, 11 p. 100 de pseudarthroses avec nécrose totale, 9 p. 100 de pseudarthroses sans nécrose (soit 30 p. 100 de mauvais résultats).

Il semble qu'une exacte réduction et un repos au lit suffisamment prolongé soient les conditions d'un bon résultat.

La nécrose partielle ou totale, dont il n'est pas toujours aisé de juger sainement sur le vu des clichés, ne signifie pas absence de consolidation osseuse et échec.

Mais tous les cas de nécrose ne doivent pas être portés au compte d'une technique imparfaite.

R. Gueullette.

F. J. Ankner et **M. C. Nelson** (Minneapolis). — **Ostéotomie primaire pour le traitement des fractures intra-capsulaires du col du fémur** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 1, Janv. 1952, p. 69-78, avec 5 fig.).

A. et N. traitent les fractures intra-capsulaires du col du fémur par une ostéotomie cunéiforme faite primitivement. Le coin osseux enlevé a son sommet au niveau du petit trochanter, sa base externe, sa limite inférieure perpendiculaire à l'axe de la diaphyse. Avant de le tailler, une plaque métallique coudée est fixée au grand trochanter par 3 longues vis d'obliquité différente, pénétrant dans le fragment céphalique et le fixant à la base du col. Après la taille du coin, la bascule de l'extrémité supérieure du fémur, place l'axe du col dans le prolongement de l'axe de la diaphyse; 2 nouvelles vis, fixant la partie inférieure de la plaque à la diaphyse, maintiennent cette position. Le coin osseux réséqué est débité en petits fragments, servant de greffons osseux placés dans la ligne d'union de la diaphyse au massif trochantérien.

A. et K. commentent longuement les résultats obtenus dans les 45 premiers cas traités par cette méthode. Il y a eu 1 mort opératoire, et 11 autres morts à des dates plus tardives. Les résultats fonctionnels purent être évalués dans 24 cas dont 19 avaient une consolidation osseuse et 5 une pseudarthrose. Chez les consolidés il y avait 90 p. 100 de résultats satisfaisants. Pour les 5 pseudarthroses, 3 bons résultats et 2 non satisfaisants.

M. Guimbellot.

Harold R. Bohlman (Baltimore). — **Arthroplastie reconstructive de la hanche** (*The American Journal of Surgery*, vol. **84**, n° 3, Sept. 1952, p. 268-278, avec 18 fig.).

Des travaux expérimentaux personnels à l'auteur l'avaient conduit à choisir sur l'animal un matériel de prothèse tel que l'or et le platine. Mais pour des raisons d'ordre matériel, c'est aux prothèses de Vitallium qu'il eut recours chez l'homme et il mit au point, en 1939, une tête prothétique montée sur une sorte de clou à aillettes dont il donne la reproduction photographique.

L'auteur fait état d'une série d'observations dont certaines remontent à 13 ans dans lesquelles il s'est attaqué soit à des pseudarthroses soit à des arthrites post-fracturaires. Différents types de prothèse ont été utilisés. L'auteur en arrive à proposer une prothèse double : l'une solidaire du fémur comportant une attelle externe ou interne que l'on vissera sur la diaphyse et sur laquelle est branchée une pièce femelle que l'on enfoncera dans l'épaisseur du col; l'autre, une pièce mâle comportant une tête et un col prothétiques, ce dernier se terminant par un pivot que l'on enfoncera dans la pièce femelle, celle-ci renforçant le fragment de col et le massif trochantérien.

Lucien Leger.

Le Gérant : G. Masson.

13.701. — Arrault et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 2e trimestre 1953. — N° d'ordre 1.667, Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

L'arthrodèse sacro-iliaque.

Par MM.

André SICARD et Albert MOULONGUET

(Paris).

L'articulation sacro-iliaque est celle dont l'arthrodèse a certainement suscité le plus grand nombre de techniques.

C'est cependant une articulation dont les mouvements sont si restreints que les indications de son ankylose chirurgicale ne paraissent pas fréquentes.

Elles sont restées longtemps limitées à la sacrocoxalgie où elles furent fort bien précisées par André Richard et ses collaborateurs.

Chez l'adulte, pour raccourcir la durée si longue de l'évolution et pour éviter les récidives plus ou moins tardives d'un foyer mal guéri, l'arthrodèse est la tendance thérapeutique actuelle, mais, comme pour toutes les tuberculoses ostéo-articulaires, elle doit être pratiquée après une période de repos et de traitement général en attendant une limitation des lésions et un début de recalcification.

Faite à temps, avant l'apparition des abcès ou après leur parfait assèchement, elle donne de bons résultats.

Mais actuellement les indications de l'arthrodèse sacro-iliaque ont largement dépassé le cadre de la sacrocoxalgie. Elles s'étendent à quelques arthrites chroniques non tuberculeuses et à certaines arthroses douloureuses rebelles dont l'étude a été faite récemment par Ingelrans et Oberthur.

Pour comprendre leur réalité clinique, il faut se rappeler que le rôle physiologique de l'articulation sacro-iliaque, pour être restreint, n'en est pas moins important, puisque c'est par son intermédiaire que le poids du corps est transmis aux membres inférieurs. En devenant ainsi une articulation de charge, elle s'intègre à l'ensemble du carrefour lombo-sacro-iliaque.

La constitution anatomique de l'articulation correspond mal à la fonction qui lui est destinée. Le sacrum est une curieuse clef de voûte. Ses faces mal taillées sont parallèles à la direction des pressions qui s'exercent sur elles. Ce mauvais équilibre est heureusement compensé par trois faits qui protègent en grande partie l'articulation :

1° L'irrégularité des surfaces articulaires réalise un véritable engrenage entre le sacrum et les os iliaques.

2° La puissance des moyens d'union, ligaments postérieurs et muscles, constitue la masse fibreuse la plus résistante de l'organisme.

3° La rigidité de l'arc antérieur du pelvis contribue à fixer en arrière le pilier sacré.

Ainsi formée, l'articulation sacro-iliaque présente une certaine solidité, mais, malgré cela, elle est exposée aux traumatismes et surtout aux microtraumatismes qui y jouent un rôle indiscutable et qui peuvent y marquer leur empreinte.

Comme les ligaments et la capsule possèdent une très grande richesse d'innervation, on comprend que toute atteinte de l'articulation sacro-iliaque puisse laisser des séquelles douloureuses.

Les sacrocoxites de nature variable, ostéomyélitiques, mélitococciques, échinococciques, bien que rares, ont parfois posé des indications chirurgicales.

Le rhumatisme chronique dégénératif, la spondylarthrite ankylosante touchent l'articulation sacro-iliaque avec une très grande fréquence, mais la diffusion des lésions fait que cette localisation n'occupe jamais le premier plan de la thérapeutique.

Par contre, l'arthrose, cette affection d'usure, qui apparaît en dehors de tout signe d'inflammation et sur laquelle J.-A. Sicard, puis Massart avaient déjà attiré l'attention, qu'elle soit d'origine statique ou traumatique, peut relever du traitement chirurgical. Elle est, dans le chapitre dit des « arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses » l'indication la plus fréquente de l'arthrodèse.

Elle constitue une lésion chronique, douloureuse, évolutive, gênant la marche et pouvant aboutir à une véritable infirmité.

Depuis qu'on la connaît mieux, on la découvre avec une plus grande fréquence et on parvient, grâce surtout aux radiographies, à la diagnostiquer parmi les syndromes lombo-sacralgiques et lombo-sciatiques.

Elle peut exister sur une seule ou sur les deux articulations sacro-iliaques et s'associe très souvent à l'arthrose lombo-sacrée, ce qui explique, quand elle est négligée ou méconnue, certains échecs fonctionnels des greffes lombo-sacrées.

On trouvera ailleurs la description de l'arthrose sacro-iliaque que l'un de nous a donnée avec Georges Pruvot.

Tout trouble statique peut, comme au niveau des autres articulations, retentir sur la sacro-iliaque : raccourcissement ou attitude vicieuse d'un membre inférieur, luxation ou subluxation de la hanche, ankylose coxo-fémorale, déséquilibre vertébral, ankylose pottique, scoliose, instabilité de la V^e^ lombaire, sacralisation, spondylolisthésis, sacrum horizontal, etc.

Un traumatisme important, direct ou indirect, même sans fracture, peut être à l'origine d'une ostéose condensante.

Mais ce sont surtout les microtraumatismes, auxquels exposent certaines professions (efforts répétés, soulèvement de lourdes charges, etc.) qui provoquent l'arthrose.

Sans doute faut-il invoquer parfois la prédisposition du terrain. Il s'agit souvent de femmes ménopausées, obèses, insuffisances thyro-ovariennes, cellulitiques, ce qui prouve l'importance du facteur endocrinien. L'hyperlaxité des ligaments au cours de la grossesse et du post-partum joue également un rôle favorisant et explique que les femmes sont plus

souvent atteintes que les hommes et qu'il s'agit fréquemment de multipares.

Nous n'avons d'ailleurs pas la pensée de discuter, dans ce travail réservé à la technique, ni la thérapeutique, ni les indications chirurgicales de ces syndromes douloureux. Les traitements médicaux, physiothérapiques et orthopédiques en soulagent un grand nombre. Il n'en reste pas moins que dans les cas rebelles, lorsqu'on recherche la stricte immobilisation de l'articulation, le corset est peu efficace. Aucun corset ne parvient, en effet, jamais à bloquer complètement les sacro-iliaques. On a alors recours à l'arthrodèse dont les résultats sont, dans l'ensemble, favorables.

« Le vrai traitement des arthrites sacro-iliaques chroniques non tuberculeuses, est le verrouillage de l'articulation. En bénéficieront toutes les arthrites après échec ou insuffisance du traitement médical et orthopédique et s'il n'y a pas de contre-indication à toute opération. » (Ingelrans et Oberthur.)

Anatomie chirurgicale.

L'articulation sacro-iliaque n'est directement accessible que sur sa face antérieure, endopelvienne. Or cette face, rétro-péritonéale, est profonde. Son abord chirurgical est interdit par l'important plan vasculo-nerveux qui la recouvre.

C'est la raison pour laquelle toutes les techniques opératoires utilisent

Fig. 1. — *La surface articulaire de l'os iliaque.* La portion verticale est légèrement oblique en bas et en avant. La portion horizontale est fortement oblique en bas et en arrière. P. Pyramide.

la voie d'abord postérieure. Mais en arrière l'articulation se trouve profondément située sous l'épais massif iliaque postérieur et les importantes masses musculaires qui s'y insèrent (grand fessier, masse sacro-lombaire). Elle ne peut être atteinte qu'en traversant l'os iliaque. Aussi les arthrodèses ne sont-elles faites qu'à distance ou à travers l'os iliaque.

Pour opérer une articulation sacro-iliaque, il importe d'imaginer son orientation telle qu'elle existe, ce qui est moins simple qu'on ne le sup-

pose, car aucun schéma ne donne sur elle une exactitude parfaite. Il faut également, quand on exécute une arthrodèse transarticulaire, connaître de façon précise les rapports vasculo-nerveux antérieurs et, en particulier le passage du tronc lombo-sacré qui repose directement sur le plan ostéo-fibreux.

C'est pour préciser ces détails que nous avons étudié sur 20 sujets les surfaces articulaires et les rapports exacts de la face antérieure de l'interligne avec les troncs nerveux.

Surfaces articulaires. — Malgré les multiples variantes morphologiques des surfaces articulaires dont la concavité et l'angulation sont

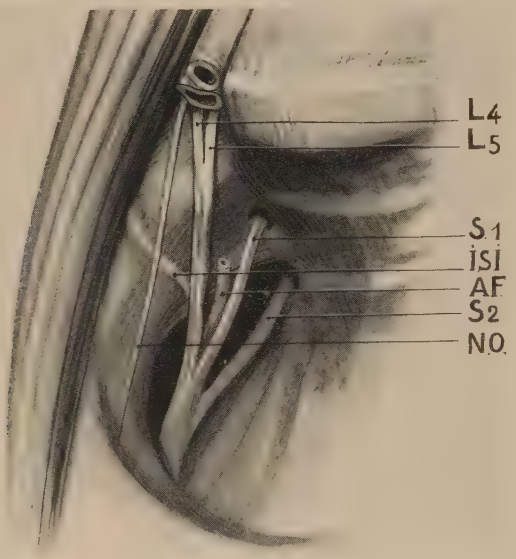


Fig. 2. — *Rapports de l'articulation sacro-iliaque avec le plan nerveux antérieur.* Le tronc lombo-sacré croise la partie inférieure de l'interligne.
L4, branche de la 4e racine lombaire; L5, 5e racine lombaire; S1, 1re racine sacrée; I. S. I., interligne sacro-iliaque; A. F., artère fessière; S2, 2e racine sacrée; N. O., nerf obturateur.

souvent mal marquées, la comparaison de Cruveilhier avec une équerre ou un croissant est, dans la majorité des cas, exacte. L'angle répond en avant sur le sacrum au bord antérieur épais de l'aileron et en arrière sur l'os iliaque au gros tubercule dénommé pyramide (fig. 1).

La portion verticale est légèrement oblique en bas et en avant. Son bord antérieur, d'une longueur moyenne de 3,7 p. 100, se trouve toujours sur la même ligne que le bord externe de la grande échancrure sciatique.

La portion, dite horizontale, est, en réalité, fortement oblique en bas et en arrière. Son bord inférieur, d'une longueur moyenne de 5,5 cm, se projette 1/2 cm au-dessus du bord supérieur de l'échancrure.

La largeur de la surface articulaire, de 1,7 cm en moyenne, est sensiblement la même au niveau des deux portions.

Rapports de la face antérieure de l'interligne avec les nerfs — Les rapports proches et dangereux de l'articulation sont constitués moins par le nerf obturateur que par le nerf lombo-sacré. Ces deux troncs, en effet, ne restent pas dans le même plan frontal.

Le nerf obturateur quitte la plan osseux contre le bord interne du psoas et, comme lui oblique en bas et en dehors, croise bien l'interligne sacro-iliaque à 1 cm au-dessus du détroit supérieur, mais sur un plan nettement

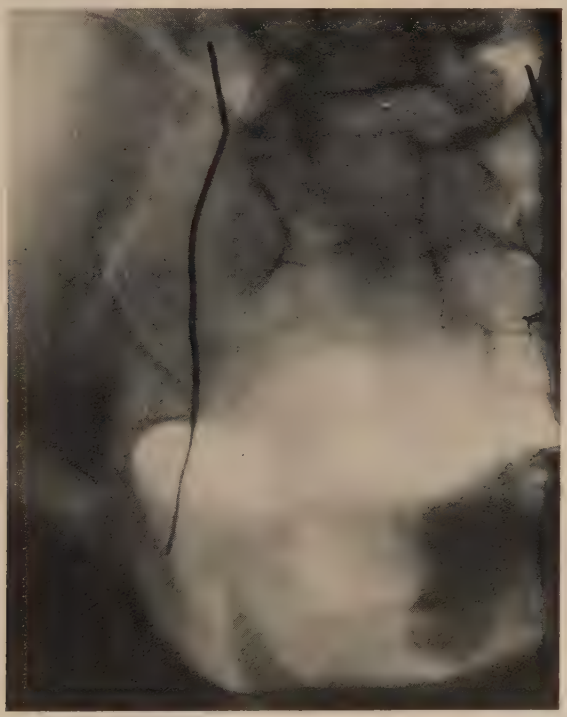


Fig. 3. — Un fil métallique placé le long du tronc lombo-sacré indique le trajet du nerf et ses rapports avec l'articulation sacro-iliaque.

antérieur. Il en reste d'ailleurs séparé par un tissu graisseux de plus de 1 cm d'épaisseur.

Le nerf lombo-sacré contracte des rapports beaucoup plus intimes avec l'articulation (fig. 2).

Rappelons qu'il est constitué par l'union à angle aigu d'une branche de la 4e racine lombaire avec la 5e racine lombaire, qu'il se porte en bas et en dehors et un peu en avant et qu'il s'accole au bord supérieur de la 1re racine sacrée, située plus bas et moins fortement oblique.

Dans la fourche, passe l'artère fessière, un peu en dedans de l'interligne. Elle s'engage dans le canal de Bouisson; au bord supérieur de la grande échancrure sciatique, et émerge en arrière à deux travers de doigt de l'épine iliaque postéro-supérieure.

Le tronc lombo-sacré, de 4 cm à 4,5 cm de long, est étalé sur la face

antérieure de l'aileron sacré. Sa largeur est de 8 à 10 mm en moyenne. D'abord situé à 3,5 cm, en dedans de l'interligne sacro-iliaque, il s'en rapproche progressivement, se trouve à 1,7 cm de lui au niveau du détroit supérieur, puis croise sa face antérieure exactement au niveau de l'échancrure sciatique.

Les rapports du nerf lombo-sacré avec la partie inférieure de l'interligne sont constants.

Pour les préciser, nous avons radiographié nos pièces de dissection après avoir placé un fil métallique au contact du nerf (fig. 3). Nous n'avons jamais trouvé de variation, ce qui nous a permis de préciser que le nerf était à ce niveau le plus vulnérable.

Il est accompagné par l'artère iléo-lombaire et la veine lombaire ascendante accolée le plus souvent à sa face antérieure.

La branche antérieure du premier nerf sacré n'entre jamais en rapport direct avec l'interligne articulaire. Elle n'en est proche qu'au voisinage de sa jonction avec le tronc lombo-sacré.

Techniques décrites.

La multiplicité des procédés décrits prouve que la technique idéale n'est pas encore trouvée. En fait, chacun d'eux s'adresse souvent à des indications différentes.

L'ankylose de l'articulation sacro-iliaque peut être obtenue, soit par arthrodèse extra-articulaire, soit par arthrodèse intra-articulaire. Les enchevillements appartiennent aux deux méthodes, selon que le greffon traverse ou non l'articulation. En restant sans doute incomplets, nous résumerons les principales techniques utilisées jusqu'alors (fig. 4).

Arthrodèses extra-articulaires. — Visant à bloquer l'articulation par un greffon placé à plus ou moins grande distance des surfaces articulaires, elles comprennent des méthodes par enchevillement et des méthodes par avivement.

1° Méthodes par enchevillement. — *Technique de Verral-Massart.* — L'enchevillement intéresse les deux os iliaques entre lesquels il prend un appui sacré (Verral). Un long greffon horizontal traverse les deux épines iliaques postéro-supérieures, passe sous les deux masses sacro-lombaires et s'appuie sur la 2e pièce sacrée dont l'apophyse épineuse a été réséquée.

Au large volet cutané de Verral, Massart a substitué trois petites incisions au niveau des points d'appui osseux; pour le sacrum, incision de 4 cm dégageant les deux versants de la crête sacrée à la hauteur de S2, pour les os iliaques, incisions réalisant une boutonnière musculo-aponévrotique de 4 cm immédiatement en dehors des épines à la même hauteur que l'incision sacrée.

Technique de Richard. — Simplifiant l'opération précédente, cette technique conserve l'appui sacré, mais n'utilise qu'un seul appui iliaque. Pour que le montage soit plus solide, deux greffons sont placés. Les orifices de pénétration sur l'os iliaque sont situés, le supérieur à 1,5 cm au-dessus de l'épine iliaque postéro-supérieure, l'inférieur à 3 cm au-des-

sous du précédent. La mèche perfore l'os perpendiculairement à sa surface, visant respectivement les 1er et 2e tubercules épineux sacrés. Les deux greffons doivent nettement dépasser la crête sacrée.

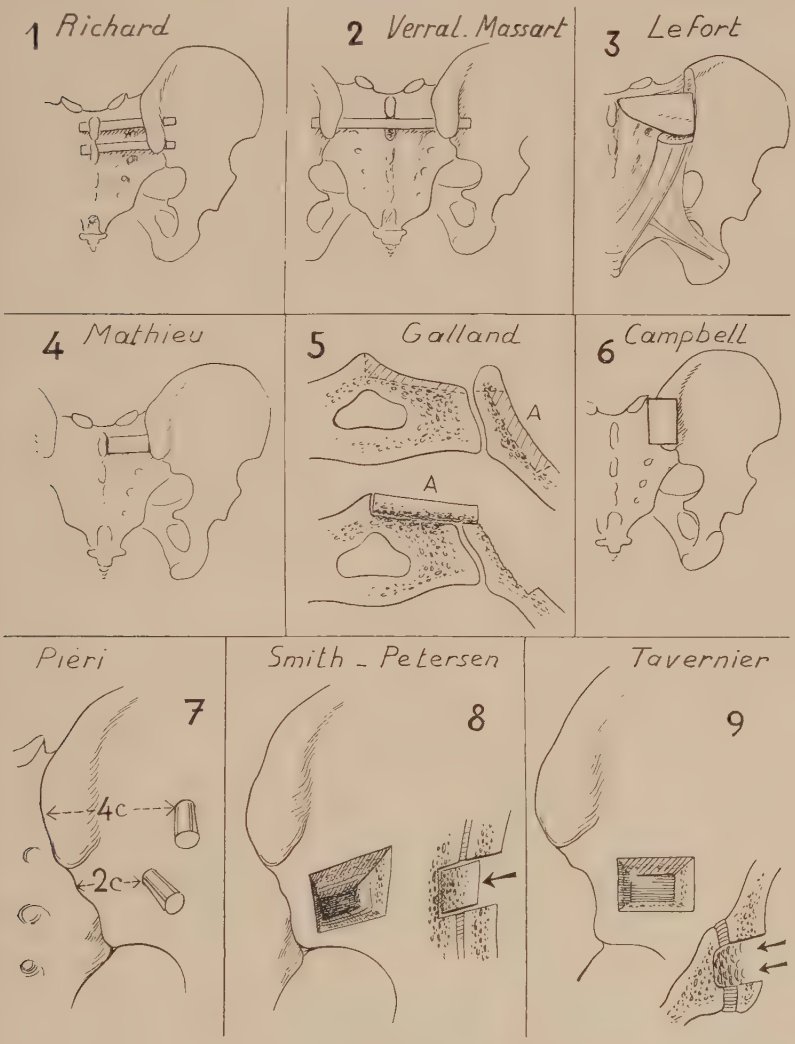


Fig. 4. — *Les différentes techniques d'arthrodèse sacro-iliaque.*

Celle-ci a l'inconvénient, quand elle est mince, de constituer un appui peu solide.

Richard a décrit une 2e technique d'enchevillement par un seul greffon prenant point d'appui dans le sacrum : le greffon est placé dans un tunnel foré à la fosse iliaque externe. Son orifice de pénétration est creusé en un point situé à 4 cm en dehors de l'épine iliaque postéro-supérieure et à 3 cm au-dessous du versant externe de la crête iliaque. La mèche est

enfoncée perpendiculairement à la surface de l'os jusqu'à une profondeur totale de 4,5 cm.

Funck-Brentano et Dobresco ont placé de façon plus précise cet orifice à 5,5 cm au-dessus du bord supérieur horizontal de la grande échancrure sciatique. Le greffon ainsi introduit passe au-dessus et en arrière de l'articulation.

2° Méthodes par avivement. — *Technique de Mathieu.* — Elle consiste à aviver l'épine iliaque postéro-supérieure et la surface sacrée comprise entre la crête épineuse et l'os iliaque. Le greffon est placé dans ce lit et maintenu par la masse sacro-lombaire suturée par dessus.

Technique de Campbell. — Le greffon est placé dans une rainure verticale creusée sur la face postérieure du sacrum et sur le bord postérieur du massif iliaque.

Ce procédé est assez voisin de celui proposé par Albee qui pose le greffon dans un lit creusé sur les faces postérieures du sacrum et de l'épine iliaque postéro-supérieure.

Technique de Lefort. — L'arthrodèse est réalisée par bascule des épines iliaques. Leur massif est détaché par deux traits de scie, l'un vertical descendant depuis la crête iliaque à 4 cm de l'épine iliaque postéro-supérieure jusqu'à 1 cm au-dessus de l'échancrure sciatique, l'autre horizontal tracé un peu au-dessus de l'épine iliaque postéro-inférieure. Le fragment triangulaire osseux ainsi délimité est basculé en dedans de 90° et placé sur la face postérieure avivée du sacrum, sa pointe étant insinuée sous une petite écaille osseuse, formant une sorte d'onglet.

Arthrodèses intra-articulaires. — Visant à bloquer l'articulation en ouvrant l'interligne, elles comprennent des méthodes par enchevillement et des méthodes qui creusent l'os iliaque.

1° Méthodes par enchevillement. — *Technique de Pieri.* — Il s'agit d'un double enchevillement transarticulaire. L'orifice du tunnel supérieur est à 4 cm en dehors de l'épine iliaque postéro-supérieure. Ce point correspond au centre d'un cercle suivant le contour de l'épine et la partie postérieure de la crête iliaque. L'orifice du tunnel inférieur est à 2 cm de l'épine iliaque postéro-inférieure, soit à 3 cm au-dessous et un peu en dedans du tunnel supérieur.

Les deux tunnels sont creusés dans une direction perpendiculaire à l'os, le supérieur à 4 cm de profondeur, l'inférieur 3 cm seulement. Comme l'inclinaison du plan osseux n'est pas le même pour les deux orifices, les deux canaux ne sont pas strictement parallèles, ce qui a un avantage au point de vue mécanique.

2° Méthodes par avivement. — *Technique de Galland.* — Après résection du massif iliaque épineux, la surface articulaire est découverte à sa partie supérieure. Un avivement est pratiqué sur la face postérieure du sacrum, sur l'épineuse de L5, sur la crête sacrée et sur la crête iliaque. Un greffon cortico-spongieux prélevé sur la fosse iliaque externe y est placé et maintenu par la masse sacro-lombaire rabattue et réinsérée.

Cette technique qui fusionne les épineuses de S1-S2-et L5 et la tubérosité iliaque postérieure aurait l'avantage de bloquer en même temps l'articulation lombo-sacrée.

Technique de Smith-Petersen-Rogers. — Un volet quadrangulaire est taillé sur la face externe de la tubérosité postérieure de l'os iliaque. Il ouvre dans la profondeur l'articulation, dont le cartilage est enlevé à la curette. Le fragment osseux réséqué est alors remis en place et tassé dans le fond de la cavité.

Technique de Tavernier. — Une tranchée est creusée au milieu d'une ligne joignant le fond de l'échancrure sciatique à l'épine iliaque postéro-inférieur. Elle rencontre à 2 cm de profondeur l'articulation dont on résèque le cartilage. Elle est ensuite comblée par de petits fragments osseux prélevés sur le volet iliaque réséqué.

Technique de Gaenslen. — L'interligne est abordé en dédoublant en ciseau le tiers postérieur de l'aile iliaque qui est rabattu en dehors pour permettre l'avivement des surfaces cartilagineuses, puis remis en place afin de reconstituer l'os.

Technique personnelle.

S'inspirant des méthodes précédentes, empruntant quelques idées à certaines d'entre elles, nous avons réglé une technique d'arthrodèse intra-articulaire que nous avons utilisée dans 14 cas.

Le blocage porte directement sur l'interligne au moyen de deux tranchées profondes qui traversent le massif iliaque postérieur et dans laquelle sont insinués des greffons rigides (fig. 5). L'ankylose est ainsi obtenue au niveau des parties supérieure et inférieure de l'articulation.

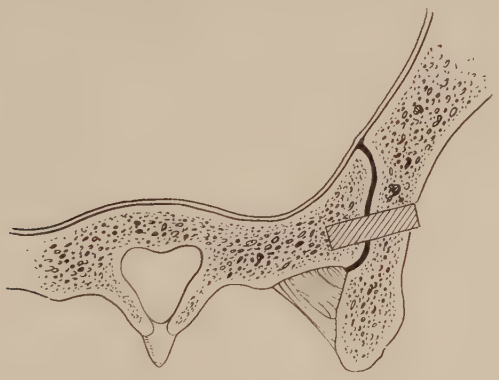


Fig. 5. — *La place et la direction des greffons intra-articulaires au niveau de l'interligne.*

Il était d'abord nécessaire de fixer avec soin la situation des tranchées, leur direction, leur profondeur afin d'être certain de pénétrer dans l'articulation et de ne pas faire courir de risque au plan vasculo-nerveux antérieur.

Ce travail a été fait sur 22 pièces anatomiques, sur lesquelles nous avons

vérifié la position des tranchées en désarticulant les sacro-iliaques et en mesurant l'épaisseur d'os resté intact entre le fond de la tranchée et le tronc lombo-sacré.

Nous avons pu ainsi préciser :

1° La tranchée supérieure doit être creusée à 7 cm du bord supérieur de l'échancrure sciatique au point de passage des vaisseaux fessiers. La tranchée inférieure doit se trouver à 1 cm au-dessous de la précédente, soit à 4 cm de la grande échancrure sciatique.

2° La tranchée supérieure doit avoir 4 cm de profondeur mesurés au

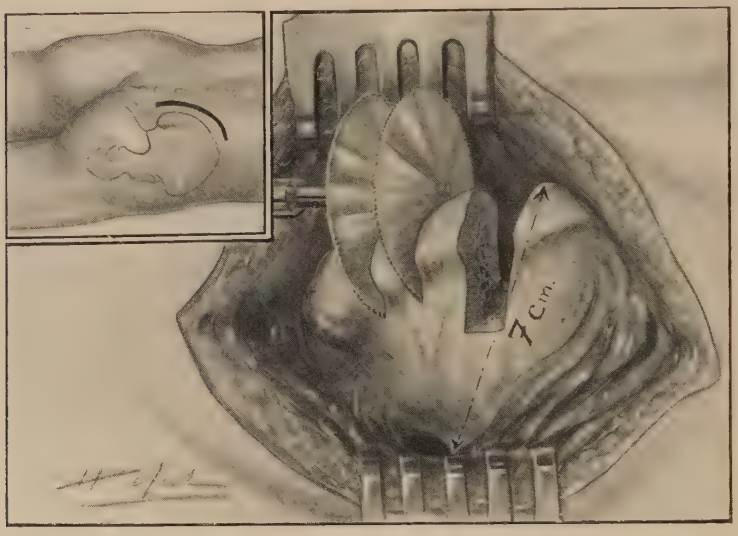


Fig. 6. — La tranchée supérieure a été creusée suivant une direction perpendiculaire à la crête iliaque. Son point d'attaque a été mesuré à 7 cm de la grande échancrure sciatique au point où l'on sent battre l'artère fessière. En réalité, il n'est pas utile de dégager les fessiers autant que l'indique la figure. Un doigt s'insinuant sous le muscle suffit à sentir le repère. La tranchée inférieure est attaquée à la scie électrique. En cartouche, l'incision cutanée.

niveau de son versant supérieur (le versant inférieur ayant, du fait de la courbure de la crête, 1/2 à 1 cm de moins). La tranchée inférieure doit être moins profonde de 3 cm mesurés au niveau de son versant supérieur.

On pénètre ainsi toujours dans l'interligne sans faire courir de risque au plan vasculo-nerveux antérieur qui reste séparé du fond de la tranchée par un mur de sécurité d'une épaisseur moyenne de 3 cm pour la tranchée supérieure et de 1,5 cm pour la tranchée inférieure.

3° Pour que les greffons débordent légèrement les deux extrémités de la tranchée, ils doivent avoir une longueur de 4 cm pour le supérieur et de 3 cm pour l'inférieur.

Le greffon. — A défaut de banque d'os, le greffon doit être prélevé sur le tibia à la scie électrique, car ses deux bords demandent à être réguliers. C'est un greffon total, de 7 cm de long et de 1 cm de large, qui sera ensuite divisé en deux parties.

On pourrait, en prolongeant l'incision cutanée, le prélever sur la crête

iliaque pour éviter un champ opératoire supplémentaire. Mais le greffon ainsi obtenu, même régularisé à la pince-gouge, a l'inconvénient de ne pas être rectiligne et de ne pas avoir une épaisseur régulière.

Instrumentation. Position. Anesthésie. — En dehors de l'instrumentation habituelle comprenant la scie électrique jumelée de 5 à 6 cm de diamètre, les pinces-gouges, le pousse-greffon, etc., un seul instrument est indispensable : une petite règle graduée stérilisable, sans laquelle l'opération ne peut être conduite avec précision.

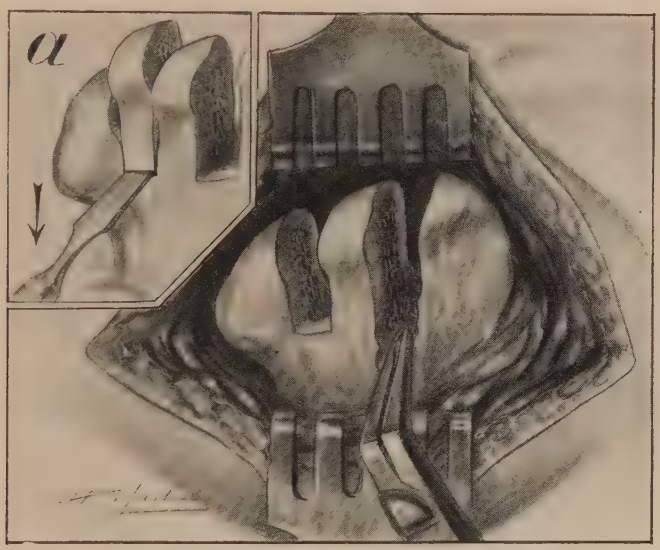


Fig. 7. — Les deux coins osseux ont été détachés au ciseau.
La pince-gouge approfondit chaque tranchée à la mesure exacte.
a) Inclinaison que le ciseau doit prendre pour détacher le coin osseux en évitant de pénétrer trop profondément dans le sacrum.

Le malade est placé en décubitus ventral, le chirurgien se trouvant du côté malade.

L'opération est faite sous anesthésie générale et sous hypotension contrôlée, chaque fois qu'elle sera possible et que l'on pourra la confier à un médecin averti. Les ganglioplégiques facilitent en effet beaucoup cette intervention relativement sanglante et qui ne comporte pas d'hémostase de vaisseaux importants.

Voie d'abord. — L'incision cutanée, curviligne, concave en dehors, est tracée à 1 cm en dedans ou en dehors de la crête iliaque de façon à ne pas laisser sur le relief osseux une cicatrice pouvant devenir douloureuse.

Elle commence au niveau de l'épine iliaque postéro-inférieure, suit la crête iliaque et dépasse de 3 à 4 cm l'épine postéro-supérieure (fig. 6).

L'aponévrose est incisée au ras de l'os de part et d'autre de la crête, puis les muscles fessiers d'un côté, la masse sacro-lombaire de l'autre sont désinsérés à la rugine. Du côté interne, point n'est besoin de dénuder l'os très loin. Il suffit de libérer le massif iliaque sans aller jusqu'au sacrum

Du côté externe par contre, le décollement se poursuit sur la fosse iliaque jusqu'à l'échancrure sciatique dont le bord supérieur sert de repère.

La région ainsi découverte est bien exposée après mise en place des écarteurs.

Creusement des tranchées. — Il importe de calculer avec précision le point d'attaque de la tranchée sur la crête iliaque. Son versant supérieur se trouve à 7 cm du sommet de l'échancrure sciatique que l'on repère avec le doigt au niveau des battements de l'artère fessière. La mesure se fait avec la règle métrique.

La scie jumelée est montée avec un écart de 1 cm. On utilise une scie

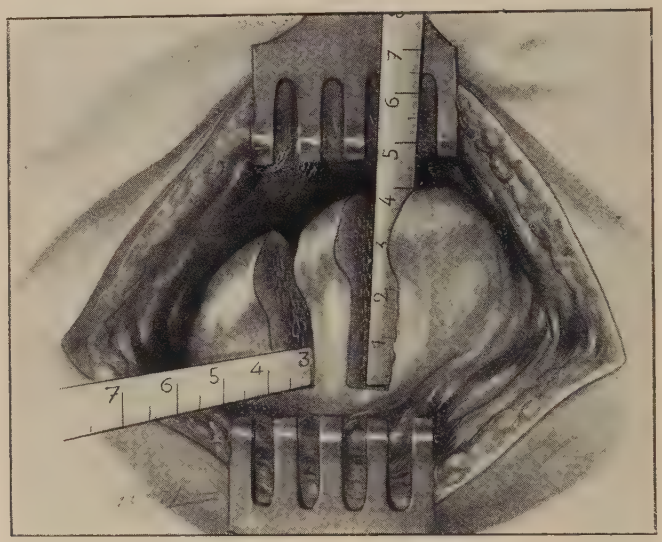


Fig. 8. — La tranchée supérieure a été creusée à 4 cm mesurés sur son mur supérieur. Elle a 4 cm de long. La tranchée inférieure ne mesure que 3 cm de profondeur. Elle a 3 cm de long.

aussi large que possible, mais, il est difficile, pour travailler aisément dans un champ opératoire relativement étroit, de dépasser un diamètre de 5 à 6 cm (fig. 6).

La direction de la tranchée est strictement perpendiculaire à la crête iliaque.

La deuxième tranchée est creusée à 1 cm de la précédente dans la même direction qu'elle. Elle mesure la même largeur (1 cm).

Les deux coins osseux sont détachés d'un coup de ciseau frappé en donnant à celui-ci une légère obliquité vers le haut (fig. 7).

Il faut ensuite approfondir à la pince-gouge et à la curette chacune des tranchées pour leur donner une profondeur et une longueur strictement mesurées à la règle (fig. 8).

La tranchée supérieure doit avoir au niveau de son versant supérieur 4 cm de profondeur (ne pas dépasser 4,5 cm) et au niveau de son versant inférieur 3,5 cm (ne pas dépasser 4 cm). Sa longueur est de 4 cm.

La tranchée inférieure doit avoir au niveau de son versant supérieur 3 cm de profondeur, le versant inférieur étant légèrement moins profond. Sa longueur est de 3 cm.

Au cours de ce temps opératoire, on ouvre l'interligne dont on aperçoit nettement les surfaces cartilagineuses.

Mise en place des greffons. — Les deux greffons, de 1 cm de large, mesurant respectivement 4 cm et 3 cm de long. Ils sont enfoncés à frottement dur dans chacune des tranchées au moyen du pousse-greffon et du marteau et solidement coincés dans la profondeur (fig. 9). Chacune de leurs extrémités déborde de quelques millimètres la tranchée. On replace au-dessus

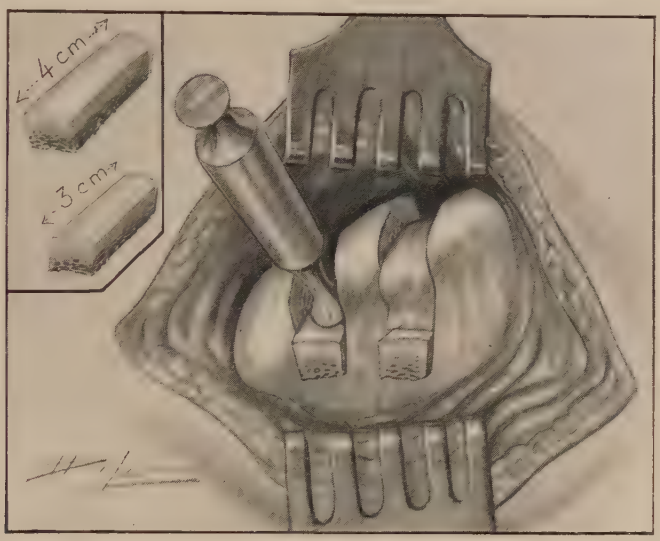


Fig. 9. — Les deux greffons mesurant respectivement 4 cm et 3 cm de long et 1 cm de large ont été introduits à frottement dur dans chacune des tranchées au moyen du pousse-greffon. Les coins osseux réséqués et conservés sont remis en place.

de lui le coin osseux détaché qui habituellement, du fait de la résection osseuse complétée à la pince-gouge, s'enfonce légèrement et n'affleure plus le niveau de la crête iliaque.

Nous avons pensé que l'on pourrait par cette technique éviter l'utilisation d'un greffon et se contenter de ce coin osseux pour pratiquer l'arthrodèse. Il est probable que l'on obtiendrait ainsi une ankylose satisfaisante. Si nous n'avons jamais employé cette variante, c'est en raison de la facilité que nous avons à employer des transplants de la banque d'os. D'ailleurs l'apport d'un solide fragment cortico-spongieux tassé dans la profondeur nous a paru préférable et la reposition du coin osseux évite de laisser au niveau de la crête iliaque une perte de substance trop importante.

Sutures. — Les muscles et l'aponévrose sont ensuite suturés sans drainage.

Soins post-opératoires. — Aucun plâtre n'est nécessaire puisque les greffons sont solidement fixés. Le malade est d'abord placé alternativement

sur le ventre et sur le côté et, quelques jours plus tard, supporte sans douleur le décubitus dorsal.

Le lever est autorisé au bout de 1 mois.

Discussion.

Cette technique s'ajoute à toutes celles qui ont donné, à leurs auteurs respectifs, satisfaction complète.

Nous l'avons exposée parce qu'elle nous a paru simple et sans danger si l'on veut bien suivre les indications très précises que nous avons fournies.

Ses principaux avantages sont, non seulement sa voie d'abord économique qui rugine peu d'insertions musculaires, mais surtout le court délai d'immobilisation qu'elle nécessite puisque les greffons enfoncés à frottement dur sont solidement fixés.

Les arthrodèses à distance sont, au point de vue mécanique, moins satisfaisantes que les verrouillages directs par enchevillement, mais l'enchevillement, malgré toutes les précautions prises, risque d'être fait avec une erreur d'appréciation et peut faire courir un danger aux racines sacrées.

L'arthrodèse intra-articulaire, telle que nous l'avons décrite, bloque au moyen de deux larges greffons les parties supérieure et inférieure de l'articulation.

Nous avions, dans nos 3 premiers cas, utilisé trois greffons. Si on les veut larges de 1 cm, les murs qui les séparent sont alors trop étroits, ce qui rend tout le système moins solide et ce qui nous a fait adopter la technique à deux greffons.

Des radiographies espacées nous ont permis de suivre l'évolution des greffons. Le cliché de 3/4 est l'incidence la meilleure pour bien voir la situation des greffes (fig. 12). La prise du greffon a été relativement lente parce que, sauf dans 1 cas, nous avons toujours utilisé des transplants homogènes conservés provenant de la banque d'os. On peut admettre que les greffons ne prennent leur aspect radiographique définitif qu'au bout de 2 ans (fig. 11 et 14), mais l'évolution se fait tout en permettant la reprise de la vie normale après un délai de quelques mois.

Nous avons exécuté cette opération chez 14 malades, dont 9 présentaient une arthrose et 5 une sacrocoxalgie.

Les 9 malades atteints d'arthrose étaient âgés de 39 à 62 ans. Ils présentaient tous un syndrome lombo-sciatique très douloureux et continuaient à souffrir malgré toutes les thérapeutiques habituelles. Plusieurs d'entre eux avaient dû cesser leur travail et certains ne pouvaient plus marcher.

L'un de ces malades a subi une arthrodèse sacro-iliaque bilatérale, 3 ont subi une double arthrodèse sacro-iliaque et lombo-sacrée, dont 1 à 1 mois d'intervalle et 2 dans le même temps opératoire. Les trois arthrodèses lombo-sacrées ont été faites avec le procédé de la greffe encochée qui permet le lever après un délai de 5 à 6 semaines, ce qui a peu retardé le délai de guérison.

Cette double arthrodèse séparée nous a paru préférable à l'arthrodèse combinée lombo-sacro-iliaque qui nécessite un montage compliqué de deux greffons placés en chevron, formant deux arcs-boutants entre la 5e apophyse épineuse lombaire et les ailes iliaques de chaque côté (Massart). Elle permet une immobilisation de plus courte durée.

L'arthrose est la meilleure indication de l'arthrodèse intra-articulaire. Tous les malades ont été soulagés. Le résultat le plus ancien date de plus de 4 ans. Le plus complet a été obtenu chez un homme de 62 ans dont la sciatique était une véritable infirmité.

Les 5 malades atteints de sacro-coxalgie étaient âgés de 18 à 35 ans. Aucun d'eux ne présentait d'abcès postérieur, mais deux d'entre eux avaient un abcès de la fosse iliaque. Chez les autres, le diagnostic fut porté sur les antécédents, le caractère des douleurs et l'aspect radiographique ou tomographique des lésions. Chez ces malades, nous avons prolongé l'immobilisation jusqu'à 2 et 3 mois et nous avons associé un traitement de streptomycine et de P. A. S., complété par une cure sanatoriale. Nous avons noté un abcès froid post-opératoire, apparu dans la cicatrice 3 mois après l'intervention. Cet abcès s'est fistulisé et, après 6 mois de cure héliomarine, est proche de la cicatrisation. Il est encore prématuré de connaître, chez ce malade, le sort définitif des greffons qui ne se sont pas éliminés, mais dont la radiographie laisse prévoir actuellement la résorption.

En dehors de ce cas et d'un autre incomplètement guéri, trois ont été suivis d'un bon résultat.

Il n'en reste pas moins vrai que l'arthrodèse intra-articulaire, même pour les formes qui paraissent sèches, est contre-indiquée dans la sacro-coxalgie. La durée d'immobilisation n'intervient pas, puisque de toute façon la cure doit être longue. Le risque d'échec, en ouvrant un foyer incomplètement éteint, reste grand.

Les quelques bons résultats obtenus ne doivent pas, malgré nos tentatives, modifier cette ligne de conduite. Dans la sacro-coxalgie, notre préférence reste aux arthrodèses extra-articulaires, dont les plus simples nous paraissent celles de Mathieu ou de Campbell.

Observations résumées (1).

Observation I. — Marcelle G..., 43 ans. *Arthrose sacro-iliaque bilatérale.* Lombosciatique bilatérale à prédominance gauche. Douleurs rebelles aux traitements médicaux : crises paroxystiques tous les 3 mois environ, particulièrement dans le mollet gauche.

Radio. — Image typique d'arthrose sacro-iliaque bilatérale.

Opération. — 12 Novembre 1948 : arthrodèse sacro-iliaque bilatérale par double greffe encastrée.

Suites. — Normales. 1 mois d'immobilisation. Malade revue 3 mois plus tard. Les douleurs ont complètement disparu.

Obs. 2. — Joseph J..., 39 ans. *Arthrose sacro-iliaque.* Douleurs dans la fesse gauche, continues depuis 1 an, exagérées par les mouvements, entraînant une importante claudication. Signe de Lasègue gauche. Douleur à la mobilisation de la sacro-iliaque par extension forcée.

Radio. — Arthrose inférieure de la sacro-iliaque gauche.

Opération. — 11 Février 1949 : arthrodèse sacro-iliaque gauche par 3 greffons en tranchées superposées au niveau du massif sacro-iliaque postérieur.

Suites. — Normales. 1 mois d'immobilisation. Bon résultat fonctionnel. Disparition de la douleur. Marche normale.

(1) Les deux premiers malades ont été opérés avec des greffons autogènes frais prélevés sur le tibia, les douze suivants avec des greffons homogènes réfrigérés provenant de la Banque d'os.

Obs. 3. — Jacques M..., 18 ans. *Sacro-coxalgie.* Début des douleurs il y a 18 mois. Bon état général. Porteur d'un pneumothorax. Douleur provoquée trois travers de doigt au-dessus du sommet du sillon interfessier à droite de la ligne médiane. Abcès froid iliaque dont on retire 600 cm^3 de pus.

Radio. — Disparition complète de l'interligne sacro-iliaque droit.

Opération. — 22 Juillet 1949 : arthrodèse sacro-iliaque par trois greffons en tranchées superposées.

Suites. — Bonnes. 2 mois d'immobilisation. Traitement complémentaire de streptomycine. L'abcès iliaque n'a plus à être ponctionné. Il est en bonne voie de résorption lorsque le malade quitte l'hôpital pour un établissement de cure où il reste 1 an. A donné de bonnes nouvelles en Juin 1950.

Obs. 4. — Jeanne V..., 46 ans. *Arthrose sacro-iliaque.* Syndrome lombo-sciatique gauche depuis 2 ans, rebelle. 6 grossesses. Lasègue positif. Réflexes normaux. Souffre beaucoup. Très gênée dans son activité de ménagère.

Fig. 10. — *Arthrose sacro-iliaque gauche.* 1 mois après l'arthrodèse (obs. 4).

Radio. — Arthrose condensante nette sacro-iliaque gauche à prédominance iliaque.

Opération. — 26 Septembre 1949. Arthrodèse sacro-iliaque gauche par deux greffons en tranchées. Transplant autogène prélevé sur le tibia.

Suites. — Simples. Immobilisation de 5 semaines (fig. 10). Revue en Novembre 1952 ne souffre plus, mène une existence normale.

Obs. 5. — Joséphine D..., 44 ans. *Arthrose lombo-sacrée et sacro-iliaque.* Lombo-sciatique gauche depuis 2 ans, rebelle à tous les traitements. Lasègue positif. Irradiation au 5e orteil. Abolition de l'achilléen.

Radio. — Arthrose de L5-S1, avec ostéophytose importante et pincement complet de l'interligne. Arthrose sacro-iliaque gauche avec forte condensation périarticulaire et bec ostéophytique de la partie inférieure de l'interligne.

Ne sachant à quelle lésion attribuer le syndrome douloureux, on intervient successivement sur les deux articulations.

Opération. — 12 Septembre 1949. Arthrodèse L3-S1 par greffe encochée.

Opération. — 8 Novembre 1949. Arthrodèse sacro-iliaque gauche par deux greffons en tranchées.

Suites. — Normales. Immobilisation prolongée 1 mois après la deuxième intervention. Sort de l'hôpital ne souffrant plus. Revue en Mai 1950. Disparition de la sciatique. Conserve un peu de lombo-sacralgie à la fatigue et à l'effort. Doit porter un corset.

Obs. 6. — Jeanne L..., 38 ans. *Arthrose lombo-sacrée et sacro-iliaque.* Lombo-sacralgie avec sciatique à bascule datant de 3 ans, rebelle à tous les traitements médicaux et physiothérapiques. Malade obèse. En 1948, crise de sciatique bilatérale. En 1949, deux crises de sciatique gauche.

A son entrée dans le service, la malade présente une lombo-sciatique gauche avec paresthésie dans la cheville et le pied prédominant dans le 5e orteil. Point douloureux para-épineux L5 net sans irradiation. Abolition de l'achilléen gauche.

Radio. — Arthrose L5-S1. Hypercondensation de la sacro-iliaque gauche.

Opération. — 25 Octobre 1949 : 1° exploration L5-S1 gauche. Derrière la racine, petite hernie très dure uniquement formée par un fragment cartilagineux que l'on enlève. Pose d'un greffon homogène encoché entre L4 et S1, doublé de tissu spongieux.

2° Arthrodèse sacro-iliaque avec deux greffons superposés en tranchées.

Suites. — Troublées par l'apparition d'une suppuration qui amène l'élimination du greffon lombo-sacré et nécessite une immobilisation de 2 mois.

La malade est revue en Mai 1951 : la douleur sciatique a disparu.

De plus en plus obèse, elle présente maintenant une dorsalgie basse en rapport avec une amorce de cypho-scoliose.

Obs. 7. — Ernest F..., 62 ans. *Arthrose sacro-iliaque* (fig. 11). Lombo-sciatique

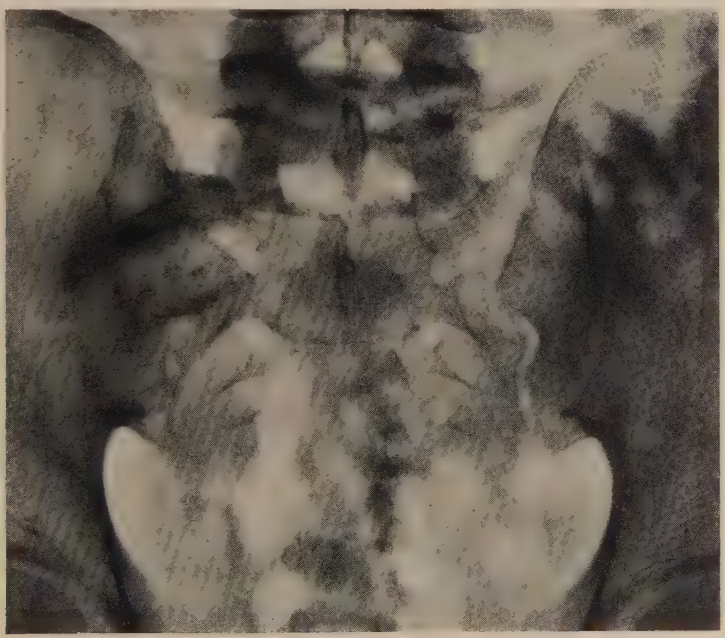


Fig. 11. — *Arthrose sacro-iliaque droite.* Aspect des greffons, 2 ans et 9 mois après l'arthrodèse (obs. 7).

droite datant de 8 ans environ. Échec des traitements médicaux. Douleur vive empêchant toute activité. Marche difficile.

Radio. — Ostéose condensante sacro-iliaque droite avec ostéophytose de la partie inférieure de l'articulation. La sacro-iliaque gauche et L5-S1 sont normaux.

Opération. — 15 Janvier 1950. Arthrodèse sacro-iliaque droite avec deux greffons en tranchées.

Suites. — Simples. 1 mois d'immobilisation. Reprise de la marche sans douleur. Au bout de 2 mois, ce malade, forain, reprend son travail.

Revu en Octobre 1952, ne souffre plus, se considère comme complètement guéri.

Obs. 8. — Louis B..., 35 ans. *Sacro-coxalgie.* Début en Septembre 1945 par une sciatique droite persistant 2 mois. Abcès de la fosse iliaque droite qui se fistulise et s'infecte.

Radio. — Effacement de l'interligne sacro-iliaque droit avec zones de raréfaction irrégulièrement réparties.

Opération. — 28 Février 1950 : incision de la collection qui décolle le muscle iliaque jusqu'à la sacro-iliaque. Il s'agit d'un abcès froid réchauffé (staphyloccoques dorés, foyers nécrotiques de type caséeux dans la paroi).

Streptomycine. P. A. S. La température redevient normale, l'état général s'améliore.

Opération. — 16 Juin 1950 : arthrodèse par 3 greffons en tranchées. On utilise des fragments de côte et de l'os compact conservé.

Les deux greffons supérieurs enfoncés à frottement dur sont bien fixés, l'inférieur est une côte qui tient moins bien.

Suites. — Simples. Apyrétiques. 3 mois d'immobilisation, puis cure sanatoriale. Ne souffre plus, mais l'abcès du psoas n'est pas entièrement résorbé. Bon état général. Les radiographies montrent un flou et une décalcification diffuse masquant l'interligne. Les deux greffons supérieurs sont bien visibles.

Fig. 12. — *Arthrose sacro-iliaque droite* (cliché de trois-quarts). Aspect des greffons, 5 mois après l'arthrodèse (obs. 9).

Obs. 9. — Louise L..., 57 ans. *Arthrose sacro-iliaque.* Depuis Juillet 1947 à la suite d'une chute : lombo-sacralgie à prédominance droite, claudication douloureuse, scoliose antalgique à convexité gauche. Point douloureux sacro-iliaque droit. Pas de signe de Lasègue.

Radio. — Ostéose condensante sacro-iliaque droite, sans diastasis ni décrochement pubien. Légère ostéophytose L5-S1.

Opération. — 26 Mars 1950 : arthrodèse sacro-iliaque par deux greffons en tranchées.

Suites. — Simples. Immobilisation de 1 mois. Malade revue le 19 Octobre 1950. Ne souffre plus. Contrôle radiologique. Greffons bien visibles (fig. 12).

Obs. 10. — Adèle G..., 22 ans. *Sacro-coxalgie.* Début en Janvier 1950 par douleurs lombaires gauches para-vertébrales et boiterie. Signe de Lasègue droit. Douleurs provoquées au niveau de la sacro-iliaque gauche, état subfébrile. Antécédents de tuberculose pulmonaire guérie par pneumothorax.

Radio. — Interligne sacro-iliaque gauche flou avec large décalcification du tiers postérieur de l'aile iliaque et de l'aileron sacré.

Immobilisation plâtrée avec streptomycine et P. A. S. On intervient après 3 mois d'apyrexie.

Opération. — 6 Avril 1950 : arthrodèse sacro-iliaque par deux greffons en tranchées. On trouve quelques fongosités dans l'articulation qui sont prélevées.

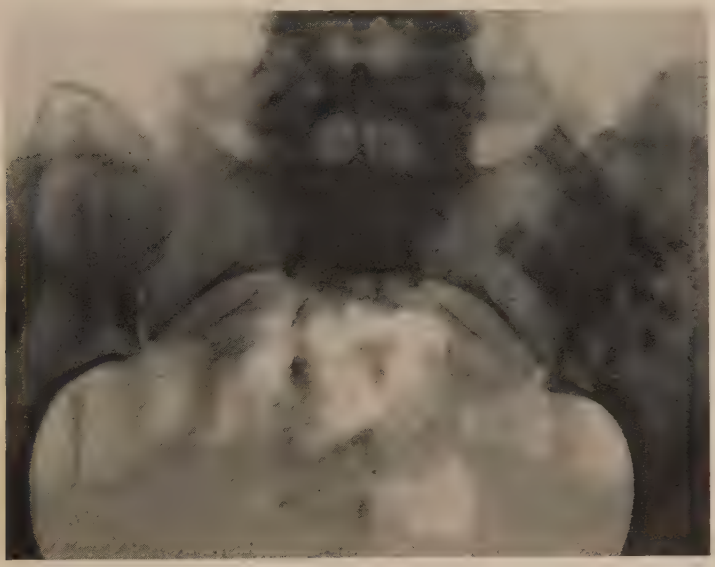


Fig. 13. — *Sacro-coxalgie gauche.* 3 mois après l'arthrodèse (obs. 10).

Examen histologique (professeur Delarue) : lésions typiques de tuberculose folliculaires et nodulaires.

Suites. — Normales sans suppuration. 3 mois d'immobilisation (fig. 13). Cure sanatoriale.

Revu le 22 Septembre 1952, douleur persistante exagérée à la marche, sciatique droite avec Lasègue et élévation nette du seuil de l'achilléen.

Radio. — Fusion sacro-iliaque complète, les deux greffons sont en place. Le foyer tuberculeux est manifestement guéri.

Obs. 11. — Maurice R..., 25 ans. *Arthrose sacro-iliaque.* Apparition en 1947 de douleurs dans la région sacro-iliaque gauche après un violent coup reçu 6 mois auparavant. Échec des traitements médicaux. Disparition de la douleur dans le décubitus.

Radio. — Condensation sacro-iliaque gauche importante.

Opération. — 10 Octobre 1950. Arthrodèse sacro-iliaque par deux greffons en tranchées. On utilise un transplant tibial et des fragments avivés de côtes qui sont coincés à frottement dur.

Examen histologique : aspect d'arthrose à son début.

Suites. — Simples. 1 mois d'immobilisation. Ne souffre plus à sa sortie de l'hôpital. Revu en Octobre 1952. Bon résultat. Travail normal (fig. 14).

Fig. 14. — *Ostéose condensante traumatique sacro-iliaque gauche.* Aspect des greffons, 2 ans après l'arthrodèse (obs. 11).

Obs. 12. — Alfred R..., 51 ans. *Arthrose lombo-sacrée et sacro-iliaque.* Lombo-sciatique gauche depuis 5 ans avec notion d'accident (chute de 3 m). Rebelle. Lasègue positif. Irradiation au 5e orteil. Élévation du seuil de l'achilléen.

Radio. — Arthrose de L5-S1 et forte condensation de la sacro-iliaque gauche.

Opération. — 4 Novembre 1950 : double arthrodèse L3-S1 et sacro-iliaque gauche par greffe encochée lombo-sacrée et par deux greffons en tranchées sur la sacro-iliaque.

Suites. — Simples. 6 semaines d'immobilisation. Bon résultat fonctionnel. Disparition de la sciatique. Porte un corset.

Obs. 13. — Jacques F..., 23 ans. *Sacro-coxalgie.* Débuts en Novembre 1949 par une douleur à la marche dans la fesse droite. Sciatique droite. Point douloureux sacro-iliaque net. Antécédents de pleurésie tuberculeuse.

Radio. — Aspect net de sacro-coxalgie droite.

Streptomycine. P. A. S.

Opération. — 13 Février 1951 : arthrodèse sacro-iliaque par deux greffons en tranchées.

Suites. — Simples. 2 mois d'immobilisation. Revu 4 mois plus tard. Bon état général. Disparition des douleurs.

Obs. 14. — Agnès H..., 34 ans. *Sacro-coxalgie.* Opérée en Juin 1951 pour lombo-sciatique gauche attribuée à une discopathie de L5-S1. Exploration négative du disque. Arthrodèse L3-Sa au moyen d'un greffon encoché. Revue en Mars 1952, persistance des douleurs surtout nettes au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure. Pas d'abcès.

Radio. — Aspect net de sacro-coxalgie gauche. Décalcification péri-articulaire.
Opération. — 16 Mai 1952 : arthrodèse sacro-iliaque gauche par deux encoches en tranchées.
Suites. — Simples. 3 mois d'immobilisation (fig. 15).

Fig. 15. — *Sacro-coxalgie gauche.* 3 mois après l'arthrodèse. Une arthrodèse lombo-sacrée avait été faite antérieurement (obs. 14).

Part en cure sanatoriale. Présente un abcès postérieur au niveau de la cicatrice 1 mois plus tard. Immobilisation. Fistulisation de l'abcès.
En Mars 1953, la malade donne de ses nouvelles. Elle ne souffre pas, commence à se lever, la fistule est presque tarie. Les greffons ne se sont pas éliminés.

Résumé.

L'arthrodèse intra-articulaire au moyen de deux greffons en tranchées est un procédé simple qui permet une immobilisation relativement courte. Appliquée dans 14 cas, elle a donné de bons résultats, sauf chez deux malades atteints de sacro-coxalgie.

Son indication principale en est l'arthrose sacro-iliaque, affection fréquente qu'il faut savoir reconnaître parmi les syndromes lombo-sciatiques.

L'arthrodèse doit, par contre, dans la sacro-coxalgie, rester extra-articulaire.

La technique décrite demande à être exécutée avec une très grande précision en utilisant certains repères qui ont été calculés et contrôlés par des recherches anatomiques.

Références bibliographiques.

Campbell. — Techniques opératoires dans le traitement des affections articulaires lombo-sacrées et sacro-iliaques. *Surg., Gyn. Obst.*, vol. **51**, n° 3, Septembre 1930, p. 381.

Funck Brentano et Dobresco. — Enchevillement trans-articulaire dans la sacro-coxalgie. *Revue d'Orthopédie*, 1939-1940, p. 631.

Gaenslen. — Arthrodèse sacro-iliaque. *J. A. M. A.*, t. **89**, nº 24, Décembre 1927.
Galland. — Communication à la 24e réunion annuelle d'Orthopédie. *Revue d'Orthopédie*, 1949, p. 509-516.
Ingelrans. — *La sacro-coxalgie et son traitement.* Masson, édit., 1930.
P. Ingelrans et H. Oberthur. — Les arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses. *Congrès d'Orthopédie*, Octobre 1949.
R. Massart. — Les arthrites sacrées. *Revue de Chirurgie*, 1930, p. 360.
R. Massart. — Les arthrites chroniques non tuberculeuses des articulations du sacrum. *La Presse Médicale*, 21 Juin 1933.
Mathieu et Lance. — La sacro-coxalgie chez l'adulte. *Revue Médicale Française*, 1934, p. 257-262.
Pieri. — Le double enchevillement autoplastique dans le traitement de la sacro-coxalgie. *Journal de Chirurgie*, t. **36**, 1930, p. 360.
G. Pruvot. — Les arthroses sacro-iliaques. *IIe Conférence du Rhumatisme*, Aix-les-Bains, 1948.
A. Richard, A. Delahaye et J. Calvet. — Remarques cliniques et thérapeutiques sur la sacro-coxalgie. *Revue d'Orthopédie*, Mars 1933.
A. Richard et L. Allard. — Traitement de la sacro-coxalgie. *Journal International de Chirurgie*, Avril 1946.
A. Sicard et G. Pruvot. — L'arthrose sacro-iliaque. Considérations chirurgicales. *Bulletin Médical*, 15 Septembre 1949.
Smith-Petersen-Rogers. — L'arthrodèse dans la tuberculose sacro-iliaque. *J. A. M. A.*, 2 Janvier 1926, p. 26-30.
Tavernier. — Arthrites sacro-iliaques non tuberculeuses. Leur traitement par l'arthrodèse trans-iliaque. *Lyon Chirurgical*, 1943, p. 12.
Tavernier. — Résection arthrodèse trans-iliaque dans la sacro-coxalgie. *Lyon Chirurgical*, 1943, p. 400.
J. Verral. — Greffe osseuse pour fixation sacro-iliaque. *Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **7**, nº 3, Juillet 1926, p. 491-499.

Bases physio-pathologiques de l'équilibre hydro-électrolytique. Ses applications à l'étude de la surveillance des opérés.

Par M.

M. LEGRAIN (1)

L'exposé qui va suivre reprend des notions déjà publiées en langue française et étrangère. Il n'a pour but que de réaliser une synthèse d'un certain nombre de données fondamentales nées de travaux cliniques et expérimentaux consacrés à l'étude des troubles hydro-électrolytiques de l'homme effectués en particulier depuis une vingtaine d'années. Au risque de paraître trop schématique, nous avons volontairement omis de nombreux problèmes et de nombreuses données qui, quel qu'en soit l'intérêt, dépassent à notre avis le cadre des données fondamentales auxquelles nous nous sommes limité.

I. — Répartition de l'eau dans l'organisme. — L'eau est un constituant essentiel de l'organisme. D'après les données récentes, elle représente chez le sujet normal environ 65 p. 100 du poids du corps (fig. 1).

Fait capital : les travaux modernes démontrent que cette eau est répartie en deux secteurs formant : les liquides intra-cellulaires et les liquides extra-cellulaires.

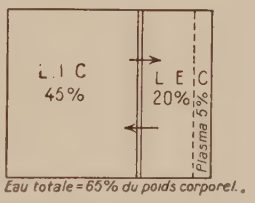


Fig. 1. — Répartition de l'eau dans l'organisme.

L'eau extra-cellulaire, environ 20 *p.* 100 *du poids du corps,* représente *le milieu intérieur* décrit par Claude Bernard, Les liquides extra-cellulaires sont, à leur tour, eux-mêmes, divisés en deux compartiments : *les liquides interstitiels et la lymphe, représentant* 15 *p.* 100 *du poids du corps,* d'une part, *le plasma représentant* 5 *p.* 100 *du poids du corps,* d'autre part. Dans le secteur extra-cellulaire l'eau est unie à des électrolytes, deux sont essentiels : le Cl et le Na. Le plasma se distingue des liquides interstitiels par son assez forte teneur en protéines.

L'eau intra-cellulaire représente environ 45 *p.* 100 *du poids du corps.* Les électrolytes fondamentaux de ce secteur sont les phosphates, les sulfates et le potassium.

Secteurs intra-cellulaire et extra-cellulaire sont séparés par la *membrane*

(1) Attaché de Recherches de l'Institut National d'Hygiène (Pr. P. Bugnard).

cellulaire. Celle-ci est comparée à une membrane semi-perméable qui laisse passer l'eau et est imperméable aux électrolytes. Cette comparaison est schématique, la membrane cellulaire est une membrane vivante aux propriétés innombrables. Dans le cadre de notre étude, sa fonction primordiale est de séparer le secteur extra-cellulaire, composé essentiellement d'une solution de chlorure de sodium, du secteur intra-cellulaire formé avant tout par une solution de phosphate de potassium.

II. — Métabolisme hydro-électrolytique. Ses variations. — Le sujet normal ajuste dans la mesure des possibilités physiologiques les sorties sur les entrées afin de maintenir constant l'équilibre hydro-électrolytique de l'organisme.

Les entrées d'eau moyennes s'élèvent habituellement aux environs de 2 500 cm^3 dont 1 000 cm^3 sont fournis par l'alimentation et le reste par les boissons. La même quantité d'eau est excrétée : par les urines et les selles, 1 500 cm^3, par la peau et la respiration, 1 000 cm^3 environ. Chez le sujet normal, l'eau d'oxydation née des réactions métaboliques est faible, entre 200 et 300 cm^3.

Le bilan électrolytique est également maintenu rigoureusement constant; c'est ainsi qu'un Français absorbe et élimine quotidiennement 8 à 12 g de sel par jour et 2 à 3 g de potassium; c'est essentiellement la fonction rénale qui permet le maintien d'un bilan équilibré.

Outre l'équilibre entre les entrées et les sorties, le sujet sain, grâce aux propriétés fondamentales de la membrane cellulaire, maintient également constant l'équilibre entre les secteurs extra et intra-cellulaires dont nous avons déjà aperçu la composition très différente.

La maladie, la thérapeutique même vont venir modifier ce précieux équilibre. Les perturbations peuvent être de deux types :

a) Celles qui portent sur le bilan entrées-sorties comme, par exemple, une réhydratation abusive, ou, à l'inverse, une fistule bi iaire, une aspiration duodénale. Ce sont les plus simples, bien qu'en pratique trop souvent méconnues.

b) Celles, plus complexes, plus sournoises, souvent difficiles à interpréter et à corriger, qui portent sur la rupture de l'équilibre hydro-électrolytique normal entre les deux secteurs intra et extra-cellulaires, le trouble initial pouvant porter sur l'un ou l'autre secteur.

Cette distinction est schématique, il est évident, en effet, que toute perturbation du bilan entrées-sorties entraîne secondairement une rupture de l'équilibre humoral de l'organisme.

En pratique, dans le cas particulier des opérés, il faut reconnaître que *la majorité des troubles hydro-électrolytiques post-opératoires sévères résultent d'un mauvais bilan entrées-sorties. Celui-ci entraîne des modifications de la constitution hydro-électrolytique du secteur extra-cellulaire qui, comme nous le verrons, retentissent à leur tour sur le compartiment intra-cellulaire.* Par contre, les troubles primitifs du secteur intra-cellulaire retentissant secondairement sur le secteur extra-cellulaire, tel le cas de l'alcalose hypochlorémique par déficit primitif en potassium intra-cellulaire, nous paraissent assez rares, nous les laisserons volontairement hors de cette étude quel qu'en soit l'intérêt.

III. — Constitution électrolytique du plasma sanguin. — Elle est essentielle à connaître. La constitution électrolytique du plasma est, en effet, à l'exclusion des protéines, sensiblement identique à celle des liquides interstitiels. En conséquence, *les dosages plasmatiques renseignent valablement sur la composition électrolytique des liquides extra-cellulaires.* Cette dernière joue un rôle fondamental; nous verrons qu'elle commande une grande partie des troubles susceptibles d'être présentés par un opéré. Une interprétation correcte doit conduire à un traitement efficace.

Avant d'étudier le détail de la structure ionique du plasma, nous voudrions insister sur la définition de certains termes dont l'intérêt justifie l'emploi croissant. Les quotations en milliéquivalents et milliosmoles se substituent à l'expression pondérale utilisant les grammes ou les milligrammes; on remplace ainsi une notion de concentration pondérale par une notion de concentration ionique physiologiquement beaucoup plus juste.

Le milliéquivalent est donné par la formule suivante :

$$\frac{\text{Poids en milligrammes par litre} \times \text{Valence}}{\text{Poids atomique}}.$$

Par exemple, un chiffre de chlore plasmatique de 3,55 g/l s'exprime en milliéquivalents de la façon suivante :

$$\frac{3\,500 \times 1}{35{,}5} = 100.$$

Soulignons que les ions qui intéressent surtout le chirurgien, comme le Na, le Cl, le K, sont monovalents; le résultat en milliéquivalents est, dès lors, obtenu par la simple division du poids exprimé en milligrammes par litre par le poids atomique.

L'intérêt de ce mode de cotation apparaîtra d'emblée à la lumière d'un exemple classique. Les chiffres normaux du Cl et du Na plasmatiques sont respectivement de 3,60 g et de 3,20 g/l. On pourrait en conclure qu'il y a plus de Cl que de Na dans le plasma. En fait c'est l'inverse qui est vrai si l'on envisage les concentrations ioniques, comme le démontre aisément la cotation en milliéquivalents. La formule précédemment exposée montre en effet, qu'il existe 142 mEq de Na et 103 mEq de Cl dans le plasma. Seule l'utilisation de la quotation en milliéquivalents est susceptible de faire apparaître de façon claire les rapports entre les divers ions de l'organisme.

Le milliosmole est l'unité utilisée pour exprimer les pressions osmotiques. La pression osmotique est pour les ions uniquement fonction du nombre de particules contenues dans l'unité de volume. L'expression en milliosmoles est obtenue à partir de l'expression pondérale par la formule suivante :

$$\frac{\text{Poids en milligrammes par litre}}{\text{Poids atomique}}.$$

On voit ainsi que pour les ions monovalents les valeurs exprimées en milliéquivalents sont identiques à celles exprimées en milliosmoles.

La concentration ionique du plasma sanguin exprimée en milliéquivalents est la suivante :

Na	142	Cl	103
K	5	PO^4H	2
Ca	5	SO^4	1
Mg	3	Ac. organ	6
CO^3H	27	Protéines	16

Ces données peuvent encore être représentées d'une façon schématique imaginée par Gamble (fig. 2).

L'équilibre entre la colonne des anions et des cations est *rigoureux*,

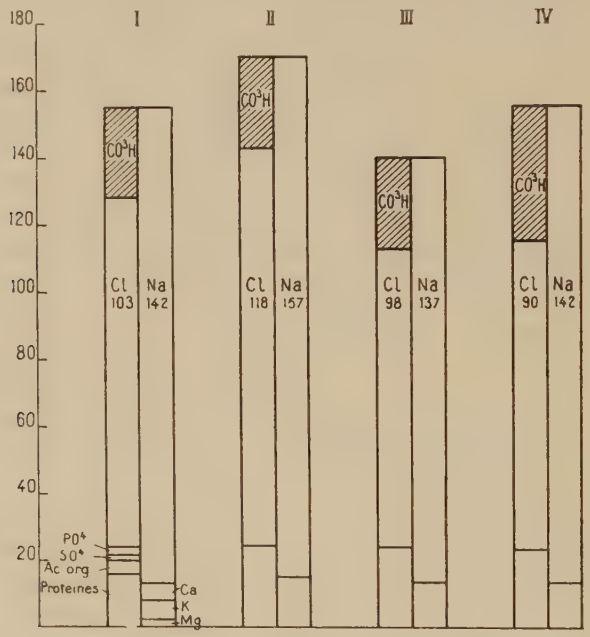


Fig. 2. — I. Constitution électrolytique du plasma normal d'après Gamble. — II. Hypertonie plasmatique succédant par exemple à une rechloruration abusive et élevant également le Cl et le Na, La réserve alcaline reste normale. — III. Hypotonie plasmatique succédant par exemple à une réhydratation abusive. Baisse parallèle du Cl et du Na. — IV. Dissociation entre le Cl et le Na. Baisse du Cl sans baisse parallèle du Na. Élévation de la *réserve alcaline*. C′ est le cas de l'alcalose hypochlorémique des vomisseurs.

Ces diagrammes sont schématiques et arbitraires. Volontairement les variations n'ont porté que sur les ions fondamentaux Na, Cl, CO^3H.

il est fondamental, il conditionne l'électro-neutralité indispensable à la vie. Toute modification minime aboutit aux états dits d'acidose ou d'alcalose. Toute modification importante est incompatible avec la vie.

L'étude de la figure 2 appelle un certain nombre de commentaires :

1° *Les cations.* — *a*) Le Na est le cation essentiel, irremplaçable. Il représente 142 mEq sur 155. Les autres cations, K, Ca, Mg, représentent en

tout 13 mEq, leurs variations pathologiques sont très faibles. Cette importance de l'ion Na, évidente sur la figure 2, va permettre de fournir des renseignements précieux sur la concentration électrolytique *globale* du plasma sur le seul dosage de la natrémie. Nous avons vu la nécessité de l'égalité entre la colonne des anions et des cations. Or le taux du Na + 13 donne avec une approximation suffisante pour la clinique le taux total des anions. En conséquence, la formule (Na + 13) 2 fournit donc le taux global des électrolytes du plasma. Ce fait souligne l'intérêt du dosage du Na dans l'étude des troubles électrolytiques des opérés. Ce dosage peut être pratiqué par les méthodes chimiques usuelles, il est long. La nécessité de dosages répétés souligne l'intérêt des dosages effectués simplement et rapidement grâce à l'emploi du photomètre à flamme.

b) Le K existe à un taux très faible dans les liquides extra-cellulaires, 5 mEq, contrastant avec le taux très élevé du K dans les liquides intracellulaires, aux environs de 140 mEq. Toutefois, l'action capitale de cet électrolyte sur la fibre nerveuse et cardiaque souligne l'intérêt de son contrôle fréquent chez certains opérés. Ce dosage peut également être aisément pratiqué grâce au photomètre à flamme. Nous laissons volontairement de côté dans cet article le problème très particulier des troubles du métabolisme du potassium chez les opérés.

2° *Les anions.* — L'étude de la colonne des anions en révèle d'emblée la relative complexité. 2 ions cependant ont une valeur capitale : CO^3H et Cl.

a) Le Cl représente 103 mEq. Ce chiffre est très inférieur au taux du Na. Autrement dit seule une partie du Na est unie au Cl. C'est donc une grossière erreur que d'exprimer le Cl plasmatique en ClNa comme on le fait encore fréquemment. Cl et Na peuvent varier indépendamment, l'un peut être normal et l'autre bas ou élevé. En conséquence, on ne doit *pas se baser sur le dosage du Cl plasmatique seul pour guider de façon sûre une rechloruration*. Le dosage du Cl globulaire est encore couramment demandé. On estimait que le Cl globulaire représentait le Cl tissulaire. Nous avons vu que le Cl est pratiquement absent des cellules à l'exception des globules rouges. Le dosage du chlore globulaire est sans intérêt dans la surveillance des malades chirurgicaux.

b) L'ion CO^3H est l'équivalent acide de ce que l'on dénomme habituellement la *réserve alcaline* (1). Cet ion dont le taux est sous le contrôle de la respiration représente un merveilleux mécanisme régulateur. Il va permettre en permanence l'équilibre entre la colonne des anions et des cations. Si le Na vient à baisser sans baisse parallèle du Cl la réserve alcaline baisse. Si le Cl s'abaisse et le Na se maintient normal la réserve alcaline s'élève, telle est l'alcalose hypochlorémique des vomisseurs, etc. (fig. 2). Ces faits démontrent que le taux de la réserve alcaline est le reflet d'une adaptation à un trouble, ce fait ne doit pas être perdu de vue dans la thérapeutique. Il faut, en effet, s'efforcer de corriger le trouble plutôt que de corriger à tout prix la réserve alcaline comme, par exemple, en élevant le Na par l'administration de sérum bicarbonaté.

(1) L'expression en mEq est obtenue en divisant le nombre de centimètres cubes de CO^2 dégagé pour 100 cm^3 de sang (60 volumes chez le sujet normal) par le coefficient 2,22.

Si au lieu maintenant de considérer le détail de la constitution électrolytique du plasma sanguin nous envisageons la valeur électrolytique totale, soit 310 mEq ou 290 mOsm chez le sujet normal, quels sont à la lumière de ce qui a été dit aux deux premiers paragraphes les troubles qui peuvent naître des modifications de la valeur osmotique totale du plasma sanguin ? Ils sont essentiellement de deux types :

1° La valeur osmotique globale des électrolytes du plasma est élevée (1) : on est en droit de parler d'hypertonie du plasma et également des liquides extra-cellulaires (fig. 2). Schématiquement cet état entraîne un mouvement d'eau des liquides intra-cellulaires vers les liquides extra-cellulaires qui tend à corriger le trouble. L'hypertonie plasmatique tend à s'accompagner d'une déshydratation intra-cellulaire.

2° Inversement la valeur osmotique globale des électrolytes du plasma est abaissée : on est en droit de parler d'hypotonie plasmatique et également d'hypotonie des liquides extra-cellulaires (fig. 2). Schématiquement cet état entraîne un mouvement d'eau des liquides extra-cellulaires vers les liquides intra-cellulaires qui tend à corriger le trouble initial. L'hypotonie plasmatique tend à s'accompagner d'une hyperhydratation intra-cellulaire.

Ces données soulignent à la fois l'intérêt de ces mesures et leur défaillance possible. En effet, sous l'influence de mouvements d'eau interne le trouble initial peut se trouver artificiellement masqué. Cette notion ne doit pas être perdue de vue lorsque le traitement mis en œuvre ne semble pas fournir les résultats escomptés.

IV. — Action physiopathologique des liquides de remplacement employés en chirurgie. — 1° *Le sérum glucosé isotonique.* — Il représente exclusivement un apport aqueux plus un apport calorique. L'eau amenée par le sérum glucosé intra-veineux va se répartir dans les deux secteurs liquidiens de l'organisme. En effet, d'une part le glucose franchit très rapidement la membrane cellulaire, d'autre part le glucose est rapidement métabolisé. Le sérum glucosé n'est que de l'eau qui vaut 200 calories au litre. Son action sur le bilan hydro-électrolytique est entièrement comparable à l'absorption de 1 l d'eau. L'administration de sérum glucosé couvre les pertes en eau et seulement celles-ci. L'abus du sérum glucosé tend à créer des hyperhydratations globales. Il est, par contre, le traitement idéal des hypertonies plasmatiques chez les sujets qui ne peuvent boire.

2° *Le sérum salé isotonique.* — Il apporte par litre 150 mEq de Cl et 150 mEq de Na. Donc par rapport au plasma normal le taux de Na est à peu près identique, le taux de Cl beaucoup plus élevé. Ce sérum n'est pas physiologique.

Il apporte les deux électrolytes fondamentaux des liquides extra-cellulaires à une concentration qui est isotonique vis-à-vis du plasma. Comme nous l'avons vu ces électrolytes ne peuvent guère franchir la membrane

(1) Elle peut être déterminée par diverses méthodes : dosages chimiques des électrolytes du plasma qui, en pratique, peuvent se réduire au dosage du Na, Δ cryoscopique corrigé, résistivité.

cellulaire (1). En conséquence, l'eau apportée avec ces électrolytes dans le sérum va rester au moins en très grande partie dans le secteur extra-cellulaire. Le sérum salé isotonique est adapté à la correction des pertes salines associées à des pertes en eau. L'abus du sérum salé isotonique tend à créer des hyperhydratations prédominant sur le secteur extra-cellulaire. Ce sérum ne doit jamais être employé seul en cas d'hypotonie plasmatique, il ne peut corriger efficacement le trouble, il expose le malade aux œdèmes.

L'opposition entre le sérum salé isotonique et le sérum glucosé isotonique peut encore être exposée de façon caricaturale de la manière suivante : supposons un malade pesant 100 kg, l'eau totale représente 65 l, l'eau extra-cellulaire 20 l, l'eau intra-cellulaire 45 l. En supposant qu'ils ne soient pas éliminés, l'administration de 1 l de sérum glucosé entraînera une augmentation de 1 l de l'eau totale répartie à la fois sur le secteur extra et intra-cellulaire; l'administration de 1 l de sérum salé entraînera une augmentation de 1 l du secteur extra-cellulaire. Cette notion est essentielle à retenir pour comprendre la genèse de nombreuses hypoprotidémies post-opératoires liées à l'abus du sérum salé isotonique. Celui-ci a gonflé le secteur extra-cellulaire donc augmenté le volume plasmatique, les protides plasmatiques se trouvent dilués.

3° *Le sérum bicarbonaté isotonique.* — Il contient par litre 165 mEq de Na (sérum à 14 g/l, codex 1949). Il apporte donc du Na, électrolyte fondamental des liquides extra-cellulaires à une concentration très légèrement hypertonique. Par contre, il n'apporte pas d'ion chlore. Le Na reste dans le secteur extra-cellulaire, il y retient l'eau qui l'accompagne, mais ce sodium au lieu d'être tamponné par l'ion chlore est tamponné par l'acide carbonique placé sous le contrôle respiratoire, la réserve alcaline s'élève. Dans le cadre du traitement des opérés le sérum bicarbonaté isotonique n'est justifié que lorsque le déficit en ion Na ne s'est pas accompagné d'un déficit parallèle en ion chlore.

4° *Le sérum salé hypertonique.* — Il apporte les constituants essentiels des liquides extra-cellulaires Cl et Na avec une quantité négligeable ou faible d'eau (sérum à 10 et 20 p. 100). Cl et Na restent dans le compartiment extra-cellulaire. L'administration de sérum salé hypertonique tend à créer une hypertonie plasmatique qui secondairement appelle de l'eau du secteur intra-cellulaire vers le secteur extra-cellulaire. Ce sérum est le traitement de choix des états d'hypotonie plasmatique. Il sera employé seul en cas d'hypotonie plasmatique avec hyperhydratation ou hydratation normale.

La fréquence des états d'hypotonie avec déshydratation chez les opérés conduit à ajouter le sérum salé hypertonique à 20 p. 100 au sérum isotonique réalisant ainsi des concentrations qui, suivant les cas, varieront de 12 à 20 p. 1 000.

Un maniement correct de ces quatre sérums doit permettre de prévenir ou de corriger la majorité des troubles hydro-électrolytiques post-opératoires.

(1) Le passage éventuel des divers électrolytes et, en particulier, du Na à travers la membrane cellulaire a été parfaitement démontré. Ce fait n'infirme pas pour autant les notions fondamentales exposées.

Ils ne condamnent pas pour autant la prescription de sang ou de plasma, sachant que ces derniers apportent une quantité importante d'électrolytes dont il faut tenir compte dans l'établissement de la balance.

V. — Principes d'un traitement hydro-électrolytique correct. — Nous avons dit que les désordres liés exclusivement à un déséquilibre entre les liquides intra et extra-cellulaires sont relativement rares et souvent bien tolérés. Nous avons souligné, par contre, combien un déséquilibre de la balance entrées et sorties est susceptible de modifier gravement la constitution des liquides extra-cellulaires entraînant, soit directement, soit secondairement par retentissement sur le secteur intracellulaire des troubles extrêmement divers qui peuvent être sévères en l'absence d'une correction efficace et précoce.

De nombreuses règles pratiques sont constamment données pour la prévention ou la correction de ces troubles, il n'y a en fait qu'une règle possible : le maintien d'une balance hydro-électrolytique équilibrée, grâce à un traitement adapté à chaque malade, à chaque opération. Pour établir ce bilan dans les conditions *idéales*, il convient de préciser aussi soigneusement que possible :

1° *Les pertes en eau* constituées par les pertes obligatoires (perspiration et respiration) estimées à 1 l chez le sujet apyrétique mais dépassant souvent largement ce chiffre en cas de fièvre et de troubles respiratoires;

Les pertes urinaires;

Les pertes extra-rénales : fèces et surtout dans certains cas vomissements, liquides d'aspiration duodénale, fistules, etc.

Il convient à ce propos d'opposer les pertes obligatoires qui sont presque exclusivement hydriques aux autres où à la déperdition aqueuse s'associe une déperdition électrolytique variable, notion essentielle pour le traitement.

2° *Les pertes en électrolytes.* — Le seul dosage couramment pratiqué est celui du chlore. Ce dosage est insuffisant, il expose à des erreurs. En effet l'élimination isotonique habituelle du Cl et du Na dans les urines fait souvent défaut chez les opérés, d'autre part, les autres liquides de l'organisme, suc gastrique, liquide intestinal, etc. contiennent des taux de Cl et de Na très différents, aussi est-il souhaitable de pouvoir doser dans les cas complexes avec déperdition extra-rénale importante outre le Cl, le Na et le K, soulignant une fois encore l'intérêt du photomètre à flamme qui permet des dosages rapides et répétés.

Fait important : tous les liquides éliminés sont hypotoniques vis-à-vis du plasma sanguin à l'exclusion des urines dont la composition varie suivant les cas.

3° *Les dosages des électrolytes du plasma* viendront faire le point de la balance. Ils portent sur le Cl, la R. A., le Na et le K. Comment mener le traitement ?

a) *Les chiffres plasmatiques sont normaux.* — Le traitement hydro-électrolytique vise simplement à couvrir les pertes d'après les principes suivants :

Les pertes en eau pure doivent être couvertes par de l'eau pure (boissons ou sérum glucosé). Les besoins en eau sont donc de 1 l au *minimum*, représentant les pertes aqueuses obligatoires.

Les pertes urinaires seront couvertes par du sérum salé isotonique.

Les pertes extra-rénales seront rigoureusement couvertes. Nous avons dit que les déperditions étaient toujours hypotoniques, elles seront aisément couvertes par des solutions isotoniques + eau. Supposons, par exemple, une déperdition extra-rénale de 1 l comprenant 4,5 g de ClNa, elle sera compensée par l'administration de 500 cm³ de sérum salé isotonique + 500 cm³ de sérum glucosé compensant ainsi à la fois le déficit aqueux et le déficit électrolytique.

b) *Les chiffres sont anormaux.* — Il faut alors rattraper une erreur, combler un retard. En sus des règles précédentes qui couvrent seulement les pertes, on prescrira de façon générale :

Du sérum salé hypertonique en cas d'hypotonie plasmatique (Na bas). La dose et le rythme d'administration sont fonction du poids du malade, donc du volume des liquides extra-cellulaires, du taux des électrolytes du plasma et des circonstances cliniques.

L'augmentation des boissons ou l'administration de sérum glucosé en cas d'hypertonie plasmatique (Na haut) en suivant les mêmes principes.

Nous avons insisté sur la fréquence des dissociations entre le taux de Na et le taux de Cl. Si le Na est bas sans baisse parallèle du Cl c'est le sérum bicarbonaté qu'il faut employer. Si le Cl a baissé indépendamment du Na la prescription de chlorure d'ammonium peut être indiquée. Enfin nous rappellerons l'intérêt du maintien de l'équilibre de la balance du potassium afin d'éviter les hypokaliémies graves.

Ces règles, nous l'avons déjà dit, ne peuvent tout résoudre; à côté des notions fondamentales qui ont été exposées de nombreux faits particuliers ont été passés sous silence, bien des inconnues subsistent, bien des données seront à réviser. Les troubles du métabolisme intra-cellulaire commencent à peine à être entrevus, peut-être expliqueront-ils des échecs thérapeutiques actuellement mystérieux.

Fait essentiel, les troubles hydro-électrolytiques ne représentent qu'une petite partie de la maladie post-opératoire, leur importance ne saurait faire négliger le reste; l'hypertonie plasmatique ou l'hypotonie, l'alcalose ou l'acidose ne doivent pas faire méconnaître un obstacle mécanique sur le tube digestif, une embolie pulmonaire, une anémie aiguë, un effondrement tensionnel, bien des accidents post-opératoires graves s'accompagnent d'une balance hydro-électrolytique voisine de la normale.

Bibliographie.

Gamble, J. L. — *Constitution chimique, physiologie et pathologie du liquide extracellulaire.* Un vol. 1948, Paris (G. Doin et Cie, édit.), 181 p.

Hamburger, J. et Mathe, G. — *Physiologie normale et pathologique du métabolisme de l'eau.* Un vol. 1952 (Flammarion, édit.), 502 p.

Mach, R. S. — *Les troubles du métabolisme du sel et de l'eau.* Un vol. 1946, Paris (Masson et Cie, édit.), 248 p.

Moore, F. D. et Ball, M. R. — *The metabolic response to Surgery.* Un vol. 1952 (Springfield, C., Thomas, édit.), 156 p.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

M. Mosinger. — Médecine et chirurgie pathogénique. Cancer (Neuro-ergonologie. Pathologie corrélative ou d'intégration. Choc. inflammation. diencéphale) (Un vol., 773 p., 318 fig. en noir. 1 fig. en couleurs. 1 planche h. t. en couleurs, Masson et Cie. édit., Paris, 1953. Prix 3.000 fr.).

A notre époque de recherches intensives touchant la médecine pratique et ses applications dans les différentes disciplines, il est intéressant de constater que la construction des grandes théories médicales traditionnelles est plus florissante que jamais.

A côté de Selye, de Speransky, de Philippe Decourt et d'autres, Mosinger élève son grand édifice pathogénique : c'est la *pathologie d'intégration* telle qu'il l'avait dénommée avec Roussy et qu'il développe en l'étendant sous le nom de *neuro-ergonologie*.

Il y fait entrer, sous les termes de : *agressologie, phlogologie, clastologie, blastologie, hétérergie*, tous les groupes de lésions que l'on peut rencontrer, et notamment le cancer.

M. Mosinger, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Coimbra, a beaucoup expérimenté. Une partie importante de son livre est consacrée au rassemblement de ses très nombreux protocoles expérimentaux, notamment sur la physiologie de l'hypophyse et de l'hypothalamus, avec le phénomène de la neurocrinie, sur les cancers expérimentaux d'origine hormonale avec leurs variations suivant les espèces, enfin sur les réactions aux traumatismes et aux substances étrangères.

Ceux qui sont intéressés par les recherches de ce grand travailleur trouveront dans ce livre important toutes les informations pour en prendre connaissance et les juger.

P. Moulonguet.

Herbert Fanger et **Wesley F. Roberts** (Providence, Rhode Island). — **Étude clinique des mélanomes malins** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **246**, n° 11, 22 Mai 1952, p. 813).

47 cas de mélanomes malins ont été observés à l'hôpital de Rhode Island.

Le siège a été, l'extrémité distale des membres, la face, la racine des membres. La localisation au niveau du pied est une des plus fréquentes. L'intervalle observé entre le diagnostic et les premières métastases a été de 11 mois environ. La survie moyenne après la découverte des métastases a été de 25 mois. Il paraît impossible de baser le pronostic sur l'examen histologique comme cela a été essayé dans le groupe des 26 malades qui est particulièrement étudié ici; 10 ont survécu, 4 ans et plus, 3 seulement d'ailleurs n'ont ni récurrence, ni métastase. Le but de cet article n'est pas d'apprécier les méthodes thérapeutiques car le nombre de cas étudiés est trop peu important.

Il faut retenir que les mélanomes malins quoique ayant un mauvais pronostic ne sont pas immédiatement mortels et sont compatibles avec une assez longue période de vie même lorsqu'il existe une récidive ou une métastase.

Ceci doit engager les chirurgiens à intervenir le plus largement et le plus précocement possible et surtout à ne pas adopter une attitude négative.

Henri Redon.

S. W. Arhelger et **A. J. Kremen** (Minneapolis, Minn.). — **Épithéliomas arsenicaux d'origine médicale** (*Surgery*, vol. **30**, n° 6, Déc. 1951, p. 977-985).

Certains composés arsenicaux sont des agents carcinogènes actifs; des épithéliomas cutanés peuvent apparaître, et la chose est connue de longue date, chez les ouvriers manipulant des produits arsenicaux, mais peuvent aussi résulter de l'emploi d'arsenic comme médicament.

8 cas ont été observés dans l'espace de 2 ans à l'Hôpital des tumeurs de Minneapolis, sur 110 cancers cutanés.

Les kératoses arsenicales peuvent être considérées comme des cancers en puissance et doivent être traitées activement (excision chirurgicale ou destruction au galvanocautère).

Le cancer arsenical confirmé a le pronostic de tous les cancers cutanés, c'est-à-dire qu'il est relativement bénin et que les métastases sont rares. Habituellement, sur des lésions de faible dimension, diagnostiquées par biopsie, on discutera entre excision chirurgicale et radiothérapie. Ce n'est que devant une lésion anormalement étendue qu'une amputation devrait être envisagée. Les métastases lymphatiques nécessiteront des curages ganglionnaires.

Paul Banzet.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Jean Quenu. — **Nouvelle Pratique Chirurgicale illustrée.** (fasc. 6, un vol. de 270 p., avec 249 fig., G. Doin et Cie, Édit. 1952).

Ce 6e fascicule de la *Nouvelle Pratique chirurgicale* illustrée comporte l'exposé des techniques suivantes :

Œsophagectomie pour cancer de l'œsophage thoracique situé au-dessus de la crosse aortique, avec anastomose œsophago-gastrique cervicale (G. Thomeret).

Œsophago-gastrostomie par voie thoracique pour méga-œsophage (J. Perrotin).

Gastropexie pariétale comme traitement d'une éventration diaphragmatique (J. Quenu).

Gastrectomie totale par voie abdomino-thoracique pour cancer de l'estomac (J. Perrotin).

Opération de Noble (G. Thomeret).

Le 1er article de Thomeret concerne une intervention élargie par résection de l'extrémité interne de la clavicule en raison de la morphologie spéciale du patient très musclé et gros. L'anastomose a été une implantation œso-gastrique termino-latérale en 3 plans tout-à-fait classique. L'intervention a été menée tout entière par la voie gauche.

La gastropexie pour éventration diaphragmatique que recommande M. Quenu se pratique par une incision sus-ombilicale oblique trans-rectale prolongée à droite de la ligne médiane. L'estomac fortement attiré vers le bas par un aide est fixé successivement à la face profonde de la lèvre péritonéale de la partie supérieure de l'incision puis à la face profonde du feuillet péritonéal inférieur, cette fixation étant pratiquée à quelque distance de la suture supérieure pour réaliser une extra-péritonisation d'un segment de la face antérieure de l'estomac dont l'adhérence aux plans pariétaux sera favorisée par le badigeonnage de la séreuse au moyen d'un liquide antiseptique.

Pour la gastrectomie totale par voie abdomino-thoracique, Perrotin conseille une incision oblique trans-rectale sus-ombilicale qui sera agrandie secondairement en thoracotomie la long du 8e espace intercostal. La thoracotomie ne sera pratiquée que secondairement après que l'opérateur aura réalisé la gastrolyse, la section de l'estomac du côté duodénal et aura préparé l'anse jéjunale en Y, montée à travers le mésocôlon, destinée à l'anastomose œso-jéjunale; celle-ci sera faite termino-latérale par implan-

tation du bout œsophagien sur la convexité de la branche verticale de l'Y jéjunal, non loin de l'oblitération en cul de sac de son extrémité supérieure.

La technique de l'opération de Noble n'avait pas encore fait l'objet d'une description réglée. L'article de Thomeret apporte au chirurgien toutes les précisions nécessaires pour la conduite de cette intervention et montre en particulier que la plicature totale évite d'avoir à aveugler des cornets mésentériques dont la persistance ferait peser un risque d'incarcération.

MARCEL ROUX.

Graham. — Year Book of General Surgery, 1952, Year Book, éditeurs.

On sait le succès qu'a obtenu la collection des *Year Books*. Le nouveau paru dans la section chirurgie, est digne des précédents, faisant le point des progrès de l'année dans l'art chirurgical.

La première partie qui traite des soins pré et post-opératoires, et de l'équilibre des électrolytes, la dernière partie qui traite des progrès de l'anesthésie, encadrent 500 pages consacrées à l'étude sommaire des techniques les plus récentes, chacune comportant la référence précise où peut se reporter le lecteur curieux de plus de détails, mais aussi quelques figures ou schémas qui, joints à un texte extrêmement clair, renseignent habituellement très suffisamment sur l'essentiel du contenu de chaque article.

LUCIEN LEGER.

Erich Lexer, revu par **E. Rehn. — Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie (Traité de Chirurgie générale)** (T. II, un vol., 740 p., 298 fig., Ferdinand Enke, édit., Stuttgart, 1952). Pr. : broché, 84 DM, relié, 88 DM.

Le tome II de l'ouvrage de Lexer, revu par E. Rehn, apporte à l'étudiant les notions indispensables en matière de chirurgie générale et constitue en quelque sorte une introduction à l'étude de la chirurgie.

Il y trouvera réunis, dans une première partie, les effets des agents traumatiques sur les différents organes (peau, muscles et fascias, tendons, nerfs, vaisseaux, articulations, os), puis l'étude des blessures occasionnées par agents chimiques et thermiques.

Un 2e chapitre est consacré aux affections chirurgicales de ces mêmes organes, à l'exclusion des infections et des tumeurs. Il est suivi de quelques pages concernant l'action thérapeutique des corps bio-catalyseurs (vitamines, hormones, ferments).

L'étude générale des tumeurs constitue le gros morceau de l'ouvrage qu'elle remplit plus qu'à moitié. Après l'exposé du développement et des théories pathogéniques concernant les tumeurs, Rehn en envisage tour à tour les différentes variétés, dans leur morphologie et leur aspect clinique, apportant à propos de chacune d'elles un bref exposé histologique qu'éclairent d'excellentes micro-photographies.

Les néoplasies du cerveau et des troncs nerveux font l'objet d'un chapitre particulier.

Cette seconde partie, si elle est très complète et clairement présentée, n'apporte malheureusement (étant donnée l'ampleur du sujet) que des notions très brèves et concises; mais il est offert aux cliniciens et aux étudiants de se documenter plus amplement grâce aux excellentes et copieuses notices bibliographiques qui terminent chaque chapitre.

R. GUEULLETTE.

Edward A. Edwards et **Major Roy W. Leeper** (Boston). — **Gelures. analyse de 71 cas** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **149**, n° 13, 26 Juin 1952, p. 1199-1205, avec 4 fig.).

Les auteurs ont observé un grand nombre de gelures chez des soldats combattant en Corée et ils apportent ici le bilan de leur expérience d'après 71 observations.

Ces gelures intéressaient 67 fois les pieds et 3 fois les mains de façon exclusive. 1 seul patient avait à la fois des gelures graves des mains et des pieds.

D'une façon générale ces gelures ont abouti à des nécroses relativement localisées et 7 sujets seulement durent subir des amputations de doigts ou d'orteils. Seuls ces sujets gravement atteints n'ont pas été récupérables.

Après avoir détaillé 5 observations parmi les plus typiques et les plus graves, les auteurs rappellent, ce qui est une notion classique, que les gelures provoquées par exposition au froid sec sont moins graves que celles provoquées par le froid humide dont le type est le pied de tranchée.

Ils décrivent l'évolution de la gelure en trois stades successifs :

Le *stade aigu* englobe les phases de refroidissement puis de réchauffement, d'apparition des phlyctènes et de début de la nécrose, celle-ci demeurant d'ordinaire assez superficielle et n'intéressant qu'assez peu les plans profonds, l'atteinte du plan profond dépendant essentiellement de la *durée* de l'exposition au froid.

Au *stade sub-aigu*, qui se situe à partir de la 3e semaine, l'escarre se délimite progressivement. Cette délimitation n'est jamais complète avant la 6e semaine. C'est à ce stade que se manifestent les troubles vaso-moteurs les plus marqués, caractérisés par la cyanose, la sudation, les modifications des ongles et des téguments. Il s'agit d'un vaso-spasme évident. On note parfois même la disparition du pouls pédieux. C'est le stage également où la gelure peut s'infecter quoique cette éventualité ne soit pas très fréquente.

Enfin dans le *dernier stade* que les auteurs qualifient de *chronique* on assiste à une résolution progressive du vaso-spasme et à une disparition de l'hyperhydrose mais s'installent alors des lésions de scléro-dactylie en même temps qu'apparaissent des phénomènes douloureux inhabituels à un stade antérieur. Ce stade chronique peut s'étaler sur de nombreux mois (jusqu'à 2 ans). Les lésions d'ailleurs peuvent s'amender à la longue.

D'une façon générale, la maladie est d'autant plus grave que le malade avait initialement un système vaso-moteur plus irritable.

Du point de vue thérapeutique les auteurs pensent qu'il faut, au stade de début, se garder de thérapeutique agressive. Ils rappellent que le réchauffement ne doit pas être brutal. La thérapeutique doit consister simplement en administration *d'antibiotiques* et de substances *sympathicolytiques* (procaïne par voie intra-veineuse à la dose de 1 g dans 1 l de sérum physiologique, cette dose étant répétée journellement pendant 15 jours). On y associe l'acide nicotinique à la dose de 300 mg. Il ne semble pas qu'il soit indiqué à ce stade de rechercher un effet de vaso-dilatation par le blocage novocaïnique des chaînes sympathiques. Celui-ci leur a paru favoriser au contraire l'extension de la gangrène.

Par contre la sympathectomie reprend tous ses droits au stade sub-aigu de vaso-spasme et là elle semble avoir un rôle utile pour hâter la guérison et prévenir les séquelles. La sympathectomie lombaire a été pratiquée chez 6 malades avec des résultats très favorables.

Les auteurs n'ont pas une expérience suffisante des anti-coagulants pour pouvoir exprimer une opinion formelle. Il n'a pas semblé que dans les cas où ils ont essayé cette thérapeutique les sujets en aient tiré un quelconque bénéfice.

MARCEL ROUX.

E. Henrichsen, K. Jansen et **W. Krogh-Poulsen** (Copenhague). — **Recherches expérimentales sur la réaction des tissus à la prothèse acrylique** (*Acta Orthopaedica Scandinavica*, vol. **22**, fasc. 2, p. 141-146, avec 3 fig.).

Les auteurs rapportent leurs expériences faites avec des substances acryliques, spécialement avec des matières plastiques auto-polymérisantes.

Ils ont implanté dans les os longs chez des porcs des spécimens de différentes matières. acryliques. Au bout de 2 mois environ, ils ont examiné les os après autopsie. De leur examen radiographique et histologique ils ont pu conclure qu'il ne s'était produit aucune réaction dans les substances acryliques et que ces corps acryliques étaient solidement fixés dans le tissu osseux.

L'examen histologique n'a décelé aucun signe d'ostéite; le tissu osseux formait une paroi lamellaire tout autour du corps acrylique.

Les auteurs estiment que les résultats de leur expérience doivent encourager les savants à poursuivre leurs recherches sur les substances acryliques.

ALBERT MOUCHET.

APPAREIL LOCOMOTEUR

L. F. Peltier (Minneapolis, Minn.). — **Étude de la pression intra-médullaire au cours de l'emploi de la méthode de Küntscher** (*Surgery*, vol. **30**, n° 6, Déc. 1951, p. 964-966, avec 1 fig.).

P. a étudié expérimentalement les variations de pression dans la cavité médullaire à la suite de l'introduction d'un clou de Künstcher.

Il se produit une augmentation de pression, temporaire, mais extrêmement élevée, qui pourrait théoriquement être à l'origine d'embolies graisseuses.

Cette pression est d'autant plus élevée que les coups de marteau sur le clou sont frappés à intervalles plus rapprochés. Elle retombe à la normale 60 s. après le dernier coup de marteau.

Il est donc indiqué, pratiquement, lorsque l'on enfonce un clou de Küntscher, d'espacer de quelques secondes chaque coup de marteau frappé sur le clou.

PAUL BANZET.

L. Leger, P. Pineau et **J. Andrieux** (Paris). — **Localisations osseuses de la maladie de Hodgkin** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 82, 25 Déc. 1952, p. 1763-1766, avec 8 fig.).

Rapportant 3 cas récents de localisations osseuses de la maladie de Hodgkin L. et ses collaborateurs notent que si tant d'opinions divergentes existent encore parmi les auteurs, cela tient peut-être à ce que plus de la moitié des foyers osseux ne sont pas visibles à la radio (Schinz). Aussi faut-il étudier séparément des *faits anatomiques* vérifiés macroscopiquement (pourcentage environ 50 p. 100) et des *faits cliniques et radiologiques*, moins fréquents (12 à 15 p. 100).

Le siège principal de ces lésions est le rachis, puis le bassin, le fémur, le sternum et d'une façon générale les os les plus riches en moelle active. Contrairement à Schinz qui nie la localisation osseuse primaire il est certain aujourd'hui que ces localisations peuvent suivre, accompagner ou précéder les adénopathies (cf. l'obs. I des auteurs). L'affection est en somme une *maladie de système* à multiples foyers poussant et régressant *comme des champignons* (Mallarmé).

La symptomatologie n'est pas univoque et le diagnostic se fait souvent sur des signes neurologiques qui provoquent des examens radiologiques. Deux types principaux seront rencontrés en général, soit lésions osseuses de contiguité (envahissement de proche en proche du tissu lymphogranulomateux), soit localisation à foyers multiples à marche centrifuge (L. hématogène).

De pronostic toujours réservé, de diagnostic toujours difficile, ces lésions, au point de vue thérapeutique sont justiciables de la radiothérapie à doses massives qui, seule, peut procurer des rémissions prolongées.

M. DENIKER.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

D. A. Cooley et **M. E. De Bakey** (Hauston). — **Considérations chirurgicales sur les anévrysmes intra-thoraciques de l'aorte et des gros vaisseaux** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 5, Mai 1952, p. 660-680, avec 16 fig.).

C. et D. passent brièvement en revue les diverses méthodes de traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte thoracique et des gros vaisseaux, et insistent sur leur

gravité, comparable à celle du cancer, et autorisant les thoracotomies exploratrices, et les interventions audacieuses.

Ils rapportent 6 observations avec interventions. La voie d'abord consiste en une thoracotomie antérieure à travers le 2e ou le 3e espace intercostal, prolongée, s'il le faut, par une sternotomie transversale ou par une sternotomie verticale à travers le manubrium. 5 des malades étaient des syphilitiques.

Les observations sont les suivantes :

1° Anévrysme sacciforme de la partie horizontale de l'aorte. Ligature du collet avec un caoutchouc entouré de cellophane. Suites immédiates bonnes, mais mort par hémorragie 2 mois plus tard.

2° Anévrysme de l'origine de la sous-clavière droite. Ligature en amont et en aval. Excision du sac. Guérison.

3° Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la partie adjacente de l'aorte. Ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière. Ablation du sac. Aortorraphie. Guérison.

4° Anévrysme sacciforme de l'aorte ascendante et horizontale. Anévrysmectomie et aortorraphie. Décès 14 h après, avec troubles cérébraux.

5° Anévrysme de la partie inférieure de l'aorte thoracique. Anévrysmorraphie et enveloppement par de la cellophane. Introduction secondaire d'un fil métallique. Décès par hémorragie secondaire 18 jours plus tard.

6° Anévrysme de la portion horizontale de l'aorte. Enveloppement par de la cellophane. Amélioration.

Le procédé de choix est l'anévrysmectomie avec conservation du courant sanguin dans l'aorte. G. et D. précisent leur technique pour la réparation des pertes de substance de la paroi aortique, nécessitées par l'extirpation de l'anévrysme.

M. Guimbellot.

Robert R. Linton et **Irab B. Hardy** (Boston). — **Traitement de l'anévrysme thoracique de l'aorte par la méthode « de Pack »** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **246**, n° 22, 29 Mai 1952, p. 847).

Les auteurs rapportent un cas de malade traité par introduction intra-sacculaire d'un long fil d'acier.

Après avoir rappelé les différentes techniques proposées, depuis les premières tentatives de Velpeau et Philips en 1831. La méthode décrite consiste à introduire, soit à travers la paroi thoracique, soit après dissection de l'anévrysme, un fil d'acier qui est poussé progressivement à l'intérieur de l'anévrysme; dans les 18 cas où cette méthode a été utilisée, la longueur du fil d'acier a varié de 100 à 500 pieds.

Les résultats de cette technique ont été dans l'ensemble très satisfaisants. La disparition des douleurs et de la dysphagie a été en particulier extraordinaire. Dans le cas rapporté ici, le malade qui présentait une incapacité totale de travail et restait sous l'action permanente des narcotiques, a pu reprendre son travail et l'a actuellement repris depuis 27 mois. Il est aussi intéressant de savoir que des examens répétés aux rayons X faits 1 an après l'intervention révèlent une régénération osseuse au niveau de la 7e vertèbre dorsale et de la 6e côte. De plus, l'anévrysme n'est plus expansible. Le pronostic est évidemment difficile à établir, mais on peut espérer que l'état actuel se prolongera plusieurs années. Une nouvelle intervention peut d'ailleurs être envisagée. Les auteurs Linton et Hardy ont complété l'intervention chirurgicale par un traitement de la syphilis par un million d'unités de pénicilline.

Il leur paraît que la méthode utilisée est la meilleure forme de traitement pour les anévrysmes de ce type.

Il est évident que dans ces cas où les corps vertébraux sont en particulier détruits, il est impossible de faire une résection de l'anévrysme ou une endo-anévrysmorraphie, et à fortiori une consolidation de la paroi par des bandes de cellophane.

Parmi les 16 malades ainsi opérés, 9 sont décédés dont 8 avant la 2e année; 7 sont vivants, de 6 mois à 5 ans après.

Henri Redon.

U. Borghetti et **G. Pozzi** (Cantu, Italie). — **Anévrysme de l'artère iliaque primitive** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. 18, n° 3, Sept. 1952, p. 360-364, avec 6 fig.).

Il s'agissait, chez un homme de 58 ans, d'un volumineux anévrysme fusiforme de l'iliaque primitive intéressant la région de la bifurcation et remontant jusqu'à 2 cm de l'origine de l'artère. Après clampage préalable des 3 troncs artériels aboutissant au sac, celui-ci fut réséqué; l'hypogastrique fut liée purement et simplement. La continuité artérielle fut rétablie par un greffon veineux (segment de veine fémorale superficielle prélevé du côté opposé) de 8 cm interposé entre l'iliaque primitive et l'iliaque externe. Un traitement anti-coagulant mis en route dès la confection de la 1re anastomose fut continué pendant 1 semaine.

Les suites opératoires furent simples.

Une artériographie pratiquée 3 mois après l'opération montrait la perméabilité du greffon veineux qui paraît cependant d'un calibre assez réduit et le développement d'une importante circulation collatérale.

Le résultat fonctionnel est, en tout cas, excellent.

MARCEL ROUX.

G. de Luca (Naples). — **La ganglioectomie lombaire dans le traitement des artérites oblitérantes** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. 8, n° 10, Oct. 1952, p. 769-780).

L'auteur a étudié 30 malades, 16 d'entre eux ayant répondu favorablement aux infiltrations lombaires, furent opérés.

Les éléments d'évaluation dans la sélection des malades furent : l'augmentation de la température cutanée, l'amélioration de l'indice oscillométrique, et l'atténuation des signes subjectifs.

La douleur plus ou moins intense chez 6 malades, disparut complètement chez 4, et s'atténua chez les 2 autres.

2 malades présentaient une gangrène des orteils, qui ne progressa pas. Un 3e malade dont la gangrène s'étendait au pied, ne fut en rien amélioré et dut être amputé.

De 2 malades présentant des ulcérations, 1 fut guéri.

Tous les malades atteints de claudication intermittente, furent améliorés, à des degrés divers, sauf 1.

11 malades présentaient un refroidissement des extrémités, 7 virent leur pied se réchauffer.

Des 4 autres, 3 durent ultérieurement être amputés.

J. ASSALI.

P. Stone et **J. W. Lord** (New-York, N. Y.). — **Étude expérimentale des propriétés thrombosantes du fil d'aluminium et de magnésium introduit dans l'aorte du chien** (*Surgery*, vol. 30, n° 6, Déc. 1951, p. 987-993, avec 2 fig.).

Le fil de magnésium est à peu près deux fois plus thrombogénique que le fil d'acier inoxydable.

Un alliage de magnésium avec 2 p. 100 d'aluminium a un pouvoir thrombogénique supérieur au fil de magnésium pur. Il semble que l'usage de ce matériel serait extrêmement pratique dans les opérations de *Wiring* des anévrysmes aortiques.

Ce procédé a été utilisé avec plein succès expérimentalement sur le chien.

PAUL BANZET.

R. M. Pool et **T. Farrar** (Memphis). — **Embolectomie aortique** (*Annals of Surgery*, vol. 135, n° 5, Mai 1952, p. 655-659, avec 2 fig.).

P. et F. rapportent l'observation d'une embolie en selle de l'aorte, enlevée avec succès, qui serait, d'après eux, le 33e cas publié.

Il s'agit d'une femme de 56 ans, atteinte d'une affection cardiaque, et qui avait déjà eu, 4 mois auparavant, une embolie de la poplitée, qui semble avoir été petite

et sans conséquence grave. 2 mois plus tard, elle eut des signes abdominaux, qui paraissent dus à une embolie mésentérique dans un territoire limité. Enfin elle eut quelques troubles abdominaux prodromiques pendant 3 jours avant le début de l'embolie en selle. Celle-ci présenta les symptômes classiques. La laparatomie montra que les iliaques ne battaient pas. L'aorte et les iliaques primitives furent libérées pour mettre autour d'elles une ligature temporaire. Dans ces manœuvres le caillot se fragmenta et l'origine des iliaques se remit à battre. On fit une incision sur chacune des iliaques primitives, à la hauteur présumée des caillots, et ceux-ci furent enlevés directement ou par succion. Les plaies artérielles furent refermées. Au cours des suites opératoires on utilisa l'héparine et le dicoumarol, et on fit une sympathectomie lombaire gauche.

La malade guérit complètement, bien que le pouls ne se soit pas rétabli dans la jambe et le pied gauches.

M. Guimbellot.

C. A. Hardin, T. L. Barchelder et **P. W. Schaffer** (Kansas City, Kan.). — **L'emploi de shunts en polyéthylène dans la résection et la mise en place de greffes homologues d'aortes de chien** (*Surgery*, vol. 32, n° 2, Août 1952, p. 219-225).

H., B. et S. ont étudié le problème posé chez le chien par la résection de la crosse de l'aorte en maintenant per-opératoirement la circulation à l'aide de tubes de polyéthylène. Leur travail est subdivisé en trois chapitres.

Groupe I. — Résection de la totalité de la crosse de l'aorte.

Des tubes de polyéthylène introduits dans l'origine de l'aorte assurent la circulation avec les artères innominées droite et gauche ainsi qu'avec l'aorte descendante.

La résection de la totalité de la crosse de l'aorte est alors pratiquée, et une greffe congelée homogénique de l'aorte est mise en place et anastomosée aux diverses artères. La durée d'occlusion a été en moyenne de 73 mn.

9 sur 11 des chiens sont morts pendant ou immédiatement après l'opération; 2 animaux ont survécu 10 à 12 jours.

Groupe II. — Résection de la moitié gauche de la crosse de l'aorte, ne comprenant que la portion terminale de la crosse et seulement l'artère innominée gauche. 10 morts sur 14 dans les 48 premières heures. Les 4 survivants sont morts dans les 8 à 18 jours.

Groupe III. — 2 chiens ont subi une résection de la totalité de la crosse; 2 autres, seulement de la partie gauche :

Une étude de la pression systolique ventriculaire avait montré une très importante élévation de pression après clampage de l'aorte, mais cette pression a pu être immédiatement ramenée à la normale par occlusion partielle de la veine cave inférieure, de manière à diminuer l'apport de sang au cœur.

Les 4 animaux ainsi traités ont tous survécu à l'opération.

Paul Banzet.

E. S. Hurwitt et **A. Kantrowitz** (New-York, N. Y.). — **La fabrication extemporanée de greffes artérielles autogéniques fraîches** (*Surgery*, vol. 32, n° 1, Juil. 1952, p. 76-87, avec 6 fig.).

Le matériel utilisé jusqu'à maintenant pour réparer les pertes de substance d'artères importantes a consisté en greffes veineuses autogéniques ou en greffes homogéniques conservées.

Tous ces procédés présentent à la fois des avantages et des inconvénients. Les greffes autogéniques fraîches présentent des supériorités incontestables. Dans ce but H. et K. ont cherché à utiliser une artère longue, de dimensions modérées, en connexion avec un organe pouvant être sacrifié sans dommages pour le sujet. Ils ont étudié expérimentalement sur le chien l'emploi de l'artère splénique pour fabriquer une greffe tubulaire.

Après splénectomie, l'artère splénique est réséquée, incisée longitudinalement, et divisée en un certain nombre de segments égaux en longueur à la dimension de la greffe que l'on cherche à obtenir.

Les panneaux ainsi constitués sont suturés l'un à l'autre de façon à réaliser une greffe tubulaire. Suivant le nombre de panneaux employés, le diamètre de la greffe variera.

Des greffes ainsi fabriquées ont été utilisées pour réparer des pertes de substance de l'aorte chez le chien. Des résultats fonctionnels excellents ont été obtenus. Des études histologiques faites 6 mois après l'intervention ont montré la survie dans la greffe des cellules musculaires et de celles de la média.

Tous les problèmes d'approvisionnement, de stérilisation, de préservation et de spécificité biologique des tissus sont ainsi évités. L'emploi de greffes ainsi fabriquées est donc à conseiller pour réparer les pertes de substance de l'aorte chez l'homme.

PAUL BANZET.

R. Fontaine, R. Vœgtlin et **A. Sibilly** (Strasbourg). — **Disparition immédiate et persistante d'une arythmie complète après un shunt thérapeutique artério-veineux pour oblitération huntérienne** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 79, 13 Déc. 1952, p. 1679-1680, avec 1 fig.).

Un homme de 47 ans, présentant des troubles cardiaques depuis 3 ans avec dyspnée d'effort, arythmie complète et fibrillation auriculaire, fait une brusque embolie de la jambe droite. 1 mois de traitement médical n'apporte qu'une amélioration passagère. Hospitalisé à Strasbourg, l'examen minutieux du cœur et de la circulation (Oscillométrie, artériographie, électro-cardiogramme, etc.), montre qu'il s'agit d'une insuffisance cardiaque sur cœur aortique sans participation coronarienne évidente avec séquelles de thrombose aiguë au niveau du membre inférieur droit et une oblitération d'allure chronique à gauche. F. pratique d'abord une sympathectomie lombaire haute à gauche; amélioration du côté de la jambe gauche mais persistance de violentes crampes du mollet droit avec crises d'essoufflement. On pratique alors un shunt entre l'artère et la veine fémorales superficielles ce qui amène un réchauffement du pied droit. Mais à la surprise des auteurs, quelques heures plus tard le cœur s'est régularisé et bat à 70. Un électro-cardiogramme montre un rythme sinusal, régulier sans anomalie. En 3 semaines le sujet est littéralement transformé et F. complète alors le traitement par une sympathectomie lombaire droite haute.

Ce résultat se maintient depuis plus d'un an. Sans vouloir envisager des hypothèses plus ou moins vraisemblables, les auteurs pensent que le shunt a dû agir par la ligature veineuse et en tous cas que leur observation, très complètement prise et très détaillée, prouve pour le moins, que la tachyarythmie avec fibrillation auriculaire, même invétérée, n'est pas toujours aussi irréversible qu'on le pense généralement.

M. DENIKER.

E. M. Bricker et **A. Mc Affe** (Saint-Louis, Mo.). — **Greffe de veine fémorale à la suite de résection bilatérale de la jugulaire interne** (*Surgery*, vol. **32**, n° 1, Juil. 1952, p. 114-118).

Dans un cas de curage ganglionnaire du cou ayant nécessité la résection bilatérale de la veine jugulaire interne, des accidents menaçants de congestion de la face sont aussitôt apparus. Une greffe a été immédiatement pratiquée au moyen d'un segment de la veine fémorale superficielle sur l'une des jugulaires. Le bon résultat a été immédiat, complet et durable.

PAUL BANZET.

E. S. Mills (Montréal). — **Anticoagulants et thrombose** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **68**, n° 1, Janv. 1953, p. 6-9).

L'importance des thromboses et des embolies est mise en évidence par quelques chiffres : l'auteur estime que 3 000 vies canadiennes ont été sauvées grâce aux anticoagulants au cours de l'année 1952, et Barnes estime à 34 000 les morts par embolie pulmonaire aux États-Unis, chaque année.

L'interrogatoire, axé sur les antécédents personnels et familiaux, et les examens pré-opératoires permettent d'utiliser efficacement les anti-coagulants.

Il est indispensable de mettre en œuvre la médication avant la constitution de caillots importants.

Les échecs sont dus à une thérapeutique tardive et mal réglée : on peut les évaluer à environ 10 p. 100.

Le traitement utilise habituellement l'héparine (pendant 48 h) et un dérivé de la coumarine qui sera prolongé pendant 2 semaines.

L'action des médicaments est suivie par l'étude du temps de prothrombine (coumarine) et du temps de coagulation (héparine).

La mort par hémorragie est rare (10 p. 100) et n'a été observée qu'avec les dérivés de la coumarine.

Les antidotes classiques sont la vitamine K (coumarine) et le sulfate de protamine (héparine).

HENRI REDON.

R. Zollinger et **W. H. Teachnor** (Colombus, Ohio). — **Les résultats éloignés des ligatures de la veine cave inférieure** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 1, Juil. 1952, p. 31-36).

A lire ces 20 observations, la ligature de la veine cave inférieure réalisée à titre préventif ou curatif d'embolie pulmonaire, ou comme traitement des séquelles de phlébite chronique bilatérale, a des suites éloignées fort simples. Les rares cas d'œdème des membres inférieurs sont attribués par les auteurs non à une stase veineuse mais à une stase lymphatique.

7 malades doivent se bander les jambes, 3 ont des varices, un seul ulcère; 3 sujets ne peuvent plus porter de ceinture sans ressentir fatigue et œdème dans les membres inférieurs.

Tous les malades dont on attendait la guérison ont pu reprendre leurs occupations normales.

FR. D'ALLAINES.

Conforti et **Infranzi** (Naples). — **Sur quelques effets de la ligature expérimentale de la veine cave inférieure** (*Il Policlinico Sezione chirurgica*, vol. **59**, n° 6, Déc. 1952, p. 354-364).

Les expériences ont porté sur 7 chiens de taille et de poids moyen et de même âge. Il y eut toujours une vaso-dilatation des différents systèmes collatéraux mais cette vaso-dilatation s'atténuait à distance de 2 ou 3 mois de l'intervention. Sauf en 1 cas, la moelle épinière et les méninges n'ont présenté aucune altération. Il en fut de même de la rate, des reins, du pancréas et du cœur. Quant au foie il y eut dans un cas de légers phénomènes de stase.

Ces différentes expériences ayant été faites sur des sujets sains, il est impossible d'en inférer des conséquences sur des sujets en état de décompensation cardiaque, chez lesquels ordinairement la ligature de la veine cave est pratiquée.

OLIVIERI.

J. Markowitz, Wallace Lotto, J. Archibald et **H. G. Downie** (Toronto, Ontario). — **Technique et résultats de l'anastomose porto-cave** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 4, Octobre 1952, p. 407-409, avec 1 fig.).

Pour réaliser chez le chien une fistule d'Eck, les auteurs ont employé, en lui apportant quelques modifications, la technique que Eischler et Schrœder avaient décrite en 1909.

La veine porte et la veine cave sont saturées bord à bord sur 3 cm, l'extrémité supérieure de la suture se trouvant à 2 cm de la bifurcation portale. Un fil de nylon est introduit au moyen d'une aiguille à l'intérieur des deux vaisseaux sur toute la longueur de la suture, puis un 2e rang de suture est fait plus en avant. La traction sur le fil

de nylon agissant à la façon d'un couteau ouvre la lumière des deux veines entre les 2 rangs de suture et réalise ainsi la fistule. Si le point de sortie du fil saigne, quelques points en assurent l'étanchéité.

L'opération est bénigne et n'a donné pratiquement pas de mortalité. Elle est simple, ne nécessitant pas de clamp. Elle ne s'accompagne d'aucun saignement. Elle est rapide. Il faut environ 12 mn pour l'exécuter.

La plupart des chiens n'ont présenté, après la création de la fistule, aucun trouble physiologique.

ANDRÉ SICARD.

CRANE ET ENCÉPHALE

H. C. Mc Clintock (Pittsburg, Pa.) et **R. O. Digman** (An Arbour, Mich.). — **La réparation des pertes de substance crânienne avec l'os iliaque** (*Surgery*, vol. **30**, n° 6, Déc. 1951, p. 955-963, avec 8 fig.).

La réparation des pertes de substance du crâne avec des greffes fraîches autogéniques, prises aux dépens de l'os iliaque, constitue une excellente méthode de crânioplastie, surtout dans les larges orifices où il est essentiel d'avoir une greffe modelable.

Cette façon de faire est physiologiquement raisonnable, le façonnage de la greffe est aisé, son glissement post-opératoire ne peut pas se produire, les radiographies intra-crâniennes restent possibles, les réactions de corps étrangers et l'infection locale sont rarement observées.

C. et D. considèrent la méthode indiquée pour la réparation des pertes de substance trop grandes pour employer les greffes ostéo-périostiques, et pour la reconstitution des pertes de substance où la taille de la forme du greffon et de ses courbures sont essentielles.

Suivant les cas, le greffon comprendra ou non une portion de la crête iliaque.

PAUL BANZET.

Guy Lazorthes. — **Les hémorragies intra-crâniennes.** (Un vol., 250 p. avec 82 fig., Préface du Professeur Petit-Dutaillis) MASSON, Édit. Paris 1952.

On trouvera, groupées dans cette monographie, les différentes variétés d'hémorragies intra-crâniennes. Qu'elles soient traumatiques, spontanées ou du premier âge, elles posent souvent des problèmes comparables et nécessitent la même décision opératoire, parfois urgente.

La première partie du livre expose les hémorragies post-traumatiques sous leurs différents aspects anatomiques, cliniques, thérapeutiques.

Dans la deuxième partie, sont étudiées les hémorragies spontanées, dites médicales, qui relèvent parfois de l'intervention chirurgicale, du fait qu'il y a fréquemment à leur origine une malformation vasculaire (anévrysmes cérébraux, angiomatoses cérébrales) ou une tumeur (glioblastome, métastase de carcinome, adénome hypophysaire).

La troisième partie a trait aux hémorragies intra-crâniennes du premier âge, dans lesquelles interviennent d'une part le traumatisme obstétrical, d'autre part les facteurs héréditaires, et qui représentent une des causes les plus fréquentes de la mort du nouveau-né et de séquelles neurologiques.

Accompagné de figures nombreuses et bien choisies, complété par une abondante bibliographie, cet ouvrage qui est le fruit de la grande expérience de l'auteur est appelé à rendre de précieux services.

ANDRÉ SICARD.

RACHIS ET MOELLE

A. Ricard et **R. Masson** (Lyon). — **Complications médullaires des discopathies cervicales.** (*Revue Neurologique*, t. **85**, nº 6, 1951, p. 420-429).

A propos de 24 cas personnels qui s'ajoutent à la centaine déjà publiée dans la littérature, R. et M. rappellent que les complications médullaires des discopathies cervicales sont beaucoup plus rares que les troubles radiculaires, mais méritent néanmoins d'être bien connues.

Il s'agit en fait de contusions, de tiraillements répétés de la moelle et de ses vaisseaux par les mouvements de la colonne cervicale au contact du disque hernié, aggravés par une arachnoïdite et entraînant, à plus ou moins brève échéance, des lésions intra-médullaires. Cette opinion est basée sur le fait qu'une arachnoïdite d'intensité variable, allant de simples adhérences avec kystes arachnoïdiens jusqu'à la triméningite adhésive, a été constamment observée, tandis qu'une véritable hernie discale n'a été constatée que dans 18 p. 100 des cas. Le plus souvent, il s'agissait d'une protrusion totale ou partielle, avec aplatissement du disque et saillie postérieure, dont le volume réduit n'était pas capable de comprimer, à lui seul, la moelle cervicale.

La notion traumatique manquait dans 70 p. 100 des cas. L'apparition des symptômes est en général lente et insidieuse, se traduisant d'abord par l'incapacité motrice progressive des membres inférieurs. La douleur à type de décharge électrique, provoquée par la flexion de la tête, a été assez souvent notée.

Le syndrome radiculaire, parfois évident, demande le plus souvent à être recherché. Il s'agissait 1 fois de névralgie du grand nerf d'Arnold, 1 fois d'une violente névralgie cervico-brachiale avec torticolis, 6 fois d'une amyotrophie importante des membres supérieurs simulant une sclérose latérale amyotrophique et s'accompagnant fréquemment de contracture.

Les auteurs insistent sur la discrétion, et même souvent l'absence totale de troubles sensitifs superficiels cordonaux, la relative prédominance des troubles thermo-analgésiques sur les troubles tactiles pouvant orienter à tort vers une syringomyélie ou une hématomyélie. Le syndrome de Brown-Sequard a été observé 2 fois. Par contre, les troubles de la sensibilité profonde sont à peu près constants.

La dissociation albumino-cytologique a été constatée dans tous les cas, sauf 6, mais l'épreuve de Queckensted n'a montré de blocage que dans 2 cas.

Les signes radiographiques sont habituellement minimes. Dans 30 p. 100 des cas, les radiographies étaient normales.

L'arrêt du lipiodol est rarement un arrêt franc. Son image est en gouttes, en trainées, descendant parfois bien au-dessous de l'obstacle et traduisant l'arachnoïdite. Dans 2 cas, il n'y eut aucun arrêt du lipiodol.

Le diagnostic d'affection intra-médullaire a été porté 16 fois (66 p. 100). L'erreur la plus fréquente a été la sclérose en plaques.

L'intervention chirurgicale consiste dans une large laminectomie bilatérale qui peut ne porter que sur un seul arc si les repères ont été bien pris, et dans l'ouverture de la dure-mère pour libérer l'arachnoïdite. La hernie est retirée si on la trouve, mais il vaut mieux ne pas s'attaquer au bourrelet plus ou moins calcifié que constitue la protrusion habituelle.

Les résultats sont, dans l'ensemble, médiocres. Sur 24 malades opérés, 3 sont morts (12 p. 100), 7 n'ont retiré aucun bénéfice de l'intervention (33 p. 100), les 14 autres ont eu une amélioration minime. Les résultats n'ont pas été meilleurs chez les 4 d'entre-eux qui présentaient une hernie discale vraie. Même quand le résultat immédiat paraît favorable, il ne se maintient pas toujours.

La contracture intense est le trouble le plus douloureux et le plus permanent. Peut-être y aurait-il intérêt à profiter de l'intervention pour pratiquer une cordotomie ou une ponction des cordons postérieurs afin d'agir sur la spasmodicité. Mais le problème consiste surtout à faire un diagnostic précoce et à intervenir tôt.

André Sicard.

P. V. Dupuis, P. Delbeke, R. de Haene (Bruxelles) et **A. Lassoie** (Mons). — **Les enseignements de la Discographie** (*Acta Orthopaedica Belgica*, t. 18, 1952, p. 309-315, avec 2 planches).

Les auteurs estiment que la discographie est appelée à supplanter définitivement la myélographie dans la recherche des causes extra-durales de compression radiculaire au niveau des disques L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Elle n'en présente pas les inconvénients et fournit plus de précision.

La discographie doit être faite par voie postérieure suivant la technique de Lindblom. Sous anesthésie locale, on fait la ponction d'arrière en avant, exactement sur la ligne médiane (pour éviter les racines). On emploie une double aiguille de fin calibre, on traverse le cul-de-sac dural sans extraire de liquide céphalo-rachidien, puis, arrivé au contact de la face postérieure du disque, on enfonce la seconde aiguille très fine. L'asepsie sera stricte, bien entendu, et la ponction sera faite sous écran radioscopique.

Le liquide de contraste est du Perabrodil à 35 p. 100, additionné de 1 cm³ de novocaïne à 5 p. 100. La quantité du liquide de contraste à injecter ne doit jamais dépasser 2,5 cm³ au total. Après l'examen, le sujet se repose 1 à 2 jours.

La discographie n'a d'indications que dans les cas où un examen orthopédique radiographique et neurologique n'a pas permis d'aboutir à un diagnostic et où le traitement orthopédique classique a échoué.

Un disque normal ou sans signification pathologique se manifeste par une douleur locale à la perforation des ligaments, et l'indolence à l'injection du disque.

Un disque pathologique a toujours en face de lui des ligaments plus sensibles : sensation douloureuse locale plus intense au ligament jaune, lombalgie (du type ressenti par l'intéressé au ligament vertébral postérieur.

L'injection du disque présentant une hernie nucléaire comprimant une racine reproduit la radiculalgie accusée en clinique.

Après avoir présenté deux belles planches de discogrammes, les auteurs concluent : il n'y a lieu d'incriminer en clinique un disque atteint de discarthrose que quand la traversée du ligament vertébral postérieur reproduit la lombalgie de l'intéressé.

ALBERT MOUCHET.

BOUCHE

L. Pietrantoni (Milan). — **La chirurgie des tumeurs de la base de la langue** (*Archivio italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia*, vol. 62, fasc. 6, Nov.-Déc. 1951, p. 477-535, avec 39 fig.).

Cet article est une mise au point très complète de la question. L'étiologie, l'anatomie-pathologique macro- et microscopique sont entièrement reprises. Au point de vue diagnostique, P. insiste sur le caractère fondamental de la palpation, et sur l'intérêt d'un examen radiologique de profil, seul capable de mettre en évidence les processus ulcératifs profonds.

Quant au traitement, la radiothérapie n'a que des chances de succès très réduites, et il faut la réserver aux tumeurs à structure mésenchymateuse, et aux épithéliomas indifférenciés ou peu différenciés.

L'association radio-chirurgicale permet d'obtenir des résultats plus satisfaisants. L'emploi des antibiotiques permet d'envisager maintenant de nouvelles voies d'abord de la base de la langue.

La voie buccale, après mobilisation de la langue par section de la partie antérieure du génio-glosse et des piliers antérieurs, ne paraît pas sans inconvénients : hémorragies, impossibilité d'explorer l'espace pré-épiglottique, et P. la réserve aux tumeurs bénignes, aux récidives, au traitement palliatif des vastes lésions inopérables.

La pharyngotomie médiane transhyoïdienne, avec extirpation de l'os hyoïde, peut être utile dans des lésions très limitées de la région glosso-épiglottique.

C'est la bucco-pharyngectomie latérale telle qu'elle a été décrite par Sébileau qui

représente l'abord le plus large et le plus chirurgical de la base de la langue. Elle permet en outre l'évidement ganglionnaire.

Enfin, dans les tumeurs étendues au larynx, il faut recourir à la sub-glosso-pharyngo-laryngectomie, possible à condition que la résection n'ait pas à dépasser le V lingual.

Dans chaque cas, P. estime bon de faire précéder l'intervention d'un traitement radiothérapique afin d'obtenir une réduction de la néoplasie et une stérilisation relative de la région péritumorale. L'intervention suit immédiatement et associe toujours à l'ablation de la tumeur le curage ganglionnaire cervical.

Discutant les résultats obtenus sur ces malades, P. conclut qu'ils peuvent être considérés comme satisfaisants pour les tumeurs primitives circonscrites à la région anatomique de la base de la langue et peu développées, assez satisfaisants pour les tumeurs laryngo-glossiques, et décidément négatifs pour les tumeurs glosso-laryngées.

PAUL PONCET.

COU

G. T. Pack, Th. R. Miller et **F. Gentil** (New-York). — **Tumeurs du corpuscule carotidien (paragangliome)** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, 23, 6 Juin 1952, p. 507-518, bibliographie).

Cette revue générale envisage, après l'embryologie, l'anatomie et la physiologie du corpuscule carotidien, l'étude anatomique et clinique de ses très rares tumeurs.

Malgré les apparences histologiques de la malignité, dans certains cas, ces tumeurs se comportent toujours cliniquement comme des tumeurs bénignes. Cependant, malgré une croissance très lente, elles peuvent entraîner, par compression des organes vasculaires et nerveux du voisinage, des conséquences assez sévères. Devant l'inefficacité de la radiothérapie, l'indication de leur exérèse chirurgicale ne souffrirait donc pas de discussion, si l'adhérence intime à la bifurcation carotidienne ne conduisait trop souvent à la ligature des carotides primitive et interne, responsable de la mort par ischémie cérébrale dans 24 à 50 p. 100 des cas suivant les statistiques. Les auteurs passent en revue les différents procédés de compression progressive de la carotide primitive, destinés à augmenter la circulation collatérale, et à permettre ultérieurement la ligature définitive sans dommages. Malheureusement, le diagnostic exact est rarement posé avant l'intervention, et c'est souvent après une dissection déjà très avancée que le chirurgien s'aperçoit seulement du sacrifice vasculaire nécessaire. « Dans ces conditions, le prix de l'exérèse chirurgicale peut sembler trop lourd en regard de ses avantages »

Mais les possibilités actuelles de greffe vasculaire, après résection du carrefour carotidien, permettent d'envisager avec moins de réticences l'ablation de ces tumeurs.

G. EDELMANN.

LARYNX ET TRACHÉE

P. Guns (Louvain). — **Contribution au traitement des sténoses laryngées** (*Revue de Laryngologie, Otologie. Rhinologie*, **73**, nos 5-6, Mai-Juin 1952, p. 209-216).

Après un bref aperçu général sur les causes des sténoses laryngées, G. rapporte 2 cas personnels traités avec succès.

Le premier de ces cas était une sténose complète secondaire à des plaies multiples du larynx chez une jeune fille de 16 ans : le rétrécissement était infranchissable sous laryngoscopie directe, et la radiographie montrait une disparition de la plus grande partie du cartilage thyroïde. La malade fut traitée par la méthode utilisée habituellement par M. Aubry : mise en place d'un tube d'acrylic recouvert d'une greffe cutanée. Après avoir taillé un vaste lambeau rectangulaire à charnière latéro-cervicale gauche

occupant toute la région pré-laryngée, G. ouvrit le trachéo-larynx, extirpa les cicatrices qui l'encombraient, et lui rendit son calibre normal. Un tube d'acrylic de diamètre convenable, recouvert d'une greffe épidermique de Thiersch dont la face cruentée regardait l'extérieur, fut placé dans la cavité laryngée ainsi reconstituée. Cette prothèse fut fixée à la peau à travers les plans superficiels par 2 crins de Florence. Les suites opératoires furent simples : l'alimentation de la malade resta pourtant difficile dans les 48 premières heures. Le tube d'acrylic fut retiré 3 mois après par les voies naturelles après section des crins de Florence. Le résultat respiratoire demeure excellent après 4 ans d'observation.

Le second cas concerne une jeune fille de 24 ans, porteuse d'une laryngite tuberculeuse traitée et guérie par la streptomycine. Il persiste une aphonie et une gêne respiratoire d'effort liées à une symphyse de la partie antérieure des cordes vocales. G. a recours à l'intervention décrite par Robert Mc Naught : incision cutanée transversale au tiers inférieur du cartilage thyroïde, section du tiers inférieur de l'angle thyroïdien sur la ligne médiane, section de la cicatrice au bistouri électrique. On introduit ensuite entre les bords antérieurs des cordes vocales une mince lame d'aluminium dont la partie exolaryngée, rabattue sur les lames cartilagineuses, moitié à droite, moitié à gauche, assure la fixité. Cette prothèse est enlevée facilement, au bout de 2 mois, par une petite incision. La malade respire correctement et la voix reprend un timbre élevé mais relativement rauque.

PAUL PONCET.

THYMUS

R. S. Schwab (Boston) et **P. Passouant** (Montpellier). — **Indications de la thymectomie au cours de la myasthénie** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 70, 5 Nov. 1952, p. 1501-1503, avec 2 fig.).

S. et P. apportent une importante contribution de 50 observations personnelles, dont 43 myasthéniques purs et 7 avec thymome bénin. Les résultats des 43 thymectomies du 1er groupe sont donnés avec un recul variant de 1 à 12 ans. Ils se décomposent ainsi : 1° Guérison complète avec suppression post-opératoire de la prostigmine : 6 cas (5 ♀, 1 ♂); 2° Amélioration, permettant la reprise d'une vie normale, mais avec maintien de la prostigmine à dose d'entretien : 18 cas (14 ♀, 4 ♂); 3° Persistance de signes cliniques, action plus efficace de la prostigmine après l'intervention : 10 cas (4 ♀, 6 ♂); 4° Échecs, persistance des signes et des poussées évolutives : 5 cas (3 ♀, 2 ♂); 5° Décès post-opératoires (syncope ou complications pulmonaires) : 4 cas (1 ♀, 3 ♂). Envisageant les bases de l'indication opératoire, S. et P. distinguent :

1° *L'âge* : résultats peu satisfaisants après 40 ans; 2° *Le sexe* : plus fréquente chez la femme avant 40 ans, la myasthénie est ensuite plus fréquente chez l'homme. En bloc, la thymectomie donne 70 p. 100 de bons résultats chez la femme, 30 p. 100 chez l'homme; 3° *La préparation du malade* : surveiller les effets de la prostigmine, choisir une période de « stabilisation » des symptômes, s'aider si besoin de l'éphédrine et de la guanidine, rechercher certains tests (électro-myographique surtout) avant et après intervention, continuer la prostigmine per et post-opératoire. D'indications moins précises, sont : les caractères cliniques (indication formelle dans les formes sévères chez les jeunes, réservée dans les formes légères). Résultats médiocres dans les formes associées à des manifestations allergiques, influence variable de la grossesse. L'examen histologique des thymus enlevés à une grande importance pronostique, la constatation de centres germinatifs intra-thymiques étant de bon pronostic.

Quant aux 7 opérés porteurs de tumeur thymique bien objectivée par la radiographie (une image nette étant une indication opératoire formelle), ils ont donné : 1 succès complet, 2 améliorations importantes, 0 amélioration légère, 2 échecs, 2 décès. La *précocité* de l'opération est ici le principal facteur de succès.

M. DENIKER.

ŒSOPHAGE

S. A. Mackler (Chicago). — **Rupture spontanée de l'œsophage** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 3, Sept. 1952, p. 345-356, avec 7 fig.).

La rupture spontanée de l'œsophage se produit à la suite d'une augmentation brusque de la pression intra-abdominale. Elle peut être la conséquence d'un vomissement, d'un effort de défécation, du soulèvement d'une lourde charge ou survenir au cours d'un accouchement pendant le travail ou au cours d'une crise d'épilepsie.

C'est la transmission de l'hyperpression gastrique qui fait éclater l'œsophage. La rupture siège toujours à la partie inférieure de l'organe et toujours sur sa face latérale gauche qui est la plus faible. Ce point faible a été constaté par M. sur 65 cadavres frais dont il gonfla l'œsophage jusqu'à rupture.

Les vomissements, la douleur thoracique basse et l'emphysème du cou constituent une triade symptomatique sur laquelle se base le diagnostic et qui suffit pour indiquer une thoracotomie.

3 cas personnels sont rapportés. Le traitement a consisté en une thoracotomie gauche, la suture de l'œsophage et le drainage de la cavité pleurale. Il y a eu 1 décès. Les 2 autres malades ont guéri, ce qui porte à 13 le nombre de succès jusqu'alors publiés.

André Sicard.

H. R. Ripley, A. M. Olsen et **J. W. Kirklin** (Rochester, Minn.). — **Œsophagite après anastomose œsophago-gastrique** (*Surgery*, vol. **32**, n° 1, Juil. 1952, p. 1-9, avec 2 fig.).

Sur 65 malades ayant subi une œsophago-gastrostomie ou une cardioplastie, 28 ont présenté des signes positifs et 12 des signes présomptifs d'œsophagite peptique, ou ont développé secondairement un rétrécissement. Aucune conclusion n'est encore possible, mais le fait même que ces complications puissent survenir est de la plus grande importance et doit inciter à rechercher des techniques permettant de les éviter.

On peut dire que toute intervention qui supprime le fonctionnement normal du cardia permet des régurgitations répétées de suc gastrique acide dans l'œsophage, cause certaine d'œsophagite.

Paul Banzet.

G. Desforges, F. H. Aves et **J. W. Strieder** (Boston). — **Œsophagoscopie dans les hémorragies œsophago-gastro-intestinales** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **149**, n° 7, 14 Juin 1952, p. 639-643).

Chez 20 malades présentant des hémorragies du tractus digestif supérieur 9 présentaient des varices œsophagiennes et le point de départ de l'hémorragie fut démontré chez 4 malades être au niveau de ces varices.

Parmi les 9 malades porteurs de varices œsophagiennes 7 étaient atteints de cirrhose du foie.

Les hémorragies dont la source est au niveau de varices œsophagiennes semblent avoir un pronostic extrêmement fâcheux puisque la plupart de ces malades moururent rapidement.

Les auteurs insistent sur le rôle hémostatique du tamponnement local au moyen du ballon œsophagien de Sengstaken-Blakemore, mais la mise en place de ce ballon est quelque peu traumatisante et il est difficile d'assurer l'évacuation régulière des sécrétions de l'œsophage. De plus, les complications pulmonaires de cette aspiration sont fréquentes.

Marcel Roux.

F. Paulino (Rio de Janeiro). — **Anastomose œsophago-gastrique et œsophago-jéjunale** (*Medecina. Cirurgia. Farmacia*, Rio de Janeiro, 196, Août 1952, p. 351-357, avec 4 fig.).

Ce sont quelques considérations techniques sur la réalisation des anastomoses portant sur l'œsophage. La voie d'abord utilisée est une thoracotomie gauche pour l'œsophage sus-diaphragmatique, une thoraco-phréno-laparotomie pour la gastrectomie totale. Les sutures œso-gastriques ou œso-jéjunales sont exécutées en 2 plans, sans clampage de l'œsophage, qu'on doit libérer seulement sur une très courte longueur au-dessus de la section, pour ménager sa vascularisation. L'aspiration continue, par sonde œsophagienne arrêtée au-dessus de l'anastomose, est utilisée systématiquement pendant 24 heures; l'alimentation liquide est reprise à partir du 2e jour.

A l'appui de ces directives, purement techniques, est apportée une statistique de 31 anastomoses œsophagiennes de toutes sortes, sans mortalité ni déhiscence des sutures (7 œsophagectomies avec anastomose œso-gastrique, pour cancer, ulcère œsophagien, ou fibrose du cardia. 17 gastrectomies totales pour cancer avec anastomose œso-jéjunale: 2 anastomoses latéro-latérales palliatives pour cancer, l'une œso-gastrique, l'autre œso-jéjunale; 5 anastomoses œso-gastriques pour cardiospasme).

G. Edelmann.

G. Réginald Crawshaw et **Paul Marchand.** — **La technique de l'anastomose œsophago-gastrique haute** (Cape Town) (*South African Medical Journal*, vol. **26**, nº 37, 13 Sept. 1952, p. 742).

Les auteurs rappellent rapidement les techniques existant pour assurer l'anastomose œsophago-gastrique.

L'évolution de cette technique est donnée dans un premier chapitre: l'anastomose œsophago-gastrique haute dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage est discutée. Des conseils sont donnés pour éviter les complications les plus habituelles de l'intervention.

Les auteurs donnent la préférence à un abord thoraco-abdominal gauche permettant la mobilisation de l'estomac, complété par une incision cervicale ou intercostale haute qui permet l'anastomose.

Cet article n'apporte pas de données nouvelles sur la question.

Henri Redon.

GLANDE MAMMAIRE

P. Moulonguet et **Y. Mérot.** — **Les écoulements séro-sanglants par le mamelon causés par un adénome du sein.** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. **51**, nº 3, 1952, p. 209-216, avec 4 fig.).

M. et M. apportent 4 observations d'écoulement séro-sanglant du mamelon causé par un adénome du sein qu'ils réunissent à 12 observations recueillies dans la littérature.

Les microphotographies montrent la situation péricanaliculaire de l'adénome. Dans 1 cas des formations épithéliales réalisaient une sorte de polype à l'intérieur d'un galactophore très dilaté, lésion très proche de l'épithélioma dendritique. Dans un autre, des nappes d'infiltrations inflammatoires signaient l'élément infectieux.

L'indication opératoire, dans les mamelles sanglantes, reste basée sur le fait que l'écoulement se produit par un seul pore galactophorique. L'exérèse doit être menée par une incision radiée qui suit le galactophore dilaté et conduit sur la lésion causale, qui est enlevée économiquement, sous réserve de la confirmation histologique de sa bénignité.

Si au contraire l'écoulement se produit par plusieurs pores galactophoriques, il y a de grandes chances qu'il soit en rapport avec un trouble fonctionnel qui ne pose pas aussi nettement l'indication d'intervention.

André Sicard.

Richard G. Mc Manus et **Sheldon C. Sommers** (Boston et Walpole, Massachusetts). — **Pronostics du cancer du sein et l'état des ovaires enlevés chirurgicalement** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **246,** n° 23, 5 Juin 1952).

Il s'agit d'une étude portant sur les rapports entre le pronostic du cancer du sein et l'état des ovaires enlevés chirurgicalement.

Un examen microscopique des ovaires sur 31 femmes présentant un cancer du sein montre une hyperplasie cortico-ovarienne dans 72 p. 100 des cas. La durée évolutive de la maladie chez les femmes présentant cette hyperplasie corticale a été double de celles dont les ovaires ne présentaient pas cette disposition.

Le fait thérapeutique de la castration apparaît peu important en l'absence de cette hyperplasie corticale des ovaires.

HENRI REDON.

V. Giacomelli et **U. Veronesi** (Milan). — **Les lymphatiques mammaires internes siège et voie de diffusion métastatique dans le cancer du sein** (*Tumori*, fasc. 6, 1952, p. 375-393).

C'est une notion qu'on ne peut dire nouvelle. Halsted, dès 1892, insistait sur la nécessité d'explorer la chaîne mammaire interne. Handley, dans deux travaux (1922 et 1927) démontre que l'envahissement des ganglions mammaires internes n'est pas plus tardif que celui des ganglions axillaires.

En 1949, R. S. Handley et Thacroy publient les résultats de 50 explorations : 16 cas sans métastases; 15 avec envahissement axillaire; 16 avec envahissement axillaire et mammaire interne; 3 cas avec métastase mammaire interne isolée.

Sur 13 cancers de la moitié interne du sein, 12 s'accompagnent de métastases de la chaîne mammaire interne.

La même année, Bucalossi et Marcottini présentent une statistique émanant des Instituts du cancer de Rome et de Milan. 110 cancers du sein, opérés avec ablation de la chaîne mammaire interne sur la hauteur des 3 premiers espaces intercostaux : 25 métastases.

Dahl-Iversen : 53 cas, 10 métastases mammaires internes soit 19 p. 100, mais 30 p. 100 pour les cancers des quadrants internes.

Les auteurs étudient 90 observations (Institut des tumeurs de Milan) :

29 ne présentaient pas de métastases	32 p. 100
36 présentaient des métastases axillaires	40 —
24 présentaient des métastases axillaires et mammaires internes.	27 —
1 seul cas présentait une métastase mammaire interne isolée.	

Selon le siège du cancer, le pourcentage le plus élevé a été observé dans le cancer du quadrant inféro-interne : 3 métastases sur 6 cas, 50 p. 100; et 33 p. 100 pour le quadrant supéro-externe; 18 p. 100 pour le quadrant inféro-externe; 30 p. 100 pour le segment central.

Une seule métastase dans 8 cas de cancer du prolongement axillaire de la glande mammaire.

Si l'on additionne les chiffres des quadrants internes entre eux, puis ceux des quadrants externes, on obtient pour les premiers : 12 métastases mammaires internes sur 41 cas, et pour les seconds : 7 sur 28 cas, soit un pourcentage de 29 à 35 p. 100. On obtient des pourcentages à peu près équivalents si l'on procède de même pour les quadrants supérieurs (14 métastases sur 52 cas) et inférieures (5 sur 17 cas), soit 27 et 29 p. 100.

Résultats à distance : l'opération date de 20 à 50 mois :

27 cas sans envahissement ganglionnaire lors de l'opération, ont présenté 5 métastases par la suite, soit 19 p. 100;

34 cas avec envahissement axillaire lors de l'opération ont présenté 15 métastases, soit 44 p. 100;

24 cas avec envahissement axillaire et mammaire interne ont présenté 16 métastases, soit 67 p. 100;

Les métastases étaient : ganglionnaires 19 cas, pleuro-pulmonaires 18 cas, osseuses 11 cas.

Après ce résumé, dont on pardonnera l'aridité, en raison de l'éloquence des chiffres, qu'il nous soit permis de signaler ce travail à l'attention de tous les chirurgiens. Il y trouveront d'autres éléments d'appréciation qui n'ont pu être rapportés.

J. Assali.

THORAX, CAGE ET CAVITÉ

P. Laumonier et **J. Depaulis** (Bordeaux). — **Kystes bronchogéniques du médiastin. A propos de 4 observations récentes** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 74, 19 Nov. 1952, p. 1586-1588, avec 6 fig.).

Les examens radiographiques systématiques ont montré que les kystes médiastinaux d'origine bronchique sont beaucoup moins rares qu'on l'avait cru longtemps, et Maier qui les a spécialement étudiés les considère même comme « une des tumeurs les plus fréquentes du médiastin ». Rapportant 4 cas opérés (dont 3 avec succès), L. et D. rappellent les principaux caractères de ces tumeurs que Maier classe en 4 groupes : K. para-trachéaux, K. para-œsophagiens, K. de la bifurcation, K. du pédicule (les plus fréquents). Ces K. présentent une structure bronchique typique au début, mais sont sujets à de multiples poussées inflammatoires qui modifient cet aspect (épaississement, prédominance de tissu fibreux) et rendent de plus en plus difficile le clivage avec les organes voisins. Avant l'apparition de ces poussées inflammatoires, la symptomatologie est à peu près nulle et la tumeur n'est révélée que par la radiograhie. Plus tard les poussées inflammatoires font du malade un suppurant chronique et beaucoup d'erreurs sont possibles avec la bronchectasie ou l'abcès du poumon. Aussi y a-t-il intérêt à opérer précocement sur une poche non infectée et plus facile à cliver. La radio-tomographie permet aujourd'hui un diagnostic topographique suffisamment précis pour poser à bonne époque l'indication d'exérèse, seul traitement efficace.

M. Deniker.

POUMON ET PLÈVRE

G. Cordier et **Nguyen Huu** (Paris). — **Les gaines vasculaires des pédicules pulmonaires. Leur intérêt anatomo-chirurgical** (*Journal Français de Médecine et Chirurgie thoraciques*, t. **6**, n° 5, 1952, p. 403-422, avec 4 fig.).

Des importants travaux de l'École Parisienne d'Anatomie sur les pédicules pulmonaires, les auteurs détachent ce qui regarde plus particulièrement les gaines vasculaires. La dissection des vaisseaux au cours des résections pulmonaires se fait dans le plan péri-vasculaire dont aucune description systématique n'avait été donnée jusqu'ici. (A part un travail concomitant de Paul Marchand dans *Thorax*.) Par dissection simple, dissection après insufflation et injection plastique colorée, ainsi que par des coupes sériées, les différentes gaines pédiculaires sont étudiées. Ainsi sont décrites une gaine commune cellulo-adipeuse, distincte du manchon pleural de couverture, et des gaines propres à chaque vaisseau. Celles-ci entourent les vaisseaux fonctionnels du poumon d'un véritable canal fibro-celluleux. Les gaines propres suivent les vaisseaux très loin à l'intérieur du parenchyme, donnant constamment à l'anatomiste et au chirurgien la possibilité de cheminer dans l'espace lâche *semi-séreux* entre l'adventice vasculaire et la gaine propre. Ces gaines vasculaires paraissent être une *condensation avec organisation lamellaire* du tissu cellulo-conjonctif ambiant.

Le rôle physiologique des gaines semble être d'abord celui de protéger les vaisseaux, de permettre leur glissement sur le tissu voisin et, enfin, ils constituent la voie de cheminement des vasa-vasorum et des nerfs vasculaires.

A l'intérieur de ces gaines, il est donc possible de disséquer les vaisseaux comme Malgaigne et tous les traités classiques le conseillent dans la médecine opératoire des membres. Même dans les cas de pédicule hyper-vasculaire ou de pédicule enflammé ce clivage est celui qu'il faut rechercher. C'est le dernier qui persiste et qui permette des ligatures sûres. Ainsi se trouvent précisées par les anatomistes les notions que les chirurgiens thoraciques ont mises en pratique depuis l'avènement de la dissection pédiculaire dans la chirurgie d'exérèse.

LOUIS BARRAYA.

E. F. Parker et **J. M. Stallworth** (Charleston, S. C.). — **Fistules artério-veineuses du poumon traitées par dissection et excision sans résection pulmonaire** (*Surgery*, vol. **32**, n° 1, Juil. 1952, p. 31-37, avec 3 fig.).

Un malade atteint d'une fistule artério-veineuse du poumon a été traité par une dissection complète et une résection du sac anévrismal en conservant intacte l'artère afférente et la veine efférente, le tout sans sacrifier la moindre parcelle de tissu pulmonaire.

Auparavant, les interventions pratiquées dans de semblables lésions avaient toutes consisté en lobectomie, pneumectomie, résection pulmonaire partielle, ou simples ligatures.

51 cas rapportés dans la littérature médicale avaient donné une mortalité de 5,9 p. 100.

L'observation présentée par P. et S. a trait à une malade de 33 ans, hospitalisée pour une douleur intense rétro-sternale, irradiée au dos, associée à une sensation de fatigue générale et à une cyanose des lèvres et des ongles.

Une artériographie pulmonaire montrant une augmentation de l'ombre hilaire gauche a fait penser à la possibilité d'une fistule artério-veineuse.

Une thoracotomie postéro-latérale sur le 5e espace a permis de reconnaître la présence d'un sac anévrysmal intra-pulmonaire expansif et siège d'un thrill.

Après occlusion temporaire de l'artère pulmonaire, le sac a été ouvert et facilement séparé du tissu pulmonaire, toutes les branches y aboutissant ayant pu être facilement liées; le malade a guéri sans incidents.

PAUL BANZET.

E. de Jesus Zerbini et **E. S. de San Juan** (Sao Paulo). — **Traitement chirurgical de la bronchectasie** (*Revista Paulista de Medicina*, 40, 5, Mai 1952, p. 305-336, avec 8 fig., bibliographie).

Cette statistique de 23 cas ne comporte que des formes assez sévères de bronchectasie; certaines étaient compliquées (hémoptysies dans 5 cas, pleurésie purulente dans un autre); les lésions étaient 9 fois bilatérales; 2 cas étaient consécutifs à un corps étranger bronchique. L'étude minutieuse de la localisation des lésions, grâce à la bronchographie et la bronchoscopie, confirme la prédominance bien connue de l'atteinte des lobes inférieurs. Viennent ensuite le lobe moyen à droite, la lingula à gauche, alors que les lobes supérieurs n'étaient malades que dans 2 cas. Les lésions étaient bilatérales dans 9 cas.

6 malades furent traités médicalement, par drainage postural et bronchoscopique, et antibiotiques; 3 seulement furent nettement améliorés; l'un des autres mourut d'abcès cérébral métastatique. Mais dans tous ces cas, l'extension bilatérale des lésions rendait vaine toute opération d'exérèse.

17 malades furent opérés; sans mortalité : 11 furent complètement guéris de leur bronchectasie, ce sont ceux qui subirent l'exérèse de la totalité du tissu pulmonaire atteint par l'affection (4 résections des lobes inférieur et moyen à droite; 3 lobectomies inférieures gauches; 2 lobectomies inférieures droites; une lobectomie moyenne droite et une pneumonectomie gauche).

Des 5 malades qui ne subirent qu'une exérèse incomplète des lobes bronchectasiques, 2 furent suffisamment améliorés pour refuser une nouvelle intervention (le premier gardait, après lobectomie inférieure gauche, des lésions de la lingula et des lobes

inférieur et moyen droits; l'autre, après lobectomie inférieure gauche, conservait des lésions de la lingula) 2 autres furent insuffisamment améliorés, et subirent une 2e intervention (lobectomie inférieure gauche, puis lingulectomie, résection des lobes inférieur et moyen droits, puis de l'inférieur gauche et de la lingula). Le dernier malade fut guéri après 3 opérations qui ne lui laissèrent que les 2 lobes supérieurs, mais mourut quelques mois après.

Un seul des opérés ne put subir d'opération d'exérèse : il s'agit d'une pleurésie purulente qui nécessita successivement une thoracotomie, une thoracectomie à la Schede, puis une plastie musculaire pour obturer une fistule broncho-cutanée.

G. Edelmann.

John F. Paterson (Toronto). — **Les résultats décevants des résections pulmonaires pour bronchectasie** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **66,** n° 5, Mai 1952, p. 432).

Le traitement de la bronchectasie par la résection pulmonaire est actuellement bien admis et plusieurs séries ont été publiées avec une mortalité opératoire de moins de 2 p. 100. Il est bien connu qu'un grand nombre de malades sont guéris de tous leurs symptômes. Mais un certain nombre n'ont pas de raisons d'être parfaitement satisfaits. A l'hôpital de Toronto, 118 malades ont été opérés avec 1 seul mort post-opératoire. Dans 112 cas, l'opération fut unilatérale, et bilatérale dans 7; tous ces malades étaient des hommes. Sur les 118, 14 ne purent être suivis, les 104 restants reçurent un questionnaire : 58 étaient complètement satisfaits, 24 partiellement satisfaits et 22 restaient mécontents. 38 des 2 groupes ont été examinés minutieusement pour faire le diagnostic de leurs troubles actuels. 4 étaient mécontents parce qu'ils présentaient des douleurs thoraciques. 2 avaient développé par la suite une tuberculose pulmonaire, 16 conservaient une dilatation bronchique.

Au total, 14 malades présentaient, après comme avant, l'intervention, des poussées évolutives avec crachats muqueux, malaises, gênes respiratoires.

L'auteur estime que ces 14 malades présentaient en réalité 2 maladies : une bronchectasie et une bronchite récidivante.

La cure de la bronchectasie n'avait naturellement pas guéri la bronchite récidivante; il faut cependant retenir de cette étude que la majorité des malades ont été complètement guéris ou très améliorés et que la résection reste le traitement de choix, et le seul, de la bronchectasie.

Henri Redon.

P. Le Foyer, A. Garnier et **P. Moriceau** (Paris). — **Résultats éloignés de 282 extra-pleuraux (Sainte-Feyre, Mai 1941 à Décembre 1949)** (*Revue de la Tuberculose*, n° 9, 1952, p. 763-788, avec 5 fig.).

Les auteurs ont mené une enquête très importante sur les résultats éloignés de 282 extra-pleuraux, plus 3 agrandissements qui ont été créés en 10 ans au Sanatorium de Sainte-Feyre antérieurement au 31 Décembre 1949. Les malades sont des étudiants qui ont été facilement soumis à un contrôle régulier. Mortalité de 19 p. 100. Il faut noter que les 2/3 des décès s'observent chez des malades que les auteurs appellent indication 3, c'est-à-dire pour lesquels l'extra-pleural a constitué la seule planche de salut : 5 chocs opératoires, 1 chylothorax, 3 embolies, 1 insuffisance cardio-respiratoire au bout de 1 mois, 1 ensemencement bronchogène massif au 4e mois, 3 infections exogènes, 4 perforations tardives ont été les principales causes de mort. 6 p. 100 des malades ont eu des résultats incomplets. 213 *dont* 18 *extra-pleuraux doubles ont eu des résultats favorables*, c'est-à-dire qu'ils ont repris un état général satisfaisant, qu'ils n'ont plus de bacilles dans l'expectoration depuis au moins 1 an, et que le parenchyme ne présente plus aucune image pouvant être considérée comme pathologique. Naturellement influence énorme de l'avénement des antibiotiques dans cette statistique.

Pour comparer l'extra-pleural à la thoracoplastie, les auteurs éliminent les malades de la catégorie 3 dont nous venons de parler, ce qui laisse 169 malades opérés depuis

plus de 2 ans avec 8 p. 100 de décès, 6 p. 100 de non guérison, 86 p. 100 de guérisons.

La fréquence des épanchements est tombée à 13 p. 100 depuis Janvier 1950, dont 1/4 d'épanchements purulents. Sur 74 extra-pleuraux abandonnés 58 se sont recollés à la paroi sans incident.

La réexpansion est sérieusement entravée par les épanchements prolongés.

En conclusion, pour les auteurs, mis à part l'âge, seule l'accumulation de facteurs défavorables : la fièvre, le mauvais état général, l'insuffisance respiratoire, les grosses cavernes, peut faire écarter l'indication opératoire.

LOUIS BARRAYA.

Journée de Strasbourg. Traitement radiologique et chirurgical du cancer du poumon (*Strasbourg Médical*, t. **3**, n° 6, Juin 1952).

Nous avons déjà publié cette analyse dans le n° 4 du *Journal*, Avril 1953. Nous en répétons le titre pour signaler, à la demande de l'auteur, M. Toty, une erreur que notre analyse ne pouvait que répéter puisqu'elle se trouve dans le texte analysé du *Strasbourg Médical*.

Au haut de la page 342, sous le titre VIII. Discussion sur le traitement. M. Toty, à la 6e ligne, *au lieu de* : Depuis 15 ans. T. irradie; lire : Avec une expérience de 15 cas. T. irradie...

P. G.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

A. de Gasperi, F. Rovelli et **N. Pezza** (Milan). — **Notre expérience du traitement chirurgical des angiocardiopathies congénitales** (*L'Ospedale Maggiore*, an. **40**, n° 7, Juin 1952, p. 313-338, avec 35 fig.).

Article intéressant qui donne une idée de l'activité du centre cardio-vasculaire de Milan.

1° 23 tétralogies de Fallot ont été opérées, 17 d'après la technique de Blalock de préférence par thoracotomie antérieure, sans mortalité, 6 suivant la technique de Brock (Infundibulotomie ou valvulotomie) avec 2 décès. Malgré le risque plus grand les auteurs ont tendance à préférer cette technique qui traite la cause même de la cardiopathie.

2° 5 cas de triade de Fallot ont été opérés de valvulotomie (Brock). Une mort opératoire par arrêt cardiaque.

3° Valvulotomie dans une sténose pure de l'artère pulmonaire. 4 cas de persistance du canal artériel dont 3 ligatures et une section.

4° 4 coarctations avec 3 fois une résection suivie d'anastomose termino-terminale et une fois une anastomose sous-clavière-aorte. 2 morts : thrombose mésentérique au 3e jour et œdème pulmonaire 12 h après chez l'autre malade.

Dans cet article une abondante iconographie témoigne de la précision des techniques employées. Les efforts de l'équipe de l'Ospedale. Maggiore convergent en particulier pour assurer une précision maximum au diagnostic pré-opératoire.

LOUIS BARRAYA.

I. Mathey, J. Facquet, P. Alhomme et **Mlle I. Combar** (Paris). — **La crosse aortique double incomplète. A propos de 2 cas ayant nécessité l'intervention chirurgicale** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 74, 19 Nov. 1952, p. 1583-1585, avec 9 fig.).

Parmi les anomalies de la crosse aortique, il en est, comme l'inversion à droite, qui restent le plus souvent latentes si elles ne s'accompagnent pas de malformations cardiaques. Il en est d'autres qui, comme la double crosse, peuvent entraîner de graves

troubles de compression trachéo-œsophagienne, car elles forment autour des deux conduits un véritable anneau vasculaire, dû à la persistance des deux 4e arcs, la crosse droite étant généralement la plus volumineuse. Mais cette double crosse totale est beaucoup plus rare que la double crosse *incomplète*, dans laquelle le segment antérieur de la crosse gauche a disparu; le segment postérieur étant réduit à l'état de diverticule plus ou moins profond, d'où part le canal artériel complétant l'anneau péri-trachéo-œsophagien. Selon l'étendue du segment atrophié, plusieurs variétés de cette forme anatomique peuvent se rencontrer, dont quelques schémas montrent bien la disposition. C'est à un de ces types de crosse double incomplète qu'appartiennent les 2 cas décrits par les auteurs chez 2 adultes, un homme de 44 ans, une femme de 57 ans, ce qui montre que la lésion peut rester longtemps latente, alors que l'anneau vasculaire complet entraîne généralement dès l'enfance des troubles de compression rapidement mortels. En général le malade ne présente que quelques troubles dysphagiques et c'est l'examen radiologique systématique de l'œsophage après opacification, qui tranche le diagnostic (empreinte caractéristique, refoulement de l'œsophage en avant, situation haute de la crosse).

La simple section du ligament artériel suffira à briser l'anneau constricteur lorsqu'une intervention paraîtra indiquée. Peu de cas ainsi traités ont été jusqu'ici publiés. Les 2 observations des auteurs paraissent bien être les premiers cas français.

M. Deniker.

J. Bret (Lyon). — **Indications et résultats des opérations de Blalock, de Potts et de Brock dans 200 cas de sténose pulmonaire** (*Archives des Maladies du cœur et des vaisseaux*, an. **45**, 407, Juillet 1952, p. 577-584).

B. dans ce travail fait état des malades qu'il a fait opérer au centre de Chirurgie cardio-vasculaire (Professeur Santy et docteur Pierre Marion). S. et M. ont pratiqué sur les 200 malades 208 interventions (opérations itératives) à savoir 90 Potts, 88 Blalock, 15 Brock et 15 tentatives diverses.

Les opérations ont été faites 150 fois (75 p. 100) pour :

1° Tétralogie de Fallot commune : sténose de l'orifice ou de l'infundibulum pulmonaire, communication interventriculaire haute, dextroposition moyenne de l'orifice aortique, hypertrophie du ventricule droit, S. et M. ont traité ces cas par 71 Potts, 33 Blalock, 4 Brock.

2° 44 cas ont trait à une tétralogie de Fallot avec persistance du 4e arc aortique droit. Ils ont été traités 38 fois par l'opération de Blalock, 1 fois par un Potts, 1 fois par un Brock.

50 opérés étaient porteurs de malformations diverses, tétralogie avec atrésie tricuspidienne ou persistance de canal artériel, et ont subi des opérations diverses.

L'auteur résume sa doctrine de la façon suivante :

1° L'anastomose latéro-latérale de l'aorte descendante et de l'artère pulmonaire gauche (Potts gauche) représente l'opération de choix dans la tétralogie et dans le faux troncus arteriosus quand l'arc aortique est normal. Elle peut être adaptée à tous les âges et permet de calibrer exactement l'anastomose (64 résultats tardifs excellents sur 71 cas).

2° L'anastomose termino-latérale ou termino-terminale des artères sous-clavière et pulmonaire gauche (Blalock gauche) est indiquée en cas de difficulté technique du Potts et dans la tétralogie lorsqu'il existe une persistance du IVe arc aortique droit (30 résultats tardifs dont 26 excellents et 4 médiocres sur 34 cas). Si l'anastomose est impossible, il faut à tout prix éviter une opération blanche et pratiquer une valvulotomie pulmonaire ou une résection infundibulaire.

3° La valvulotomie pulmonaire et la résection infundibulaire (Brock) sont les seules méthodes de traitement dans la trilogie de Fallot et dans les malformations sténosantes de type rare ou indéterminé.

G. Picot.

Egbert H. Fell, Oglesby Paul, James A. Campbell, Carl B. Davis, Louis Selverston et **Robert Grissom** (Chicago). — **Sténose mitrale : étude physiologique, diagnostic et traitement** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 1, Juil. 1952, p. 128-137, avec 8 fig.).

C'est surtout sur le chapitre des indications que s'étendent les auteurs, indications avant tout d'ordre clinique et qui respectent les règles déjà classiques.

10 observations seulement viennent conclure l'article; elles comportent 2 morts opératoires, et 8 succès opératoires, suivis depuis un délai trop court pour des conclusions définitives (2 à 6 mois). Dès maintenant cependant on retrouve une amélioration fonctionnelle très importante.

9 fois sur 10, l'opération a consisté en une fracture valvulaire au doigt; 1 fois seulement, le couteau fut nécessaire sans d'ailleurs qu'il puisse obtenir de résultat là où le doigt avait échoué.

Fr. d'Allaines.

R. H. Wylie (New-York). — **Chirurgie de la sténose mitrale** (*New-York State Journal of Medicine*, vol. **52**, n° 20, 15 Oct. 1952, p. 2477-2479).

W. rappelle rapidement l'historique de la question, et, après avoir schématisé les indications opératoires, étudie les résultats et la mortalité opératoire pour montrer la responsabilité de l'opérateur.

Les conditions d'une opération utile sont enseignées par l'anatomie qui montre la nécessité d'inciser au niveau des commissures de façon à conserver à la valvule un fonctionnement utile.

L'auteur, utilisant la classique voie auriculaire, tente d'abord d'obtenir la dilatation digitale; celle-ci suffit dans un certain nombre de cas où les commissures cèdent facilement; sinon il utilise la guillotine de Bailey.

Sur 36 malades hospitalisés, 18 furent jugés inopérables pour diverses raisons, ce choix des malades opérables est absolument capital, et 13 seulement furent opérés avec 9 survies.

1 des opérés mourut le 7e mois d'une évolution de rhumatisme cardiaque; 8 vivent d'une vie normale, sans restrictions.

Ne doivent être opérés que les malades fonctionnellement très gênés mais avant l'apparition de l'artério-sclérose pulmonaire et de l'insuffisance du cœur droit : ce qui nécessite des examens pré-opératoires stricts et minutieux et une collaboration médico-chirurgicale intime.

Les indications et contre-indications médicales sont minutieusement étudiées par E. B. Mahoney.

Henri Redon.

W. Denk (Wien). — **Nouvelles considérations sur le traitement chirurgical de la sténose mitrale** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **65**, n° 3, 16 Janv. 1953, p. 38-41).

La vieille méthode de *rupture au doigt* semble aujourd'hui la plus employée; D. en donne une brève description théorique.

Le cœur réagit peu à cette agression, grâce à l'instillation intra-ventriculaire per-opératoire d'une solution de procaïne à 1 p. 100.

Au point de vue des indications, seuls relèvent du traitement chirurgical les malades qui ne sont pas améliorés par le traitement médical, et dont les lésions continuent à s'aggraver, avec apparition de crises d'œdème pulmonaire et fibrillation auriculaire.

Il n'y a pas lieu de conserver la notion des deux âges limites de 20 et 40 ans, qui avaient été antérieurement proposée.

D. considère comme contre-indications : les crises de rhumatisme ou d'endocardite récentes, l'insuffisance et la dilatation cardiaques, la décompensation.

Il agit toujours en collaboration avec un cardiologue, rejette le cathétérisme car-

diaque comme inutile, se contente de l'étude de la tension, de l'électro-cardiogramme, de la détermination du volume-minute; il donne une grosse importance à la préparation digitalique pré-opératoire.

D. expose ensuite quelques détails de sa technique personnelle : large incision antéro-latérale s'étendant du bord gauche du sternum à la ligne axillaire postérieure; appréciation au doigt de la consistance de l'anneau, qui apparaît élastique, ou dur, ou calcifié; recherche d'un reflux éventuel au cours de la systole ventriculaire; attaque première de la commissure antéro-latérale, puis de la postérieure; l'opération est réussie si l'index pénètre aisément dans le ventricule; si, en raison de l'élasticité de la valvule ou de sa calcification, la manœuvre ne réussit pas (1/4 ou 1/5e des cas), il faut employer un instrument, mais aucun des valvulotomes construits n'est satisfaisant.

La perte totale de sang ne dépasse guère 300 à 500 cm³. Il faut se méfier des déchirures de l'auricule à parois minces et fragiles; il conviendrait de réparer la lésion soit par ligature à la base, soit, ce qui est plus grave, par résection.

Une surveillance attentive, l'oxygénation, des radiographies répétées du thorax sont nécessaires après l'intervention.

D. a observé 2 cas d'embolies avec accidents paralytiques passagers; il n'en voit plus depuis qu'il vide avec soin l'auricule de ses caillots.

Sur 17 opérations entreprises, dans 3 cas la pénétration fut impossible en raison de l'état de l'auricule (et l'on sait que le passage par l'oreillette est grevé de 40 à 50 p. 100 de mortalité); dans 2 autres cas, le forcement de la valvule ne put être mené à bien. Sur 12 opérations conduites jusqu'au terme, 9 fois ont pu réaliser une bonne rupture, avec 2 cas de thrombose embolique, et finalement 8 améliorations satisfaisantes; 3 fois la rupture fut imparfaite, avec 2 améliorations et 1 mort tardive. On a nettement constaté, après rupture satisfaisante, un affaissement de l'oreillette et des veines pulmonaires. Dans tous les cas, le souffle systolique a persisté.

Combien de temps durera l'amélioration ? (on en connaît de plusieurs années); n'y a-t-il pas risque de créer ou d'exagérer une insuffisance de la mitrale ? L'avenir répondra.

R. Gueullette.

R. Stas, P. Soulie, M. Servelle et **J. Rougeulle** (Paris). — **Commissurotomie et rétrécissement mitral** (*Acta Cardiologica*, t. 7, fasc. 6, 1952, p. 587-593).

Exposé conçis des enseignements qui se dégagent d'une expérience portant sur 38 commissurotomies pour sténose mitrale.

Les données de l'exploration hémodynamiques sont citées comme fidèles et très précieuses. La comparaison entre pression capillaire et pression de l'artère pulmonaire conduit à distinguer 2 catégories de sténoses : dans l'une, où la résistance artériolaire pulmonaire est élevée, le réseau capillaire est protégé tandis que le ventricule droit subit la surcharge majeure; dans l'autre, où la résistance artériolaire est faible, le réseau pulmonaire est sujet à l'œdème aigu. Le calcul de la surface mitrale est en concordance avec les constatations opératoires (sauf dans le cas d'une insuffisance valvulaire associée) : d'où sa valeur décisive pour les indications chirurgicales. Les bons cas pour la commissurotomie sont ceux où la surface est inférieure à 1,5 cm²; ce sont ceux qui comportent les modifications électro-cardiographiques caractéristiques (déviation axiale droite, hypertrophie ventriculaire droite). En revanche, les données sthétacoustiques, et notamment l'intensité du roulement, n'ont pas de correspondance aussi précise avec le degré de la sténose.

Les cas où l'indication est idéale sont ceux de malades jeunes, en rythme sinusal, très dyspnéiques à l'effort, sujets à l'œdème pulmonaire, avec une petite surface mitrale. Les contre-indications formelles sont le rhumatisme articulaire récent, l'endocardite infectieuse, la défaillance cardiaque et l'artérite pulmonaire.

La technique et les suites opératoires sont décrites. Les résultats éloignés sont remarquables, surtout au point de vue fonctionnel. La réduction des pressions droites

ne s'obtient que tardivement, 6 ou 8 mois après l'intervention (contrairement à ce qui a pu être constaté par d'autres auteurs). Quant aux cas malheureux, ils sont de 2 décès sur les 38 opérés.

Cl. Macrez.

Franck Gerbode, Émile Holman et **Herbert Hultgren** (San Francisco). — **Traitement de la sténose mitrale par fracture de la valvule au doigt** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 1, Juil. 1952, p. 113-127, avec 8 fig.).

Après un rappel historique, les auteurs résument les principales conséquences physiopathologiques de la sténose mitrale qui justifient l'intervention.

Le procédé de choix leur semble la fracture au doigt des zones commissurales et ils réservent l'action instrumentale aux formes anatomiques sur lesquelles le doigt est impuissant à obtenir la déchirure commissurale.

Une technique bien réglée, utilisant la voie auriculaire maintenant classique, leur a permis d'abaisser la mortalité opératoire à 5 cas sur 44 opérés. C'est pour eux une raison d'élargir les indications opératoires à tous les malades chez qui apparaissent des signes fonctionnels gênants, en l'absence naturellement d'une des contre-indications classiques (insuffisance cardiaque, insuffisance mitrale importante, autre lésion valculaire, R. A. A. évolutif, etc...).

Seuls 12 malades ont été suivis avec un recul suffisant et cathétérisés, 2 n'ont pas été modifiés, 10 présentent une amélioration imparfaite sur le double plan fonctionnel et hémodynamique.

Fr. d'Allaines.

Charles P. Bailey, Axel K. Olsen, Kenneth K. Keown, Henry T. Nichols et **William J. Jamison** (Philadelphie). — **Commissurotomie pour sténose mitrale. Technique pour la prévention des complications cérébrales.** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **149**, n° 12,, 19 Juillet 1952, p. 1085-1091, avec 5 fig.).

L'embolie cérébrale est une complication redoutable des interventions chirurgicales pour rétrécissement mitral. Cette embolie due à la migration de caillots d'origine auriculaire au cours des manœuvres intra-cardiaques a été observée 12 fois sur un ensemble de 235 cas étudiés par les auteurs.

La thérapeutique sympathique est pratiquement incapable de s'opposer aux effets secondaires de l'embolie cérébrale et les auteurs se sont efforcés de mettre au point une technique permettant la prévention de l'embolie.

Étant donné que les caillots occupent habituellement l'auricule la pénétration directe à l'intérieur de l'oreillette à travers la veine pulmonaire supérieure gauche semblerait préférable à la pénétration à travers l'auricule, mais cette voie d'abord comporte des risques plus considérables et il y eut 2 morts post-opératoires dans 21 cas où elle fut employée. Aussi les auteurs ont-ils cherché à pallier les conséquences de l'abord à travers l'auricule et comme on peut sans danger interrrompre la circulation dans l'une des 2 carotides primitives les auteurs procèdent de la façon suivante : un clamp bulldog est placé à l'origine du tronc artériel brachio-céphalique et maintenu pendant toute la durée des manœuvres intra-cardiaques. Ainsi le cerveau droit est-il parfaitement protégé contre tout risque d'embolie. Un lacs est passé autour de l'origine de la carotide primitive gauche et sera l'objet de tractions permettant d'interrompre le courant sanguin au niveau de cette artère pour des périodes allant de 30 à 60 s aux moments *stratégiques* de l'opération.

Cette technique a été adoptée pour une série de 81 malades sans qu'il y ait eu à déplorer aucun accident embolique et sans aucune suite fâcheuse.

Marcel Roux.

J. G. Scannell, J. S. Myers et **A. L. Friedlich** (Boston, Mas.). — **La signification de l'hypertension pulmonaire dans la péricardite constrictive** (*Surgery*, vol. **32**, n° 2, Août 1952, p. 184-194, avec 7 fig.).

Par la méthode du cathétérisme cardiaque, les auteurs ont étudié les pressions veineuses dans les cas de péricardite constrictive chronique.

Dans tous les cas, l'hypertension pulmonaire s'est révélée constamment présente dans la péricardite sténosante chronique. Elle signifie l'atteinte de la partie gauche du cœur par le processus constrictif. Par une péricardiolyse adéquate du ventricule gauche, cette hypertension pulmonaire peut être complètement amendée. Si elle persiste post-opératoirement, elle signifie soit le reliquat d'une cicatrice constrictive, soit un certain degré d'insuffisance ventriculaire gauche.

L'élévation de la pression veineuse périphérique résulte de l'extension du processus constrictif au ventricule droit. Une péricardiolyse complète du ventricule, sans libération de l'atrium et de l'entrée des grosses veines, suffit à faire disparaître complètement cette hypertension. Sa persistance post-opératoire indique soit le reliquat d'une cicatrice constrictive, soit une insuffisance ventriculaire droite.

PAUL BANZET.

Charles V. Menendez (New-Orléans). — **Péricardite purulente.** (*New Orléans Medical and Surgical Journal*, vol. **104**, n° 10, Avril 1952, p. 402-409).

M. apporte 3 nouveaux cas de péricardite purulente guéris à la suite du drainage chirurgical.

Ils concernent une fillette de 2 ans et 2 hommes de 43 et 50 ans. Bien que le pneumocoque n'ait été identifié que dans 1 cas, il paraît s'agir d'une localisation pneumococcique précédée chez l'enfant d'une bronchopneumonie et accompagnée chez les deux adultes de pleurésie purulente bilatérale.

Le diagnostic a été fait dans les 3 cas par la radiographie et l'électrocardiographie.

Le drainage a été effectué par résection des 5e, 6e et 7e cartilages costaux. Les antibiotiques ont été largement utilisés et, dans un cas, l'injection locale de streptokinase-streptodornase a paru très efficace.

La guérison a été obtenue dans tous les cas sans séquelle.

ANDRÉ SICARD.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

K. Vogeler. — **Chirurgie der Hernien** (**La chirurgie des hernies**) Un vol., 139 p., 102 fig., W. de Gruyter et Co, édit., Berlin, 1951. Pr. relié : 18 DM.

Aucun précis d'ensemble n'a traité ce sujet depuis plus de 20 années. Aussi bien la lecture de celui-ci éveille-t-il l'intérêt.

Le jeune chirurgien y trouvera tout d'abord une étude de la hernie en général, envisagée suivant ses conditions anatomiques, ses circonstances d'apparition, sa symptomatologie et son évolution, enfin les directives du traitement qui lui est opposable. Dans ce premier chapitre, une place importante est réservée aux complications éventuelles.

La seconde partie de l'ouvrage comprend l'étude successive des différentes variétés de hernies (inguinale, crurale, ombilicale, de la ligne blanche, pelvienne, hernies à travers les cicatrices opératoires). De nombreuses figures précisent les rapports anatomiques de chacune d'elles, afin de faire mieux comprendre la technique de la cure opératoire.

La partie technique est en effet clairement et parfaitement exposée, de même que sont précisés les écueils et les difficultés qui peuvent se présenter. On y trouve même des procédés nouveaux, telle que l'opération de Kummer pour hernie crurale, dont je n'ai personnellement jamais lu de description ailleurs.

En bref, ce livre vient à son heure; il prouve qu'une étude bien faite, d'un sujet limité, et même apparemment rebattu, comme celui-ci, en dehors des précisions élémentaires qu'il apporte à l'élève et au chirurgien débutant, peut aussi rendre d'utiles services à leurs aînés.

R. Gueullette.

Ernest E. Arnheim. — **Hernie congénitale du diaphragme** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 3, Sept. 1952, p. 293-307, avec 19 fig.).

L'auteur rapporte 3 cas de volumineuse hernie diaphragmatique droite contenant le foie et l'intestin observés chez le jeune enfant.

Chez l'un d'eux, les premiers symptômes, faits de dyspnée, cyanose et fièvre, apparurent à l'âge de 10 mois. Ce début clinique tardif est inhabituel. Le diagnostic fut fait par la radiographie avec ingestion de baryte et insufflation intra-péritonéale d'oxygène. Le sac herniaire occupait presque entièrement l'hémidiaphragme qui fut reconstitué en utilisant le sac lui-même. L'enfant guérit avec un excellent résultat fonctionnel.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'un enfant de 5 jours chez lequel la cyanose, la rapidité du rythme respiratoire et la matité du thorax à droite firent pratiquer au 2e jour une radiographie qui permit le diagnostic sans l'aide de la baryte. On avait cependant cru d'abord à une atélectasie avec épanchement pleural. Le sac, occupant la totalité de l'hémidiaphragme, remontait jusqu'à l'apex. Comme dans le cas précédent, la réparation du diaphragme avec le sac, après excision partielle, donna la guérison avec un bon résultat.

Le 3e cas concerne un enfant de 2 jours, dont les vomissements immédiats firent pratiquer une radiographie barytée. La hernie du foie fut reconnue sur un cliché oblique. Il n'y avait pas de sac. La brèche occupait la moitié supérieure du diaphragme qui fut reconstituée en utilisant le fascia rénal, ce qui donna un résultat parfait.

A ces 3 cas, l'auteur ajoute 9 autres trouvés dans la littérature (les enfants étaient âgés de 6 h à 4 ans). Il analyse les symptômes suivant les âges et indique les erreurs de diagnostic commises : atélectasie, tuberculose pulmonaire, pneumonie.

La hernie contenait chez 4 malades la totalité du lobe droit du foie, chez 6 malades une partie seulement de ce lobe et chez 1 malade le lobe gauche. Dans tous les cas se trouvaient des anses grêles et, dans 10 cas, le cæcum, l'appendice, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse avec défaut d'accolement du méso de la partie droite du côlon.

On note 8 cas sans sac herniaire et 4 cas avec sac. Le plus souvent l'orifice occupait la partie postérieure du diaphragme (6 cas), parfois la partie antérieure (2 cas) ou le foramen de Bochdalek (2 cas). 2 fois l'hémidiaphragme manquait totalement.

La hernie fut abordée 10 fois par voie abdominale et 2 fois par voie thoracique. Sauf dans les 2 cas où l'auteur pratiqua la plicature du sac pour reconstituer le diaphragme et celui où il se servit du facia rénal, la suture directe fut le procédé habituellement utilisé. Dans un cas, les insertions costales du diaphragme furent désinsérées et, après suture de la brèche, réinsérées à un niveau plus élevé. Dans 1 cas enfin, une phrénicectomie complémentaire fut pratiquée.

2 enfants de 6 h et de 5 jours moururent à la fin de l'intervention. Tous les autres guérirent.

André Sicard.

S. W. Harrington (Rochester). — **Hernie diaphragmatique par l'hiatus œsophagien** (*Rocky Mountain Medical Journal*, vol. **49**, n° 8, Août 1952, p. 665-673).

L'auteur montre la difficulté du diagnostic et l'importance de l'examen radiologique et de l'œsophagoscopie, car l'association à la hernie, d'une sténose œsophagienne est relativement fréquente.

Opératoirement H. préfère la voie d'abord abdominale qui permet plus facilement la libération du collet du sac et l'exploration complète de l'estomac et qui évite l'ouverture inutile de la plèvre.

Lorsque la suture directe est irréalisable l'auteur utilise une bandelette de fascia lata.

Harrington insiste sur la nécessité de vider l'estomac par aspiration pour éviter les regurgitations et l'inondation des poumons.

Sur un total de 448 cas, la suture a été possible 410 fois.

38 fois Harrington a dû renoncer à la fermeture, pour des motifs variés, et a pratiqué une phrénicectomie avec 50 p. 100 d'amélioration importante des symptômes : 10 p. 100 seulement n'ont pas bénéficié de l'opération.

7 récidives ont été observées, et la mortalité opératoire a été de 1,5 p. 100.

10 p. 100 des malades avaient déjà subi une intervention après erreur de diagnostic. La plus commune ayant été la lithiase biliaire.

21 malades opérés enfin durent être réopérés pour une autre affection, gastrique, duodénale ou vésiculaire.

HENRI REDON.

Ernest D. Geever (Whipple) et **K. Alvin Merendino** (Seattle). — **La réparation des brèches diaphragmatiques avec des greffes cutanées** (*Surgery, Gynecology, and Obstetrics*, vol. **95**, n° 3, Sept. 1952, p. 308-316, avec 5 fig.).

C'est un travail expérimental réalisé sur 32 chiens chez lesquels 64 sections du diaphragme furent pratiquées faisant communiquer la cavité pleurale avec le péritoine. La moitié fut réparée avec des greffes autogènes fraîches de peau, l'autre moitié avec des greffes cutanées pédiculées. Les brèches furent créées au contact de la paroi thoracique afin de simuler les hernies congénitales. Les chiens furent sacrifiés après des délais variables, allant du 4e jour au 4e mois. Des injections d'encre de Chine furent utilisées pour examiner la vascularisation de la greffe.

Les greffes libres ont donné de meilleurs résultats que les greffes pédiculées, dont l'infection, partie de la base du pédicule, a été fréquente et dont la taille exacte est difficile avant de connaître les dimensions précises de la perte de substance du diaphragme.

Par contre, malgré l'administration de très petites quantités d'antibiotiques, une seule greffe libre s'est infectée (3 p. 100).

La rétraction secondaire de la greffe a été constatée dans 30 p. 100 des cas au 4e mois, mais elle n'a jamais paru gêner au cours des examens radioscopiques le jeu du diaphragme.

Dans tous les cas se formèrent des adhérences entre la greffe, le poumon et les viscères abdominaux. Elles ne parurent jamais provoquer aucune gêne et bien au contraire favorisèrent la revascularisation du greffon.

L'histopathologie de la greffe montra après 1 mois la dégénérescence kystique des follicules pileux et après 4 mois la persistance de zones granulomateuses contenant des lymphocytes, des cellules plasmatiques et des cellules géantes. On a de plus toujours noté au-delà de 1 mois des abcès microscopiques à la place des glandes sébacées.

Chez 6 chiens, l'expérimentation fut réalisée par la résection bilatérale et totale du diaphragme. Dans 3 cas, la réparation fut faite avec des greffes libres et dans 3 cas avec des greffes pédiculées. Les mêmes observations furent enregistrées et les animaux ne parurent présenter aucune gêne respiratoire.

Cette technique mérite donc d'être tentée chez l'homme qui présente un risque de contamination cutanée infiniment moindre que l'animal et chez lequel la protection par les antibiotiques doit pouvoir favoriser les résultats.

ANDRÉ SICARD.

Marvin M. Keirns (Denver, Colo.). — **Deux tumeurs rares du diaphragme** (*Radiology*, vol. **58**, n° 4, Avril 1952, p. 542-547, avec 9 fig.).

L'auteur présente 2 cas de tumeurs bénignes du diaphragme : une était un adénome suprarénal, et l'autre un adénome du foie.

Il pense que les méthodes les plus utiles radiologiquement sont le pneumothorax, le pneumopéritoine et l'insufflation gastrique plus souvent encore.

Dans ces 2 cas, les tumeurs furent découvertes fortuitement et le diagnostic fait par le pneumopéritoine.

L'auteur insiste sur l'importance de la visibilité de l'estomac (au besoin légèrement insufflé à la potion effervescente) sur les *films-routine* de poumons : je ne peux que m'associer à son opinion.

P. Porcher.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

W. S. Mc Cune, J. M. Keshishian et **B. B. Blades** (Washington). — **Thrombose mésentérique après contusion de l'abdomen** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 5, Mai 1952, p. 606-614, avec 6 fig.).

Peu de cas de thrombose mésentérique après contusion de l'abdomen ont été rapportés. Il s'agit presque toujours d'une thrombose veineuse et non artérielle. Pour essayer d'en élucider le mécanisme les auteurs ont recherché s'il y avait une modification du sang des veines mésentériques par rapport à celui des veines superficielles au cours d'opérations abdominales de quelque durée; ils ont trouvé une augmentation considérable des plaquettes dans le sang mésentérique, mais aucun changement des autres éléments.

Ils rapportent 4 observations :

Chez un soldat de 28 ans, on intervint 2 jours après une contusion de l'abdomen, et on trouva une thrombose mésentérique avec gangrène de 35 cm de l'iléon. Résection. On dut réintervenir 3 jours plus tard et faire une iléostomie. Le blessé mourut.

Un homme de 61 ans fut opéré 2 jours après une contusion pour une gangrène du jéjunum avec rupture du mésentère. Résection. Mort.

Une femme de 88 ans eut une thrombose avec gangrène de l'intestin qui évolua lentement et entraîna la mort, sans opération. 25 jours plus tard.

Enfin une femme de 40 ans, qu'un de ses amis essaya de soulever en l'air, en se mettant derrière elle, et lui entourant la taille avec ses bras, eut des troubles abdominaux, qui nécessitèrent une laparotomie 6 jours plus tard. On trouva une anse jéjunale gangrenée sur 25 cm environ qu'on réséqua. Le reste du grêle fut examiné et trouvé sain. Cependant il fallut réintervenir 5 jours après, pour une nouvelle thrombose avec gangrène commençant à 40 cm environ au-dessous de l'anastomose précédente. Une nouvelle résection amena la guérison.

Ce fait prouve qu'une thrombose peut continuer à s'étendre après une résection de l'intestin et du mésentère, si toute la zone thrombosée de celui-ci n'a pas été enlevée.

M. Guimbellot.

Anthony J. Mendillo, Robert M. Lowman, Levin L. Waters et **Howard W. Stanley** (New Haven, Connecticut). — **Kystes chyleux du mésentère** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° 3, Sept. 1952, p. 265-290, avec 13 fig.).

8 cas de kystes chyleux du mésentère ont été observés en 15 ans au « Grace Unit of the New Haven Community Hospital » de 1934 à 1950.

C'est à l'occasion de ces observations rapportées en détail pour 7 d'entre elles que les auteurs font une revue générale de cette affection relativement rare.

Après avoir rappelé les théories pathogéniques qui invoquent tantôt le développement d'enclaves embryonnaires et tantôt une extravasation de lymphe au niveau des ganglions de la racine du mésentère avec enkystement secondaire (Lee), les auteurs étudient les caractères anatomiques de ces kystes. La paroi en est fibreuse et dense, contenant des follicules lymphoïdes. La limitante interne a un aspect endothélial comparable à celui de la tunique interne des vaisseaux lymphatiques. Ces kystes sont généralement multiloculaires. On voit fréquemment, aboutissant à la base du kyste, des chylifères et des lymphatiques dilatés.

Du point de vue clinique la lésion se révèle fréquemment par une complication, occlusion intestinale essentiellement, plus rarement rupture ou hémorragie intrakystique. Dans les cas non compliqués, la tumeur est généralement palpable en raison de son volume. Le diagnostic est précisé par l'examen radiologique qui montre les connexions de la masse avec l'intestin, les modifications de celui-ci se traduisant par un aspect d'élongation, de compression, d'étirement, de refoulement extrinsèque autour d'une masse qui présente une transparence relativement plus grande que le reste de l'abdomen. L'examen par repas opaque doit être extrêmement soigneux et doit comporter des clichés pris 15 mn, 1/2 h, 3 h et 5 h après l'ingestion du repas. Une urographie et un examen du côlon pourront dans quelques cas apporter d'utiles renseignements complémentaires.

Du point de vue thérapeutique si l'énucléation est le traitement en principe le plus adéquat, l'importance du kyste peut obliger à des résections intestinales qui comporteraient un pronostic plus sévère.

MARCEL ROUX.

M. Thompson et **W. Buschemeyer** (Louisville). — **Péritonite chyleuse** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 5, Mai 1952, p. 615-620, avec 2 fig.).

La péritonite chyleuse, ou ascite chyleuse, ou chylopéritoine, est caractérisée par la présence de chyle dans le péritoine, avec irritation chronique de celui-ci, mais sans phénomènes aigus.

T. et B. en rapportent une observation. Il s'agit d'un homme de 65 ans, qui souffrait du ventre depuis 18 jours. Les symptômes devinrent plus marqués, avec fièvre, hyperleucocytose et polynucléose; pensant à une perforation viscérale on trouva le péritoine rempli de liquide chyleux, épais. L'arrière-cavité en était également remplie. Mais on ne constata aucune lésion pouvant expliquer cette exsudation de chyle, on se contenta de drainer le péritoine, et le malade guérit rapidement. Un examen radiologique du cœur, pratiqué 15 jours plus tard, montra une augmentation de volume du cœur, surtout du ventricule gauche. T. et B. pensent, qu'à défaut d'autre cause, qui n'a pu être révélée, cette hypertrophie du cœur a pu être la cause de l'épanchement du chyle, par compression du canal thoracique.

M. GUIMBELLOT.

ESTOMAC

W. F. Lipp, E. Milch et **A. H. Aaron** (Buffalo). — **Conduite à tenir devant une hémorragie gastro-duodénale massive** (*New-York State Journal of Medicine*, vol. **52**, n° 18, 15 Sept. 1952, p. 2261-2264).

L'éternelle controverse entre partisans et adversaires de l'opération paraît cause de graves confusions.

La majorité des malades paraît pouvoir être traitée par de larges transfusions.

En principe ne doivent être opérés que ceux qui répondent mal aux transfusions : cette appréciation est avant tout clinique et reste basée sur un examen systématique d'heure en heure.

Après une transfusion qui peut atteindre 2 l en 1 h (associée à l'oxygénation, à l'aspiration gastrique et aux opiacés), si l'état général *ne reste pas amélioré* après 3 h, l'intervention s'impose : cette décision est prise sur l'examen de la tension, du pouls, et doit être exécutée avant l'irréversibilité du choc.

12 malades âgés ont été traités suivant ces principes et opérés avec 1 seul décès, ce qui représente certainement la justification de cette façon de faire.

HENRI REDON.

Norman Zamcheck, Thomas C. Chalmers, Max Ritvo et **Melvin P. Osborne** (Boston). — **Diagnostic précoce des grandes hémorragies gastro-intestinales** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. 148, n° 7, 16 Fév. 1952, p. 504-507).

Le problème le plus difficile en présence d'une abondante hémorragie gastro-intestinale est, comme on sait, d'ordre étiologique. Les auteurs insistent sur l'importance de la radiographie d'urgence qui a été pratiquée dans presque tous leurs cas. Ils y ajoutent, lorsque aucune cause gastrique n'apparaît évidente, l'étude quasi systématique d'un test de dysfonction hépatique (épreuve à la sulfobromophtaléine), les varices œsophagiennes par cirrhose du foie étant une cause non négligeable d'hémorragies digestives.

Sur un ensemble de 123 malades soumis à un examen radiologique précoce, 74 d'entre eux étant examinés dans les 48 h, 19 autres dans les 72 h, tous les autres sauf 6 dans le courant de la 1re semaine, on put diagnostiquer 91 fois une lésion ulcéreuse : duodénale 65 fois, gastrique 26 fois, 5 fois des varices œsophagiennes, 3 cancers gastriques.

Le diagnostic radiologique initial fut confirmé dans 92 cas. Même dans les cas où un diagnostic ne put être porté avec certitude lors du 1er examen (14 cas), les examens ultérieurs permirent de le préciser. Inversement 7 ulcères détectés lors du 1er examen (5 gastriques et 2 duodénaux) ne purent pas être retrouvés ultérieurement en raison probablement de leur prompte cicatrisation.

Dans 111 de ces 123 examens radiologiques précoces on ne nota aucune incidence particulière de la technique sur l'hémorragie. 12 malades continuèrent à saigner sévèrement après leur examen sans que les auteurs croient devoir incriminer particulièrement celui-ci, mais aucune mort ne résulta de cet examen radiologique d'urgence.

Chaque fois que l'examen radiologique étant négatif, le test à la sulfobromophtaléine semble indiquer un état de cirrhose hépatique, l'œsophagoscopie s'impose; celle-ci a été pratiquée plus de 50 fois chez des malades en état d'hémorragie. La mise en évidence de varices saignantes impose le recours au tamponnement œsophagien au moyen de la sonde à triple lumière de Sengstaken et Blakemore.

Les hémorragies liées à un état dyscrasique ne sont généralement pas limitées au seul tractus digestif et il existe en outre des stigmates sanguins que l'on n'omettra pas de rechercher.

Les auteurs trouvent une justification de leur façon de procéder dans l'étude des lésions responsables de 101 hémorragies gastro-intestinales mortelles observées au Boston City Hospital entre 1945 et 1949. 1/3 des malades étaient atteints de varices œsophagiennes et environ la moitié d'ulcères gastro-duodénaux c'est-à-dire de lésions pour lesquelles un tamponnement ou une action chirurgicale aurait pu être efficace.

Si malgré tous les soins apportés à préciser le diagnostic étiologique, celui-ci demeure incertain, l'intervention chirurgicale semble à conseiller et l'exploration ne devra pas se borner au seul estomac mais comportera également l'étude du grêle par transillumination. La gastrotomie, la duodénotomie semblent des manœuvres à conseiller.

Marcel Roux.

H. C. Knowles, B. Felson, N. Shapiro et **L. Schiff** (Cincinnati). — **Le diagnostic radiologique d'urgence des hématémèses hautes sans l'aide de la palpation (Technique de Hampton)** (*Radiology*, vol. **58,** n° 4, Avril 1952, p. 536-541, avec 3 fig.).

Pour permettre d'employer les perfectionnements techniques médicaux et chirurgicaux pour le traitement des hémorragies du tractus digestif supérieur, il faut déterminer le point d'origine de l'hémorragie.

L'expérience en matière d'examen radiologique précoce, sans palpation abdominale, leur a montré que ce procédé est à la fois prudent et utile. Les auteurs emploient la méthode de Hampton : on fait ingérer au malade, en décubitus dorsal, environ 50 g de sulfate de baryum (mélange égal d'eau et de baryum), puis on tourne le malade sur le côté droit, et de nouveau sur le dos pour répartir la drogue sur les parois gastriques. Une série de clichés, sans compression, est alors faite. Puis, le sujet est mis

de nouveau sur le côté droit jusqu'à ce que le baryum franchisse le bulbe; on le remet alors sur le côté gauche pour que la bulle gazeuse monte dans l'antre et le bulbe donnant une image de double contraste. En variant le degré de rotation, on dégage le bulbe de la colonne. Toutes ces images sont fixées radiographiquement. On fait ingérer alors 100 g de baryum, et l'on examine de nouveau l'estomac et le bulbe en réplétion radioscopiquement et radiologiquement. Cet examen demande en tout environ 30 mn.

Sur 80 cas (non choisis) examinés par cette méthode depuis 1 an le diagnostic positif a été fait dans 86 p. 100 des cas.

P. Porcher.

G. Cavina (Florence). — **Le traitement chirurgical des grandes hémorragies par ulcère gastro-duodénal** (*Bolletino e Memorie delle Societa Tosco-Umbra di Chirurgia*, vol. **13**, fasc. 3, séance du 5 Avril 1952, p. 221-272).

De cette communication, véritable article de traité de chirurgie, qui étudie l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic, des grandes hémorragies digestives, nous ne retiendrons que les conclusions et les résultats de l'auteur.

La proportion des hémorragies d'origine ulcéreuse dans le tableau d'ensemble des grandes hémorragies gastro-duodénales, est variable d'une statistique à l'autre. Elle est cependant prépondérante. Et cet élément de fréquence doit être pris en considération dans la discussion du diagnostic.

Aucun signe clinique ou de laboratoire ne permet de prévoir l'évolution d'une hémorragie ulcéreuse. Sa répétition a plus d'importance que son abondance, pour le pronostic. Elle justifie l'intervention d'urgence, quoiqu'elle la rende plus grave.

Les indications opératoires absolues sont fournies par les ulcères chroniques calleux, angio-térébrants.

Les ulcères muqueux, superficiels, donnent lieu à d'abondantes hémorragies — mais l'intervention opératoire est discutable. On peut en dire autant de la gastro-duodénite hémorragique dans laquelle même après l'incident hémorragique, la gastrectomie n'est pas justifiée.

« Dans les graves hémorragies par ulcères calleux la décision opératoire doit être immédiate... chaque fois que le diagnostic sera fondé sur des éléments de certitude ou de grande probabilité... »

Les ulcères muqueux, saignants, les gastrites hémorragiques relèvent du traitement médical. En cas de reprise de l'hémorragie, la laparotomie sera indiquée « dans le but surtout d'éliminer l'existence éventuelle d'un ulcère calleux, non diagnostiqué... ».

La seule intervention logique est la gastrectomie.

Sur 20 gastrectomies pour ulcère calleux hémorragique pratiquées dans les premières heures, l'auteur relève un seul décès, par shock.

Sur 83 gastrectomies retardées, dans les 8 jours, on compte 6 décès..., soit 7,2 p. 100.

Il y a lieu d'ajouter 7 cas d'hémorragie avec perforation concomitante, avec 3 décès.

La mortalité, dans les interventions d'urgence, n'est que de 5 p. 100 supérieure à celle des opérations pratiquées à froid, qui s'élève à 2 p. 100.

J. Assali.

Alexander Lyall (Greenock). — **Ulcère perforé. Une étude de 200 cas consécutifs** (*Glasgow Medical Journal*, vol. **33**, n° 6, Juin 1952, p. 201).

L'auteur publie une statistique intégrale des 200 ulcères gastriques perforés à l'Infirmerie Royale de Greenock.

Il remarque tout d'abord qu'il est impossible de connaître le pourcentage exact des ulcères qui se perforent. Dans sa statistique, 5 p. 100 seulement des perforations se sont produites chez des malades connaissant l'existence de leur ulcère. La mortalité opératoire est seulement de 4 p. 100.

Il est intéressant de noter que des séries assez comparables donnent une mortalité d'environ 10 p. 100.

La plupart des morts étant survenues par péritonite généralisée, la réduction de la mortalité est attribuée par l'auteur à l'usage des antibiotiques et tout particulièrement de l'auréomycine. Dans la série étudiée, il ne semble pas que le mode d'anesthésie ait joué un rôle important dans la mortalité, car les morts sont distribuées uniformément bien que les méthodes anesthésiques aient été modifiées au cours de cette série; mais il faut retenir que toutes les anesthésies ont été données par un anesthésiste de qualité.

Le traitement a consisté dans la suture simple, de principe. La gastro-entérostomie n'a été réalisée que lorsqu'elle paraissait indispensable.

Elle n'a d'ailleurs pas toujours évité la dilatation gastrique qui serait plutôt consécutive à l'atonie de l'estomac qu'à l'obstruction pylorique.

L'aspiration gastrique paraît au contraire d'une importance capitale. L'auteur remarque enfin que 10 p. 100 des malades ayant eu une gastro-entérostomie ont fait secondairement un ulcère peptique dans les premières années.

HENRI REDON.

K. S. Grimson, C. R. Rowe et **H. M. Taylor** (Durham). — **Résultats de la vagotomie pendant 7 ans** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 5, Mai 1952, p. 621-636, avec 2 fig.).

G., R. et T. étudient les résultats de 175 opérations de vagotomies pratiquées pour ulcères gastro-duodénaux de 1944 à 1951 dans le même hôpital. Au début ils ont fait 50 vagotomies seules, dans les ulcères duodénaux, mais ont été obligés de faire chez 18 d'entre ces opérés une gastro-entérostomie secondaire, et chez 2 autres une résection gastrique.

Actuellement ils font toujours, dans les ulcères duodénaux, une vagotomie associée avec gastro-entérostomie, et ont 105 malades traités de la sorte, dont 101 suivis. Ils ont également fait la vagotomie pour 7 cas d'ulcères gastriques, et pour 29 cas d'ulcères de la bouche anastomotique après gastro-entérostomie seule ou résection gastrique.

Ils donnent en détails les résultats cliniques, et les résultats des tests à l'insuline pratiqués chez leurs opérés et pour comparaison chez les ulcéreux non opérés.

Ils concluent que les résultats de la vagotomie avec gastro-entérostomie sont très encourageants dans les ulcères duodénaux. Chez les opérés de 3 à 7 ans le test à l'insuline ne produit pas ou produit moins d'acide chlorhydrique libre que chez les malades témoins.

M. GUIMBELLOT.

W. Gaines, H. L. Steinbach et **E. Lowenhaupt** (San Francisco). — **La tuberculose de l'estomac** (*Radiology*, vol. **58**, n° 6, Juin 1952, p. 808-819).

Les auteurs rapportent 3 cas de tuberculose gastrique et 1 cas d'ulcère gastrique secondairement infecté par la tuberculose.

Les 3 ulcères tuberculeux présentaient les caractères habituels des ulcères gastriques, peut-être plus profonds à bords déchiquetés et s'accompagnant d'une réaction fibreuse plus intense. Les ganglions locaux sont presque toujours envahis.

Dans les cas décrits ici, la niche a toujours été facilement visible par les méthodes courantes d'examen (compression).

L'examen radiologique seul ne suffit pas pour le diagnostic différentiel entre ulcère peptique, syphilis gastrique et carcinome, la clinique, l'interrogatoire et le laboratoire doivent y aider.

Sur 49 cas (46 pris dans la littérature et les 3 des auteurs) la perte de substance dominait dans 11 cas, l'hyperplasie dans 38 cas. L'ulcère est en général perforant, à bords lisses, se situe en général dans le tiers moyen de l'estomac (73 p. 100).

Les auteurs terminent par une étude rapide de la thérapeutique : ils pensent que la streptomycine (0,5 g, 2 fois par jour pendant 45 jours), constitue non seulement un traitement efficace mais aussi un moyen de diagnostic différentiel.

P. PORCHER.

Camboni (Rome). — **Considérations sur un cas de réticulo-histiocytome bénin de l'estomac** (*La Riforma Medica*, an. **67**, groupe 2, n° 3, 17 Janv. 1953. p. 57-61).

Une femme de 49 ans présente depuis 10 jours un syndrome d'hématémèse aiguë précédé par de violentes douleurs en coup de poignard dans la région épigastrique. Après une transfusion, un examen radiographique est fait, il montre une image lacunaire de la région antrale; cette lacune de forme ovalaire a des limites nettes. L'estomac est mobile. L'opération permit d'énucléer de la paroi gastrique, dans la zone sous-muqueuse de l'antre, une masse grosse comme une mandarine présentant une vaste ulcération sur les bords de laquelle la muqueuse gastrique était adhérente. L'examen histologique permit d'établir le diagnostic de réticulo-histiocytome développé aux dépens de cellules mésenchymateuses restées latentes jusque-là. Il n'existait dans ces éléments cellulaires aucune atypicité nucléaire ou cytoplasmique. Pas d'infiltration dans les tissus voisins. Activité reproductrice limitée.

OLIVIERI.

Edward E. Jemerin et **Ralph Colp** (New-York). — **Cancer gastrique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 1, Juil. 1952, p. 99-112).

Il s'agit d'une étude statistique basée sur 344 cas observés de 1938 à 1947.

Le diagnostic de cancer de l'estomac est beaucoup trop tardif, 54 p. 100 des malades présentaient des symptômes depuis plus de 6 mois. 46 d'entre eux étaient traités pour un ulcère, dont 21 depuis plus de 2 ans.

Si, pendant la 1re période de 5 ans, 41 p. 100 des tumeurs purent être enlevées, pendant la 2e 52 p. 100 furent opérables.

La mortalité de la gastrectomie (toujours partielle) a baissé de 28 à 12,6 p. 100 et la survie après 5 ans est passée de 23,8 p. 100 à 27,3 p. 100. Cette évolution tient surtout au diagnostic qu'il faut encore plus précoce.

ANDRÉ SICARD.

H. Finsterer (Wien). — **A propos du traitement chirurgical du cancer de l'estomac** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **64**, n° 46, 14 Nov. 1952, p. 877-880).

Le cancer gastrique abandonné à lui-même tue dans 100 p. 100 des cas. Aussi bien avons-nous le devoir de l'attaquer toujours, à quelque stade qu'il se présente et quelles que soient les conditions d'ordre général. F. s'efforce inlassablement de convaincre les chirurgiens qu'ils peuvent toujours apporter un secours utile au cancéreux gastrique.

Il faut lutter tout d'abord pour dépister précocement la maladie, en multipliant les examens radiologiques dès la moindre suspicion; et ce, non pas au cabinet du praticien où les formes encore jeunes pourraient passer inaperçues, mais chez un spécialiste qualifié.

Dès le moindre doute, il faut pratiquer une laparotomie exploratrice; et à plus forte raison, l'intervention doit être entreprise immédiatement dès que le diagnostic ferme est posé.

On ne se laissera jamais arrêter, ni par un état de cachexie avancée, ni par des considérations d'âge, ni par un appareil cardio-pulmonaire déficient, ni par l'énormité apparente des lésions, ni même par la présence de métastases reconnues.

Il faut pousser au plus loin les limites de la résection.

L'envahissement partiel du mésocôlon ne la contre-indique pas; on en emportera un segment, même si ce geste impose la ligature de la colica media (16 fois réalisée par F. sans ennuis); par contre la ligature de l'arcade elle-même nécessiterait une résection colique complémentaire.

La résection gastro-colique donne un pourcentage de mortalité globale de 33,8 p. 100; sa gravité apparaît nettement moindre si on la pratique en 2 temps.

La résection gastro-colo-pancréatique est des plus sévères, surtout si l'on veut la réaliser en une seule séance (4 morts sur 5 opérés).

Si l'on pratique une résection gastro-pancréatique, il faut avoir soin de reporter toutes sutures et anastomoses au-dessous du mésocôlon (afin d'éviter l'action du suc pancréatique), et de tamponner le foyer pancréatique afin de l'isoler de la grande cavité.

D'un ulcère dégénéré, on peut laisser le fond sur le pancréas, car la dégénérescence se fait toujours sur la muqueuse du pourtour; si la mortalité atteint ici 35 p. 100, le risque en vaut la peine, car les résultats sont souvent durables.

Une métastase hépatique peut elle-même être réséquée. Dans un cas jugé opératoirement inextirpable, F. a pu faire une résection gastrique, emporter un segment du foie et du pancréas, et apporter ainsi à son malade une guérison durable.

L'anesthésie locale avec infiltration splanchnique, outre qu'elle est mieux supportée par les sujets âgés, supprime tout choc opératoire.

Signalons enfin que l'auteur draine systématiquement dans tous les cas.

Sa mortalité, de 17,5 p. 100 pour la gastrectomie, se tient vers 40 p. 100 lorsqu'il a fallu réséquer un segment d'organe voisin.

R. Gueullette.

W. T. Swartz et **L. J. Sholiton** (Cincinnati, Ohio). — **Gastro-jéjunostomie spontanée** (*Surgery*, vol. **30**, n° 6, Déc. 1951, p. 1021-1025, avec 2 fig.).

Observation d'un homme de 55 ans atteint de tabes et présentant un double ulcère gastrique; le plus grand avait perforé la face postérieure de l'estomac, le mésocôlon transverse et le jéjunum près du ligament de Treitz. Une fistule gastro-jéjunale spontanée était ainsi réalisée.

Ce malade a été traité avec succès par gastrectomie, résection de l'anse grêle, et anastomose jéjuno-gastrique trans-mésocolique.

Paul Banzet.

A. J. Hunnicut (Oakland, Calif.). — **La gastroplastie par l'iléo-côlon droit dans la gastrectomie totale** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 1, Juil. 1952, p. 1-11, avec 10 fig.).

Cette méthode de rétablissement de la continuité présente plusieurs avantages incontestables : la valvule iléo-cæcale diminue le risque d'œsophagite par reflux; le côlon droit par ses dimensions accepte un repas moyen, il n'est pas sensible aux aliments ingérés et, au cours de son passage dans l'iléo-côlon et le duodénum, l'enrobement muqueux du bol alimentaire empêche ou diminue ses effets nocifs sur le jéjunum.

L'anastomose peut être soit termino-terminale sur le duodénum, soit termino-latérale sur le grêle.

Suivent 7 observations qui ne sont guère convaincantes (récidives locales, péritonites, dumping syndrome).

Il est intéressant de constater que le côlon ne subit aucune modification ni sur la musculaire ni sur la muqueuse.

L'auteur conclut : seul le temps permettra de dire si les avantages de l'intervention compensent la gravité de ce temps chirurgical supplémentaire.

Fr. d'Allaines.

W. P. Longmire et **J. M. Béal** (Los Angeles). — **Construction d'un réservoir gastrique de remplacement après gastrectomie totale** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 5, Mai 1952, p. 637-645, avec 5 fig.).

Après résection gastrique totale pour cancer de l'estomac, la fréquence des troubles de la digestion a fait imaginer diverses méthodes pour créer un nouveau réservoir alimentaire destiné à remplacer l'estomac. On peut les classer en 3 groupes :

1° Après œsophago-jéjunostomie, on fait une anastomose latéro-latérale faisant communiquer les branches afférente et efférente du jéjunum anastomosé. L. et B. disent que cette méthode fut appliquée 24 fois au John Hopkins Hospital, mais ils en ont donné les résultats dans un travail antérieur;

2° Après œsophago-jéjunostomie, cette anastomose jéjuno-jéjunale peut être complétée sur une grande hauteur jusqu'au voisinage de l'extrémité de l'œsophage. Celui-ci débouche alors dans une grande poche formée par les deux branches communicantes du jéjunum. L. et B. ont essayé une fois ce procédé, mais il y a eu gangrène de la paroi jéjunale près de l'anastomose œsophagienne, péritonite et mort. Cependant d'autres auteurs ont eu des succès par cette méthode.

3° Transposition de l'iléon terminal et du côlon ascendant. L'iléon terminal est sectionné près du cæcum; son bout distal est remonté et anastomosé au bout œsophagien. Le côlon ascendant est sectionné et remonté avec l'iléon; son bout proximal est anastomosé au duodénum. Les aliments descendant de l'œsophage passent donc dans l'iléon terminal puis le côlon ascendant pour gagner le duodénum. Le bout distal de l'iléon sectionné est implanté dans le côlon transverse. L. et B. opérèrent 2 malades par cette méthode mais eurent des complications sérieuses qui la firent abandonner.

4° Transposition d'un segment isolé du jéjunum. Une anse jéjunale d'environ 40 cm est isolée par section de ses deux bouts, et remontée avec son pédicule vasculaire, soit en avant, soit en arrière du côlon transverse, son bout proximal est suturé à l'œsophage, son bout distal au duodénum. La continuité du jéjunum est rétablie par anastomose termino-terminale.

L. et B. donnent 7 observations de malades opérés par cette méthode sans mortalité. 2 opérés ont cependant présenté des abcès sous-phréniques, dont ils ont guéri. Les résultats à distance ont été bons.

M. Guimbellot.

François Moutier, André Cornet, et **Farouk Sukan** (Paris). — **L'invagination chronique de l'anse jéjunale dans la bouche de gastrectomie** (*La Semaine des Hôpitaux*, n° 71, 26 Sept. 1952, p. 2785-2791, avec 11 fig.).

L'invagination jéjuno-gastrique qui n'était pas rare après gastro-entérostomie est devenue de rencontre assez exceptionnelle dans les suites des gastrectomies avec anastomose gastro-jéjunale. Il s'agit en général d'invaginations intermittentes réductibles sous l'influence de la réplétion et du péristaltisme gastrique. Il est possible que l'infiltration œdémateuse lors de stomite favorise peut-être la pénétration intragastrique. La symptomatologie de cet accident n'a pas de caractères assez particuliers pour le faire identifier à l'interrogatoire : douleurs, vomissements, malaises postprandiaux, etc.

Lorsque se dessine à la radio une image lacunaire arrondie bien limitée, traversée ou non par les plis de la muqueuse jéjunale, l'image est pathognomique mais elle manque souvent, et la gastroscopie donne des renseignements infiniment plus fidèles, montrant la saillie de l'invagination dans le moignon gastrique. Cette saillie dans les 8 cas rencontrés, intéressait 4 fois la bouche afférente, 1 fois l'efférente, 3 fois les deux.

La découverte d'une invagination de la muqueuse gastrique dans le grêle est un diagnostic différentiel. Les auteurs ne l'ont rencontré que 3 fois. Le traitement doit en principe être chirurgical car le traitement médical ne peut donner que des améliorations de courte durée, et la menace d'invagination aiguë est toujours à craindre.

Jacques Hepp.

A. Parma et **A. Conti** (Bologne). — **L'apparition des anémies après gastrectomie pour ulcère** (*Archivio delle Malattie dell' Apparoto Digerente*, vol. 18, fasc. 5, 1952, p. 384-389).

50 opérés, depuis 13 à 8 ans, ont été examinés : soit 18 femmes et 32 hommes.

Chez les hommes on relève un pourcentage d'anémie de 28 p. 100 (9 sur 32), et chez les femmes un pourcentage de 61 p. 100 (11 sur 18).

Dans 2 cas seulement (2 hommes) on note une anémie inférieure à 3 000 000 de globules rouges, un de ces malades présente un ulcus peptique.

Dans tous les autres cas, l'anémie est *modérée* (entre 3 500 000 et 4 000 000).

Dans 2 cas, la valeur globulaire est diminuée, elle ne s'est montrée augmentée dans aucun cas.

(Un tableau détaillé résume les observations des 50 malades étudiés.)

J. Assali.

INTESTIN

David L. Dey (Sydney). — **Obstruction duodénale aiguë par hématome intra-pariétal** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **1**, n° 21, 24 Mai 1952, p. 708).

Il s'agit d'une observation assez exceptionnelle d'occlusion duodénale aiguë par hématome intra-pariétal.

Le diagnostic opératoire était celui d'occlusion intestinale haute; l'intervention seule montra un hématome situé à l'angle des deux premières portions du duodénum. L'étiologie n'en a pas été reconnue. Les suites opératoires furent sans incident. La malade est restée guérie.

Henri Redon.

L. J. Druckerman, V. Weintein, P. Klingenstein et **R. Colp** (New-York). — **Une étude comparative de la gastrectomie subtotale avec ou sans vagotomie sous-diaphragmatique dans la thérapeutique chirurgicale de l'ulcère duodénal** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 2, Août 1952, p. 211-216).

322 malades atteints d'ulcères duodénaux, ont été, depuis 1948, opérés de gastrectomie subtotale, de deux façons différentes. 190 d'entre eux ont subi la gastrectomie seule; 132 ont eu en plus une vagotomie sous-diaphragmatique. La fréquence du shock est sensiblement la même : 2 dans le premier groupe, 1 dans le second. Les complications post-opératoires, surtout pulmonaires, sont plus fréquentes dans l'opération combinée.

Par contre les résultats à distance, entre 4 mois et 5 ans, furent meilleurs, lorsque la vagotomie fut faite. Il y eut 2 récidives probables de l'ulcère et 9 prouvées dans la gastrectomie simple et aucune dans l'opération combinée. D'autre part lorsque la vagotomie fut faite secondairement pour un ulcère récidivé, il y eut 9 échecs sur 18 cas.

Les auteurs pensent que l'opération combinée doit être faite dans l'ulcère duodénal, toutes les fois qu'elle ne paraît pas apporter un risque opératoire supplémentaire à la gastrectomie subtotale isolée.

M. Guimbellot.

L. Citterio (Milan). — **Lymphogranulome malin du jéjunum cliniquement primitif, traité chirurgicalement** (*Archivio Italiano delle Malattie dell'Apparato Digerente*, vol. **18**, fasc. 5, 1952, p. 311-341).

Une observation personnelle est le point de départ de cette revue.

Un homme de 42 ans souffre depuis 6 mois, de brûlures épigastriques post-prandiales. A ce symptôme de début sont venus s'ajouter la sialorrhée, puis des vomissements aqueux et alimentaires. Tous les examens sont négatifs, sauf la radiographie qui montre une sténose de la dernière portion du duodénum.

A l'intervention on découvre, échelonnés sur la 1re anse jéjunale, 3 rétrécissements. Le mésentère est parsemé de ganglions.

Résection intestinale (35 cm) et anastomose duodéno-jéjunale. Guérison opératoire. Au bout de 15 mois, reprise des vomissements. La bouche est rétrécie et rigide. En outre on découvre une métastase trachéo-bronchique. Le malade succombe 30 mois

après l'opération. Un traitement radiothérapique avait donné une amélioration passagère.

L'examen de la pièce opératoire montra que chaque rétrécissement se présentait par la face muqueuse, comme une plaque en saillie, dont l'épithélium était érodé. A la coupe ces plaques présentaient une couleur blanche. L'examen histologique de l'intestin et des ganglions permet le diagnostic de lymphogranulome malin avec rares cellules de Sternberg.

***

Le tube digestif peut être le siège de localisation à tous moments d'une maladie de Hodgkin. Mais parfois, la localisation digestive, seule retient l'attention, et l'on pense à une forme primitive. Ainsi sur 52 cas de Sternberg, 11 fois la localisation gastro-intestinale était prépondérante (estomac 6 cas, intestin grêle 5 cas).

La localisation à l'œsophage est rare. Aucun cas n'a été chirurgicalement traité, et devant les cas connus, on ne peut dire si cette localisation a été primitive ou secondaire.

La localisation gastrique (une centaine de cas) représente les 2/3 des cas connus de la localisation digestive... L'antre est le siège de prédilection.

On reconnaît une forme ulcéreuse et une forme tumorale : végétante ou infiltrante, s'accompagnant d'adhérences aux organes voisins, d'hématémèse et même de perforation.

Mais le diagnostic n'a jamais été porté : clinique, radiologie, gastroscopie ont toujours conclu à ulcère ou cancer.

***

On connaît 28 cas de lymphogranulomatose du duodénum et du jéjunum, dont la moitié par les protocoles d'autopsie. Les auteurs insistent sur l'absence de toute autre localisation, en dehors des ganglions mésentériques.

Elle se présente sous forme d'une ou, plus fréquemment, de plusieurs plaques infiltrant les tuniques de l'intestin, rigides, tendant au rétrécissement, et fréquemment ulcérées. La forme végétante est rare.

Les ganglions régionaux sont toujours pris, soit par métastase, soit par infection secondaire.

Les symptômes, sont par ordre de fréquence : la douleur (brûlure épigastrique... colique), suivie de vomissements; la fièvre, la diarrhée, l'ictère, l'hématémèse ou le melæna, et plus rarement un syndrome de perforation.

La radiographie, parfois muette, peut montrer, comme dans les cas de l'auteur, une sténose.

***

L'iléon semble moins fréquemment touché, 18 cas connus. Les signes dominant sont des signes de sténose. Parfois on peut sentir une masse, forme pseudo-néoplasique. Plus rarement, une diarrhée incoercible sera le seul signe.

L'ulcération peut entraîner un saignement abondant ou la perforation.

***

Aussi peu connues (18 cas) sont les localisations cæcales, coliques ou rectales. La forme végétante prédomine nettement, en particulier au niveau du cæcum.

Quel que soit le siège, le diagnostic de nature, s'avère, à ce jour impossible.

Le traitement est essentiellement chirurgical; les résultats en sont bons, surtout si on les compare à ceux obtenus dans d'autres localisations de la maladie de Hodgkin.

Le traitement radiothérapique post-opératoire, bien que l'unanimité ne soit pas faite sur son utilité, est à appliquer.

(Travail très étudié et basé sur de très nombreuses références.)

J. Assali.

R. M. Hardaway, R. J. Wedgwood, R. N. Swartley et **I. Rudman** (Fort Belvoir). — **Duplication de l'iléon terminal** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 2, Août 1952, p. 296-298, avec 1 fig.).

Les auteurs rapportent l'observation d'un nouveau-né qui présenta un syndrome rappelant une invagination intestinale aiguë. Il fut opéré à l'âge de 5 jours, et l'on trouva sur l'iléon terminal, au contact du cæcum, un kyste inclus dans la paroi de l'iléon et obstruant sa lumière. Il mesurait 3 cm sur 2. Sa paroi contenait des fibres musculaires lisses, et il était tapissé d'un épithélium cylindrique. Il semble qu'il s'agissait d'un iléon double, sur cette courte portion.

La partie correspondante de l'iléon, le cæcum, l'appendice et l'origine du côlon ascendant furent réséqués. La continuité de l'intestin fut rétablie par une anastomose termino-terminale, que les auteurs préfèrent à la latéro-latérale, plus classique, chez le nouveau-né.

La simplicité des suites opératoires leur paraît tenir à ce que l'alimentation par la bouche a été commencée au bout de 30 h dès l'élimination de quelques gaz par l'anus. A l'âge de 6 mois l'enfant était très bien portant.

M. Guimbellot.

Walter F. Becker (New-Orléans). — **Occlusion intestinale aiguë par adhérences** (*Surgery, Gynecology and Obstetries*, vol. **95**, n° 4, Oct. 1952, p. 472-476).

Le principe de traiter les occlusions adhérentielles aiguës de l'intestin par l'aspiration est appliqué de façon abusive. Il implique en effet la certitude du diagnostic.

Or il n'existe aucun signe qui permette de différencier les diverses occlusions. La température, la tachycardie, la leucocytose, aussi bien qu'une masse palpable, sont des symptômes infidèles.

L'occlusion intestinale aiguë tardive provoquée par des adhérences exige une intervention urgente. L'aspiration pré-opératoire ne doit pas excéder 6 h.

L'occlusion précoce par contre peut céder à l'aspiration, mais il importe d'être très prudent et, si l'amélioration n'est pas rapidement obtenue, il faut intervenir.

Dans une série de 412 cas, la mortalité de l'occlusion adhérentielle aiguë a été de 11,8 p. 100. Dans les 52 cas où l'on accorda une trop grande confiance à l'aspiration, la mortalité a été de 38,4 p. 100.

André Sicard.

A. Hurwitz (Newington) et **A. Zovickian** (Baltimore). — **Quelques manifestations inhabituelles de l'entérite régionale et leur traitement chirurgical** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 2, Août 1952, p. 278-286).

H. et Z. rapportent en détail 6 observations d'entérite régionale. Elles sont caractérisées plus particulièrement par la multiplicité des segments envahis, et par certaines complications assez rares telles que la perforation aiguë de l'intestin grêle. Ils passent en revue les différents traitements chirurgicaux proposés, insistant sur la dérivation du courant fécal avec exclusion complète de la région intestinale malade quand elle est possible.

L'iléostomie est conseillée comme premier temps opératoire dans les cas compliqués de péritonite ou lorsqu'il existe un envahissement du côlon ou du rectum.

M. Guimbellot.

H. Triska (Wien). — **La nécrose circonscrite de l'intestin** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **103**, n° 2, 10 Janv. 1953, p. 37-38).

L'intérêt porté par les Chirurgiens de langue allemande à l'entérite nécrosante ne semble pas près de s'atténuer. On sait de quelle curieuse forme de gangrène intestinale limitée il s'agit : maladie née, semble-t-il, vers 1943, sur les rivages marins de l'Ouest, elle s'est peu à peu étendue à la totalité de l'arrière-pays.

T. en rapporte 2 cas nouveaux observés à Vienne, tous deux terminés par la mort après simple exploration opératoire, sans aucune manœuvre agressive.

L'auteur discute quelques points particuliers.

Il lui semble que l'entérite nécrosante doive être nettement différenciée du phlegmon intestinal: la lésion est en effet ici très limitée, intéressant spécialement le grêle supérieur; on la voit cependant parfois plus diffuse au niveau de la région cæcale.

Le 1er stade en serait représenté par un œdème hémorragique, avec épaississement des plis muqueux, état qui précède le stade de nécrose proprement dite; on n'y voit jamais ni abcès localisé, ni pus.

Anatomiquement, les altérations ressemblent à celles d'une angio-nécrose par thrombose.

La maladie peut évoluer par poussées successives; on peut alors retrouver des lésions à des stades évolutifs différents.

L'étiologie reste très discutée. Si l'École de Lübeck place la maladie sous l'influence de toxines élaborées par un bacille Gram négatif, d'autres lui reconnaissent une origine vasculaire, voire nerveuse, alors que sa nature allergique est admise par quelques-uns.

Le diagnostic clinique est des plus difficiles avec une atteinte péritonéale aiguë; la radiographie, qui n'est pas sans danger, si elle montre parfois un arrêt du transit, n'apporte aucun élément de valeur.

L'entérite nécrosante ne relève que du traitement médical (Marbadal, transfusions); l'indication opératoire ne saurait être posée qu'en présence de complications (sténose, perforation); les résultats de la résection semblent catastrophiques.

Le pronostic reste des plus sévères, la mortalité serait de 40 p. 100; encore la guérison laisse-t-elle derrière elle la possibilité de complications à lointaine échéance telles que adhérences, sténoses, occlusions.

R. Gueullette.

James W. Faulkner et **Malcolm D. Dockerty** (Rochester). — **Lymphosarcome de l'intestin grêle** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, nº 1. Juil. 1952, p. 76-84, avec 5 fig.).

33 cas de lymphosarcome du grêle ont été observés chez des malades qui s'étaient tous présentés avec des signes d'occlusion intestinale chronique.

L'hématémèse, le melæna et la diarrhée furent des signes plus rares. 2 cas représentèrent une histoire typique de sprue. L'amaigrissement fut constant, sauf dans 2 cas. Une masse abdominale palpable ne fut notée que dans 19 cas.

Le laboratoire ne fut d'aucun secours. On ne constate dans aucun cas de formule leucémique. 21 fois les signes radiographiques furent par contre positifs (dilatation d'une anse, image lacunaire, aspect d'invagination).

La tumeur se présente sous 3 formes : polypoïde (9 cas), anévrysmale (12 cas), ulcéreuse (12 cas). L'invagination s'est révélée fréquente dans les formes polypoïdes, surtout quand la tumeur siégeait au niveau de l'iléon.

Au point de vue histologique, il s'agissait 16 fois de tumeurs à grandes cellules rondes, 11 fois de tumeurs à petites cellules rondes, 3 fois d'un granulome de Hodgkin, 1 fois d'un lymphoblastome folliculaire géant. Dans les 2 derniers cas, l'aspect histologique était mixte. L'aspect macroscopique paraît n'avoir aucun rapport avec la forme histologique.

Dans 12 cas on trouve un envahissement de la paroi intestinale jusqu'à 2 cm au-delà des limites apparentes de la tumeur.

La propagation ganglionnaire fut notée dans 23 cas (70 p. 100).

La tumeur siégeait avec la plus grande fréquence au niveau de l'iléon (58 p. 100), plus rarement au niveau du jéjunum (27 p. 100), jamais au niveau du duodénum. Dans 7 cas, les lésions étaient multiples sans que l'on puisse dire si elles étaient métastatiques ou non, bien que la grande distance séparant certaines d'entre elles laisse supposer qu'elles avaient une origine indépendante.

Tous les cas furent traités chirurgicalement : entérectomie dans 21 cas où la tumeur était située sur le jéjunum ou sur la partie supérieure de l'iléon, hémicolectomie droite dans 11 cas où la tumeur se trouvait dans la portion terminale de l'iléon. Dans un cas, le lymphosarcome était développé sur le versant intestinal d'une bouche de gastro-entérostomie, ce qui nécessita la résection de l'intestin avec gastrectomie partielle et exérèse d'une partie du côlon transverse envahie. La mortalité opératoire globale fut de 12 p. 100.

La radiothérapie post-opératoire, sur l'efficacité de laquelle les auteurs insistent, a été faite dans 27 cas.

Le pronostic est grave. Des 14 malades ayant pu être suivis, 3 seulement ont survécu plus de 5 ans. Les autres sont morts de la récidive de leur tumeur ou de métastases pleurales, médiastinales et rectales.

André Sicard.

W. A. Gunkler (Jamestown). — **Tumeurs de l'intestin grêle** (*New-York State Journal of Medicine*, vol. **52**, n° 18, 15 Sept. 1952, p. 2247-2249).

Sur 138 cas observés entre 1926 et 1949, 112 furent des découvertes d'autopsie. 19 furent reconnus avant la mort, et 7 opérés : ces 26 cas ayant tous eu une expression clinique (les cancers de l'ampoule de Vater sont exclus de cette étude). Des 7 malades opérés, 1 vit depuis 7 ans, 1 mourut à la 5e année, les 5 autres moururent dans les mois qui suivirent l'intervention. Histologiquement, il s'agissait 7 fois de cancer, 1 fois de lymphangiome, 1 fois de fibrosarcome, 2 fois d'hémangiome, 4 fois de lymphosarcome, 1 fois de fibrome et 3 fois de tumeur argentaffine.

Le radio-diagnostic est des plus infidèles et la laparotomie exploratrice est justifiée en présence de tout melæna inexpliqué.

Henri Redon.

Mandel Weinstein et **Morton Roberts** (Jackson Heights, N.-Y.). — **Perforation spontanée du côlon** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **149**, n° 11, 12 Juil. 1952, p. 1016-1017).

Il s'agissait d'un homme de 63 ans qui accusa après des efforts de défécation une douleur extrêmement violente et soudaine dans l'abdomen mais sans nausées ni vomissements.

Le tableau clinique était celui d'une péritonite par perforation avec contracture abdominale généralisée, fièvre élevée, accélération du pouls, leucocytose et polynucléose.

L'opération fut entreprise sans diagnostic précis et l'on découvrit à l'intérieur d'un péritoine présentant tous les signes d'une inflammation aiguë sévère, des matières fécales libres. Il existait sur le bord libre de l'anse sigmoïdienne une perforation de 2,5 cm de diamètre, à bords éversés, mais l'intestin alentour paraissait normal et il ne fut pas vu de diverticule. L'intestin contenait une quantité importante de matières dures en amont du lieu de la perforation. Le sigmoïde était en particulier extrêmement distendu et rempli de matières solides. La perforation fut suturée en 2 plans à la soie fine et il fut pratiqué une fistulisation cæcale sur sonde de Pezzer.

Le traitement antibiotique consista dans l'administration de pénicilline et d'auréomycine.

Le malade guérit après des suites opératoires assez difficiles marquées en particulier par l'apparition d'un épanchement pleural.

Marcel Roux.

Frank J. Rack (Cleveland, Ohio). — **Perforation diastatique du cæcum. A propos de 8 observations** (*The American Journal of Surgery*, vol. 84, n° 5, Nov. 1952, p. 527-533, avec 6 fig.).

La distension du cæcum en amont d'un obstacle colique est parfois à l'origine d'un éclatement du cæcum dont le mécanisme est discuté. Entre en jeu la continence ou

l'incontinence de la valvule de Bauhin. Après une période de distension de la paroi qui conduit à son amincissement, puis à l'écrasement des artérioles intra-pariétales du cæcum, survient un stade d'ischémie et de nécrose. Le cæcum est électivement atteint pour deux raisons : c'est d'abord le segment du gros intestin qui est le plus large et le moins épais. Ensuite la distension de l'intestin immédiatement en amont d'un obstacle s'accompagne d'une hypertrophie musculaire de la paroi mais cette hypertrophie ne s'étend pas assez loin pour atteindre le cæcum.

Sur 8 observations présentées, 6 seulement comportèrent une opération et 3 opérés survécurent. 2 fois, la mort est survenue alors même que l'intervention avait été pratiquée apparemment sans résultat.

Il est banal de constater, à la radiographie de l'abdomen, un pneumo-péritoine massif associé à l'image d'une distension cæcale considérable. Il vaut mieux, lorsque le diagnostic est ferme ou même soupçonné, intervenir directement sur le cæcum que l'on traitera par cæcostomie ou extériorisation.

LUCIEN LEGER.

Bentley P. Colcock (Boston). — **Cancer du côlon droit** (*The New England Journal of Medecine*, vol. **246**, n° 11, 13 Mars 1952, p. 391).

Il s'agit d'une étude basée sur 242 malades opérés entre 1930 et 1952.

L'auteur rappelle d'abord les notions générales concernant le sexe, l'âge, la symptomatologie de cette localisation des cancers digestifs.

Sans apporter de notions nouvelles, la préparation à l'intervention comporte, comme il est classique, des purgations répétées, des lavements évacuateurs et une préparation médicale qui est ajourd'hui classique.

Un tube de Miller-Abbott est utilisé dès qu'il existe la moindre sténose.

Des transfusions pré-opératoires sont également faites s'il est nécessaire. Du point de vue opératoire 14 malades eurent une simple laparotomie exploratrice, 26 une iléo-transversostomie palliative, 202 une résection, 1 une hémicolectomie, en 1 ou 2 temps.

L'auteur décrit ensuite la technique opératoire utilisée, la reconstitution étant faite par une anastomose terminale toutes les fois que la chose est possible. 21 malades moururent à l'hôpital après l'opération, ce qui donne une mortalité de 10,4 p. 100.

La moyenne des survies de 5 ans est de 50 p. 100. Elle est infiniment moindre lorsqu'il y a envahissement des ganglions mésentériques par le cancer (26 p. 100).

HENRI REDON.

Edison de Oliveira. — **Traitement chirurgical du cancer du côlon gauche et du rectum** (*Anais Paulistas de Medecina et Cirurgia*, vol. **64**, n° 1, Juil. 1952, p. 9-29).

Revue générale sur l'orientation actuelle du traitement chirurgical des cancers du côlon gauche et du rectum dont se dégage une nette tendance à pratiquer haut la ligature de la mésentérique inférieure au-dessus de l'artère colique gauche, et à utiliser, pour l'anastomose intra-abdomino-pelvienne ou l'abaissement au périnée, le côlon descendant juxta-splénique ou le côlon transverse.

JACQUES HEPP.

W. H. Cole (Chicago). — **Les récidives locales après résection pour cancer du côlon et du haut rectum** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 2, Août 1952, p. 264-270, avec 4 fig.).

Il existe 3 raisons principales de récidive locale après résection pour cancer du côlon recto-sigmoïdien : exérèse insuffisante, métastase, greffes de cellules cancéreuses au niveau de la ligne de sutures. L'auteur donne la prépondérance à cette dernière cause; il se base, pour écarter la première hypothèse, sur le fait que les récidives se voient toujours après résection, et jamais sur les colostomies, et pour éliminer la deuxième sur le fait qu'elles sont toujours dans la lumière et non sur la face externe du côlon.

La mobilisation des cellules cancéreuses, dont l'importance est bien connue depuis les travaux de Papanicolaou, peut être provoquée soit avant l'intervention par les lavements, soit au cours de l'intervention par les manipulations de la tumeur. Aussi l'auteur isole-t-il d'emblée la tumeur entre 2 ligatures, et après la résection, il pratique de grands lavages des 2 bouts, puis une recoupe.

Avant cette nouvelle technique, il avait observé 16 p. 100 de récidives locales, dont 10 p. 100 pouvaient être attribués à la greffe de cellules cancéreuses au niveau de la ligne de suture.

Fr. d'Allaines.

Thomas G. Moore et **Edwin A. Lawrence** (Indianapolis). — **Malformations congénitales du rectum et de l'anus** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Vol. **95**, n° 3, Sept. 1952, p. 281-288, avec 7 fig.).

Les auteurs attirent l'attention sur la fréquence des anomalies congénitales variées que l'on découvre chez les enfants nés avec une malformation ano-rectale. Sur 120 cas observés en 25 ans, 86 présentaient des anomalies multiples (72 p. 100) et, sur 34 autopsies très complètes, 33 ont montré d'autres organes anormaux.

41 fois il s'agissait d'anomalies de l'appareil urinaire (dont 18 cas de méga-uretère), à l'exclusion des fistules recto-urinaires qui doivent être rattachées à la malformation ano-rectale.

18 fois, le rachis lombo-sacré présentait un spina bifida.

12 fois, existait une malformation cérébrale.

10 fois, on constata une atrésie œsophagienne, dont 7 cas avec fistule trachéo-œsophagienne.

Par contre, on ne trouve jamais d'anomalie du cœur ou des gros vaisseaux.

Près de la moitié des décès immédiats ont été dus non pas à la malformation ano-rectale, mais aux autres anomalies, et, chez les enfants encore vivants, le pronostic reste réservé à cause d'elles.

Quand on constate à la naissance une malformation ano-rectale, il est utile de s'assurer par cathétérisme et radiographie de l'intrégrité de l'œsophage, car une sténose de cet organe devrait être traitée par priorité.

Comme la malformation rectale indique habituellement une anoplastie abdomino-périnéale, il faut également s'assurer, au cours de la laparotomie, de l'intégrité de l'appareil digestif.

Enfin, quand l'enfant survit, on doit, pendant les premiers mois, puis à intervalles réguliers, observer avec attention l'appareil urinaire.

André Sicard.

Alan A. Jaques (New-York). — **Hémangiome caverneux du rectum et du côlon sigmoïde** (*The American Journal of Surgery*, vol. **84**, n° 5, Nov. 1952, p. 507-509, avec 4 fig.).

Homme de 33 ans, vu en Décembre 1951 en pleine péritonite. La radiographie montre l'existence d'un pneumo-péritoine. Dans les antécédents, on relève une hémorragie rectale dès l'âge de 15 mois. Des opérations pour hémorroïdes (?) ont été pratiquées dans l'enfance, à l'âge de 4, 6 et 10 ans et malgré cela, des hémorragies rectales survinrent à répétition. A l'âge de 17 ans, la recto-sigmoïdoscopie découvre un état angiomateux de la muqueuse. En Avril 1930, ligature de la veine hémorroïdale supérieure et injection dans son bout distal d'une solution sclérosante. En même temps est pratiquée une colostomie gauche.

Le contrôle endoscopique montre, à la suite de cette intervention, un affaissement de la zone angiomateuse et les hémorragies cessent. En mars 1931, fermeture de la colostomie; mise en œuvre d'une cæcostomie. Depuis cette date, on procède tous les 2 ou 3 ans à des injections sclérosantes de la région angiomateuse. En Décembre 1951, la rupture d'un abcès développé entre l'iléon et le côlon sigmoïde cause cette péritonite. Après traitement chirurgical d'urgence, une colostomie transverse est pratiquée

à la suite de laquelle le malade récupère un excellent état général. Le 15 Février 1952, réintervention qui consiste en une résection abdomino-périnéale du rectum et du bas sigmoïde. Enfin, en Mars, fermeture de la colostomie.

LUCIEN LEGER.

Cl. E. Welch, J. B. Mc Kittrick et **G. Behringer** (Boston). — **Polypes recto-coliques. Leur rapport avec le cancer** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **247**, n° 25, 18 Déc. 1952, p. 959-965).

Il s'agit de l'analyse de la statistique de tous les polypes recto-coliques observés au Massachusetts General Hospital entre 1937 et 1952.

Ces cas sont au nombre de 322 considérés comme bénins et traités comme tels, dans 19 p. 100 des cas l'examen histologique mit un cancer en évidence. Près des 3/4 des polypes sont visibles au rectoscope.

Il est possible de distinguer, au niveau du rectum, les polypes adénomateux et les adénomes papillaires ; la résection du rectum, plus ou moins étendue, avec ou sans conservation sphinctérienne en constitue le traitement. La résection constitue également le traitement des polypes coliques. Dans tous les cas les malades doivent être suivis de très près après l'intervention.

Les auteurs insistent sur la difficulté de prélèvement des biopsies et sur la nécessité de faire porter l'examen en différents points, et sur la difficulté de certaines interprétations.

Il est à noter que, dans la statistique des auteurs, les résections larges n'ont été suivies d'aucun décès par cancer (2 morts opératoires), au contraire des polypectomies simples. Mais on doit reconnaître que ces dernières ont été beaucoup plus nombreuses (247 contre 75).

HENRI REDON.

P. Hillemand, G. Thomeret, P. Delort, Labal et **Néoclès** (Paris). — **A propos d'un cas de mélanose recto-colique** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 82, 25 Déc. 1952, p. 1170-1172, avec 5 fig. en couleurs).

La mélanose R.-C. est une affection rare aussi bien chez les malades qui abusent des laxatifs à base de composés anthracéniques, que chez les porteurs d'une lésion sténosante, en particulier le cancer. Encore y a-t-il chez ces malades une cause prédisposante. Mais dans beaucoup de cas, on ne trouve aucune étiologie précise et on peut parler de M. essentielle. Dans le cas rapporté par les auteurs on avait pensé à la recto-colite hémorragique car, chez cette femme de 41 ans, aux crises diarrhéiques existant depuis 13 ans, s'étaient ajoutées d'importantes hémorragies intestinales ayant nécessité plusieurs transfusions, et finalement obligé à une colectomie subtotale. Comme dans la plupart des cas, seul le rectoscope avait pu permettre le diagnostic. Après 6 mois de répit, revinrent les crises diarrhéiques mais il n'y eut plus d'hémorragie. A propos de ce cas, les auteurs reprennent l'étude de cette rare lésion décrivant l'aspect typique noir du côlon, tranchant sur la coloration rose du grêle, l'arrêt brusque des lésions à la valvule de Bauhin, les grains noirs et leur topographie sous-muqueuse. La pathogénie de cette lésion est encore pleine d'obscurité. Belles images en couleur de la pièce opératoire et des coupes histologiques.

M. DENIKER.

Frank H. Lahey (Boston). — **Inconvénients des opérations de conservation sphinctérienne dans le cancer du rectum** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **149**, n° 7, 14 Juin 1952, p. 626-628).

Plaidoyer formel contre la conservation sphinctérienne dans les cancers du rectum dont la seule thérapeutique doit rester, pour l'auteur, l'amputation abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif.

Cette méthode qui ne comporte qu'une mortalité de 2,3 p. 100 et pour une opérabilité de 96,4 p. 100 un taux de survie au bout de 5 ans de 45,4 p. 100 dans la pratique de F. H. Lahey, a le mérite de permettre une large exérèse de la tumeur et des parties adjacentes du côlon en même temps que de tous les relais lymphatiques susceptibles d'être envahis.

L'auteur attache une grosse importance pour le pronostic lointain au caractère cytologique de la lésion, les formes anaplastiques comportant le pronostic le plus redoutable.

L. dit qu'en aucune manière la conservation sphinctérienne ne doit être recherchée si la tumeur siège au-dessous du niveau de la réflexion péritonéale et que cette opération ne se justifie que dans quelques cas particuliers et à titre palliatif.

MARCEL ROUX.

Illydio Sauer (Rio de Janeiro) et **Harry E. Bacon** (Philadelphie). — **Anastomose du rectum sans suture. Rapport préliminaire** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° 2, Août 1952, p. 141-150. avec 5 fig.).

Pour pallier les inconvénients d'une suture difficile au fond du bassin entre le moignon rectal et le côlon après résection recto-sigmoïdienne, Sauer et Bacon ont imaginé une sorte d'écraseur à deux éléments permettant l'anastomose sans suture par ados-

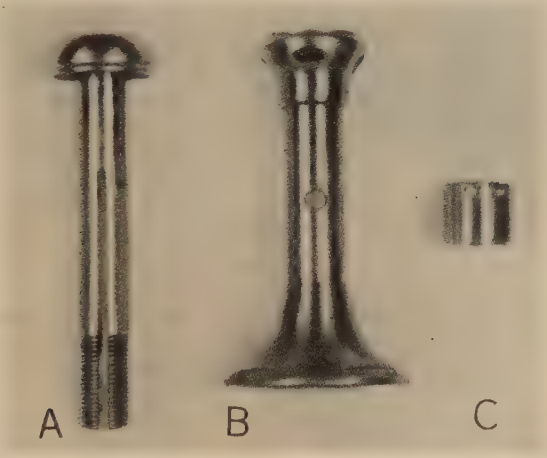


Fig. 1. — Le clamp est démonté. A. La partie mâle. B. La partie femelle. C. L'écrou. Il existe en outre deux pièces auxiliaires figurées dans le mémoire : un étrier à branches d'acier solides et une pièce fixée à l'écrou et facilitant le vissage (ILLYDIO SAUER et H. E. BACON.)

sement des tuniques colique et rectale. L'appareil, comme on le verra sur les figures ci-jointes, comprend 3 pièces principales, une pièce mâle sur laquelle l'extrémité inférieure du côlon est fermée en bourse et une pièce femelle introduite à l'intérieur du moignon rectal dont l'extrémité supérieure est refermée par une bourse autour de la pièce mâle après que celle-ci a été introduite de haut en bas dans la pièce inférieure. Un écrou permet d'assurer le contact des deux pièces et de réaliser par serrage un adossement très intime des tuniques colique et rectale.

Ce dispositif technique n'a pas été essayé sur l'homme. Il a fait seulement l'objet d'un travail expérimental sur 3 chiens. Les suites ont été tout à fait favorables.

L'examen histologique de la zone d'anastomose a montré que la consolidation était de parfaite qualité.

En *addendum*, les auteurs signalent le travail de Sugarbaker et Wiley, paru dans *S. G. O.* de novembre 1951 et où un appareil de conception semblable est décrit.

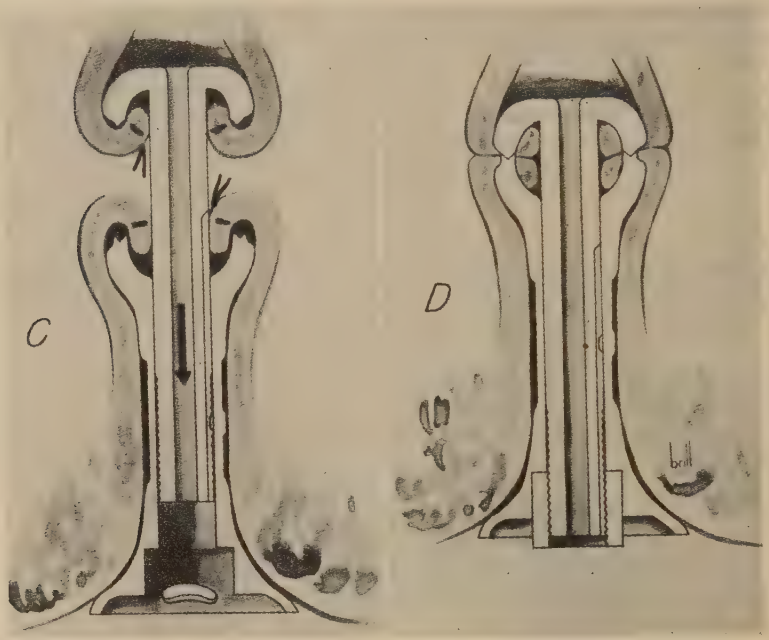


Fig. 2. — Montre la mise en place et le résultat de l'action de l'appareil (Illydio Sauer et H. E. Bacon.)

Ici l'instrument a été utilisé chez l'homme et les résultats ont été également favorables.

Marcel Roux.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

K. Berman et **J. E. Hull** (Indianapolis). — **Ligature des artères hépatique, splénique et coronaine stomachique pour cirrhose portale à un stade avancé** (*Archives of Surgery* vol. **65**, n° 1, Juil. 1952, p. 37-64, avec 5 fig.).

La ligature des branches du tronc cœliaque, en diminuant la circulation artérielle dans les sinusoïdes hépatiques, soulage la circulation porte et en augmente le débit.

Cette intervention peut être préconisée dans les cirrhoses de type Laënnec, à l'exclusion des autres cirrhoses, à condition de la faire loin de toute hémorragie importante, chez des malades anictériques, sans hypertension artérielle ni insuffisance cardiaque. En effet elle est suivie d'une *crise hépatique et rénale*, bénigne dans les cas habituels mais qui peut devenir mortelle. L'acte chirurgical est peu de chose en lui-même, les variations possibles de la distribution artérielle sont facilement découvertes, mais l'équilibration pré et post-opératoire, minutieuse et précise, demande une collaboration médico-chirurgicale très étroite.

Les résultats cliniques et chiffrés sont excellents : les malades sont asséchés, sans œdème, le foie augmente de volume ; 2 sujets sur 12 ont saigné de nouveau après l'intervention. Notons que l'état rénal s'améliore parallèlement à l'état hépatique.

Article d'un rare intérêt par sa clarté et sa précision.

Fr. d'Allaines.

David Rosenbaum et **Herbert L. Egbert** (Indianapolis). — **Nécrose du foie et mort après ligature de l'artère hépatique** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **149**, n° 13, 26 Juin 1952, p. 1210-1212, avec 3 fig.).

Voilà une observation qui semble aller à l'encontre de ce qui a été dit jusqu'ici sur le rôle favorable de la ligature du tronc de l'artère hépatique dans le traitement de la cirrhose du foie.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans qui fut admise à l'hôpital à la suite d'une hémorragie gastro-intestinale importante. Elle présentait d'autre part des varices œsophagiennes. L'examen mettait en évidence un gros foie et une splénomégalie de volume modéré.

En raison des hémorragies répétées et de l'existence de varices œsophagiennes et bien que l'examen radiographique ait montré d'autre part l'existence d'un ulcère duodénal, le diagnostic d'hypertension portale par cirrhose du foie fut porté et l'on décida de pratiquer une ligature de l'artère hépatique.

A l'examen direct le foie montrait un état de cirrhose nodulaire tout à fait évident, la rate avait un volume triple de la normale. La ligature de l'artère hépatique fut pratiquée facilement en amont d'une artère gastro-duodénale d'un calibre apparemment satisfaisant. La pression portale qui était de 43 cm d'eau avant la ligature diminua nettement après la ligature de l'artère hépatique. En raison de l'existence d'un ulcère duodénal il fut pratiqué d'autre part une vagotomie et une gastrectomie.

Dès le soir de l'intervention la tension artérielle fléchissait, la paroi saignait abondamment. Des transfusions parvinrent à rétablir la tension à un chiffre normal, mais le lendemain s'installait une torpeur progressive; malgré l'administation de doses importantes de vitamine K le taux de prothrombine tombait à 23 p. 100; un ictère s'installait; la température s'élevait et la malade mourait 48 h après l'opération.

L'autopsie pratiquée 8 h après la mort ne montra pas d'hémorragie intra-péritonéale. Le foie qui présentait des lésions de cirrhose indiscutable montrait par ailleurs des infarcissements hémorragiques des lobules hépatiques avec destruction massive des éléments cellulaires, tandis qu'il existait ailleurs de-ci de-là des lésions de nécrose ischémique. Les modifications constatées furent considérées comme relevant de façon certaine de l'interruption du courant sanguin à l'intérieur de l'artère hépatique du fait de la ligature. Il n'y avait pas de thrombose portale; il n'y avait pas non plus de caillot à l'intérieur de l'artère hépatique.

Les auteurs ne précisent pas malheureusement si, du fait de la gastrectomie associée et des ligatures qui ont été pratiquées au cours de cette intervention, les voies anastomotiques habituellement suffisantes ne se sont pas trouvées interrompues.

Marcel Roux.

D. H. Atlas et **H. Kamenear** (Chicago, Ill.). — **Rupture de kystes hydatiques dans les voies biliaires simulant des calculs du cholédoque** (*American Journal of Medicine*, vol. **13**, n° 3, Sept. 1952, p. 384-396).

A. et K. présentent 2 cas de rupture de kyste hydatique dans les voies biliaires simulant cliniquement une lithiase cholédocienne. Les points saillants au point de vue symptomatologique étaient l'urticaire, les frissons avec fièvre et l'ictère par rétention. Une éosinophilie marquée a été observée.

Paul Banzet.

Vergoz (Alger) et **Kourias** (Athènes). — **Traitement chirurgical des kystes hydatiques multiples du foie** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 82, 25 Déc. 1952, p. 1175-1178, avec 6 fig.).

Les kystes hydatiques multiples du foie sont loin d'être rares (33 p. 100 pour Dévé) et d'un pronostic vital très sérieux. Leur diagnostic est difficile car ils sont souvent insoupçonnés. Aussi faut-il toujours faire d'abord une laparotomie médiane qui permet une exploration manuelle complète du foie et traiter ensuite chaque tumeur perçue, soit directement, soit par une autre voie, selon les caractéristiques particulières de chaque kyste. Au nombre de 3 (2 à droite, 1 à gauche), en général, ils peuvent exceptionnellement être très nombreux et séparés les uns des autres, soit par du parenchyme sain, soit par des cloisons fibreuses qu'il faudra effondrer pour passer d'un kyste à l'autre.

Outre l'examen radiographique simple ou avec pneumo-péritoine qui doit toujours être fait, il y a intérêt, lorsqu'on le peut, à s'aider de l'hépatographie par aortographie qui permet une grande précision de diagnostic topographique. Les antibiotiques seront toujours employés largement, la suppuration étant une complication fréquente des kystes multiples. Après exploration du foie et ouverture du premier kyste, faire toujours un inventaire de la paroi profonde du kyste afin de dépister un kyste central toujours difficile à repérer. D'une façon générale, la conduite à tenir pour les différents kystes sera pratiquement la suivante :

Ablation et fermeture des kystes clairs, aspiration continue des kystes infectieux ou cholerragiques. Kystectomie pour les petits kystes calcifiés de la convexité ou pour ceux (moyens) de la face inférieure. Épiplooplastie libre pour combler les cavités restantes.

M. Deniker.

Brancadoro (Naples). — **Sur un cas d'hémo-angio-endothéliome du foie** (*La Riforma Medica*, an. **67**, groupe 2, n° 2, 10 Janv. 1953, p. 38-47).

Une femme de 40 ans est atteinte, depuis 4 mois environ, d'anorexie et d'asthénie avec amaigrissement notable. Il n'y eut ni ictère ni fièvre. Après un intervalle de quelques mois, les douleurs disparurent complètement mais un examen pratiqué montra la présence d'une tuméfaction dans l'hypochondre droit. Cette tumeur, examinée aux rayons X, déplacait l'estomac et le duodénum vers la gauche de sorte que le diagnostic de tumeur hépatique fut fait. L'opération permit d'extirper une grosse tumeur de couleur rouge vineux sans adhérences, occupant presque tout le lobe droit du foie. Après avoir enlevé la vésicule biliaire par voie rétrograde, on fit une hépatectomie avec suture du foie sur interposition de gélatine hémostatique. L'examen histologique permit de ranger la tumeur parmi les hémo-angio-endothéliomes primitifs malins du foie.

Olivieri.

G. H. Copher, Vernon H. Wallingford, W. G. Scott, B. Hayward et **Sh. Moore** (Washington). — **Irradiation directe du carcinome du foie et des voies biliaires par l'iodine radio-active de la tétraïodophenolphtaléine** (*Am. J. of. Roentg. and Radium-therapy*, vol. **67**, n° 6, Juin 1952, p. 964-979, avec 3 fig.).

Les recherches sur les chiens et les humains montrent que :

1° La tétraiodophénolphtaléine radio-active est fixée et exécutée de la même façon que la substance non radio-active.

2° L'irradiation résultant de la désintégration de cette substance artificiellement radio-active se fait en premier dans le système biliaire et le tissu hépatique adjacent.

3° Le calcul des doses dans les tissus est impossible; la quantité des radiations produites est insuffisante pour être efficace dans les affections malignes de la vésicule, mais peut avoir une action sur le foie.

4° On peut envisager de traiter des maladies par des combinaisons de radio-isotopes avec des éléments ayant des affinités spéciales pour certains organes ou systèmes.

La technique a donné les résultats escomptés pour d'autres parties du corps.

P. Porcher.

H. Champeau et **P. Pineau**, avec la collaboration de **A. Prochiantz** et de **Mme S. Desvignes** — **Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson. Technique et tactique** (Un vol. de 438 pages, avec 133 fig. Masson et Cie éd., Paris, 1952).

Il n'est pas douteux que la thérapeutique chirurgicale des affections des voies biliaires se soit considérablement rénovée au cours des dernières années et le livre de Champeau et Pineau faisant le point de nos possibilités techniques actuelles offre aux lecteurs un ensemble très complet aussi bien des procédés chirurgicaux applicables à la thérapeutique des affections des voies biliaires qu'aux indications opératoires.

Après un bref rappel de l'anatomie des voies biliaires et des données physiologiques concernant la bile et son mode d'acheminement vers l'intestin, les auteurs étudient rapidement les principaux syndromes biliaires qui peuvent donner lieu à une action chirurgicale et ils abordent alors la partie proprement technique du livre où une place importante est faite à l'exploration radiomanométrique per-opératoire détaillant surtout le dispositif imaginé à Saint-Antoine et réalisé originairement dans le service de Bergeret sous l'invocation de qui ce livre a été écrit.

Toutes les opérations classiques de la chirurgie biliaire sont ensuite envisagées et des chapitres sont consacrés à des sujets relativement peu décrits tels que la sphinctérectomie, l'implantation du cholédoque, les anastomoses cholédoco-jéjunales, l'hépatostomie, les papillectomies, les duodéno-pancréatectomies céphaliques.

De longues pages sont accordées à la préparation des malades, aux soins post-opératoires, aux incidents et aux accidents post-opératoires et un chapitre entier aux techniques d'anesthésie et de réanimation propres à cette chirurgie.

Les avantages et les inconvénients des différentes interventions sont ensuite confrontés.

L'étude des applications pratiques est divisée en 4 paragraphes principaux : malades blancs chroniques, malades jaunes, interventions d'urgence, réinterventions.

Les dernières pages du livre traitent des affections des voies biliaires du nourrisson; ce chapitre écrit par Prochiantz comporte l'étude des ictères chirurgicaux des nourrissons avec deux paragraphes principaux : atrésie des voies biliaires et dilatation idiopathique du cholédoque.

En somme revue très complète de l'état actuel de la chirurgie biliaire qui s'adresse essentiellement aux chirurgiens puisque les problèmes d'ordre technique et d'indication opératoire y ont la part principale.

Marcel Roux.

W. H. Hugues-Jones (Melbourne, Aus.). — **Rétrécissements bénins non traumatiques des voies biliaires** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. 22, n° 1, Août 1952, p. 14-15).

Les rétrécissements bénins non traumatiques des voies biliaires constituent des lésions rares pouvant être à l'origine de surprises per-opératoires. Cattel a rapporté en 1947, 123 cas de rétrécissements des voies biliaires; 99 étaient secondaires à des opérations, 11 à une angiocholite, 9 à une rétraction fibreuse de l'ampoule de Vater, 1 consistait en un rétrécissement du cholédoque secondaire à une ulcération par calculs. La sclérose de l'ampoule, accompagnée d'une dilatation importante du cholédoque, nécessitera le plus souvent une cholédoco-duodéno- ou jéjunostomie.

L'angiocholite chronique diffuse sténosante est rare; H.-J. en a observé un cas typique reconnu à la 3e opération chez un malade ayant présenté une lithiase cholé-

docienne. Une anastomose au-dessus de la portion rétrécie a pu être pratiquée au moyen d'une anse intestinale en Y.

Une angiocholite chronique oblitérative localisée a pu être traitée par dilatation et mise en place d'un tube de vitallium.

PAUL BANZET.

Hugh C. Ilgenfritz (Shreveport). — **Fistule biliaire interne.** (*New Orléans Medical and Surgical Journal*, vol **104**, n° 13, Juillet 1952, p. 538-541, avec 1 fig).

H. I. rapporte 2 cas de fistule biliaire interne spontanée.

L'une, cholécysto-duodénale, fut reconnue avant l'intervention par la constatation sur les radiographies de bulles d'air et de reflux baryté dans la vésicule biliaire. Il s'agisssait d'une femme de 58 ans qui présenta, 31 ans après une cholécystostomie, un syndrome douloureux aigu de la région épigastrique. La fistule siégeait entre la région ampullaire de la vésicule et le duodénum. Il n'y avait pas de calcul dans la vésicule, mais le cholédoque distendu en contenait plusieurs. L'opération consista en une cholécystostomie, une cholédocotomie avec ablation des calculs et drainage et en une fermeture du duodénum en 2 plans. La guérison fut obtenue simplement.

L'autre, cholécysto-cholédocienne, fut une découverte d'intervention. L'exclusion de la vésicule n'a pas permis le diagnostic préopératoire chez cet hommme de 39 ans qui avait présenté des poussées successives d'ictère chronique par rétention et chez lequel on intervint avec le diagnostic de lithiase cholédocienne. La vésicule était bourrée de calculs. Sa partie moyenne était en communication avec le cholédoque au niveau d'un gros calcul. Une cholécystectomie et une cholédocotomie avec drainage furent suivies de guérison.

ANDRÉ SICARD.

Donald Hight et **James R. Lingley** (Worcester, Massachusetts). — **La valeur de la cholangiographie en chirurgie biliaire** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **246**, n° 20, 15 Mai 1952, p. 761).

Les auteurs analysent une série de 115 interventions sur les voies biliaires avec cholangiographie per opératoire.

Ils donnent les détails de l'équipement et de la technique qui est utilisée dans leur hôpital qui leur permet d'utiliser d'une façon routinière des radiographies de bonne qualité (83 p. 100).

Leur opinion est que la cholangiographie n'est pas infaillible mais qu'elle est un appoint capital lorsque les clichés obtenus sont d'une qualité suffisante pour pouvoir être interprétés sans causes d'erreur. Les informations rapportées sont en particulier d'une grande valeur pour ce qui concerne l'exploration de la voie biliaire principale.

En particulier, lorsqu'il existe des calculs, cette méthode permet de déterminer si la totalité de ces calculs a bien été extraite, aussi, cette méthode est-elle utilisée systématiquement pour toute la chirurgie des voies biliaires extra-hépatiques.

HENRI REDON.

Russell L. Mustard et **Harry R. Custer** (Battle Creek). — **Traitement de la cholécystite aiguë** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 1, Juil. 1952, p. 59-62).

En présence d'une cholécystite aiguë, la tendance des auteurs est l'expectative. Ils n'interviennent que dans les cas de diffusion des signes abdominaux. Sur 211 cas observés en 10 ans, 36 malades seulement furent opérés d'urgence. 28 subirent une cholécystectomie et 8 une cholécystostomie.

Il n'y eut pas de mortalité chez les malades au-dessous de 50 ans. Au-delà de cet âge, la mortalité a été de 2,3 p. 100.

ANDRÉ SICARD.

A. Nasser et **L. E. Ribeiro de Mendonça** (Sao-Paulo). — **Traitement des calculs résiduels du cholédoque par la méthode de Pribram** (*Revista de Cirurgia de Sao-Paulo*, 17, 4, Mai-Juin 1952, p. 219-236, avec 19 fig., bibliographie).

De tous les procédés imaginés pour obtenir l'évacuation des calculs cholédociens restants, après taille cholédocienne et drainage biliaire (instillations de sulfate de magnésie, d'huile iodée, de novocaïne...) les auteurs préfèrent la méthode de Pribram, par instillation d'éther dans le cholédoque; entre les mains de Pribram lui-même, 100 p. 100 de bons résultats auraient été obtenus, sur 51 cas.

La méthode a été appliquée à 10 cas de calculs cholédociens résiduels, après cholédocotomie et drainage par tube de Kehr. Dans la moitié des cas, les calculs restants détectés par la cholangiographie post-opératoire, étaient multiples, d'après les clichés reproduits dans cet article, ils ne paraissent avoir été très volumineux dans aucun cas.

La technique utilisée fut très exactement celle de Pribram, associée à l'administration de drogues assurant le relâchement du sphincter de Oddi :

1° Administration de trinitrine 24 h à l'avance;

2° Aspiration de toute la bile contenue dans le cholédoque;

3° Lavage du canal avec 20 cm³ de sérum physiologique;

4° Inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle;

5° Instillation très lente de 3 à 5 cm³ du mélange;

Alcool-éther (1 partie d'alcool pour 4 d'éther);

6° Fermeture de la sonde pendant 5 mn. En cas de douleur excessive, il faut la rouvrir pour laisser échapper les vapeurs d'éther;

7° Instillation de 3 cm³ d'huile de paraffine;

8° Fermeture de la sonde pendant 2 h.

L'élimination des calculs, contrôlée par cholangiographie, fut obtenue dans 8 cas, parfois après 3 séances seulement d'instillation. Mais dans un cas, il fallut 120 séances avant d'obtenir la liberté du cholédoque. La qualité de reproduction des clichés est malheureusement trop défectueuse pour que le lecteur y trouve une démonstration convaincante de la réussite .

Les deux échecs enregistrés ne sont que partiels :

Dans un cas, ce n'est qu'après la 3e séance d'instillation que la cholangiographie révéla le déplacement du drain de Kehr. Il fallut réopérer : des deux calculs perçus lors de la 1re opération, et rigoureusement inamovibles, il n'en restait plus qu'un, facile à extraire.

Dans l'autre cas, le malade arracha son drain avant qu'on ait pu contrôler radiologiquement la disparition du calcul restant. Mais 5 ans après, il restait en parfaite santé.

Les auteurs estiment que la méthode agit par dissolution réelle des calculs, et non par la simple distension des voies biliaires sous l'influence des vapeurs d'éther. Leurs résultats leur paraissent tellement satisfaisants qu'il ne leur semble « pas téméraire de conseiller au chirurgien, certain de la présence d'un calcul dans le cholédoque, mais incapable de l'extraire facilement, par difficulté matérielle ou précarité de l'état général du malade, de drainer seulement le cholédoque, pour recourir secondairement à la méthode de Pribram ».

G. Edelmann.

W. Waddell et **Ch. B. Borbank** — **La cholangio-jéjunostomie palliative des obstructions biliaires par cancer** (*The New England Journal of Medicine*, vol. 247, n° 24, 11 Déc. 1952, p. 929-932).

Les auteurs publient une observation d'anastomose palliative pour un cancer des voies biliaires. Le patient eut une amélioration de 8 mois et une survie de 13 mois.

Il s'agit là d'une opération rarement réalisée et dont les auteurs ne connaissent que quelques exemples.

Ils réalisèrent leur anastomose en utilisant deux petits tubes de poly-éthylène de 2 mm de diamètre, après avoir fait une brèche au niveau du lobe gauche du foie.

Les inconvénients possibles de ces tubes prothétiques sont envisagés, et les avantages d'une anastomose en Y au lieu de la jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

Il est à noter qu'une sténose duodénale obligea à réintervenir après 2 mois pour faire une gastro-jéjunostomie.

W. et B. concluent à l'utilité de cette intervention palliative.

HENRI REDON.

PANCRÉAS

Maurice Feldman et **Tobias Weinberg** (Baltimore). — **Pancréas aberrant cause de syndrome duodénal** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **148**, n° 11, 15 Mars 1952, p. 893-898, avec 3 fig.).

Les hétérotopies pancréatiques sont loin d'être exceptionnelles. Elles déterminent le plus souvent des nodules de volume réduit, en général moins de 1 cm de diamètre, qui se localisent assez électivement au niveau du duodénum et singulièrement au niveau de la 2e portion.

Ces îlots de tissu pancréatique occupent le plus souvent la sous-muqueuse mais ils tendent à faire saillie vers la lumière duodénale quoique dans la règle ils ne soient pas pédiculisés. Leur structure histologique est celle du pancréas en général avec ses éléments exocrines et endocrines.

Il peut arriver que cette enclave pancréatique comporte des canaux excréteurs s'ouvrant dans la lumière de l'intestin.

Ces pancréas aberrants ou accessoires peuvent augmenter de volume et déterminer des troubles, alors qu'ils avaient été jusque-là parfaitement latents, à l'occasion d'une inflammation ou d'une transformation adénomateuse ou kystique, voire carcinomateuse. Ces complications malgré tout restent rares.

Ces enclaves pancréatiques peuvent être parfois détectées au cours d'un examen radiologique et F. et W. reproduisent dans leur article 2 radiographies tout à fait démonstratives où le pancréas aberrant détermine une image de *défect* au niveau de la 2e portion duodénale. Cette image ne doit pas être confondue avec celle de la saillie de l'ampoule de Vater dont l'objectivation radiologique semble, aux auteurs, assez fréquente.

Il s'y ajoute d'ordinaire des signes d'irritation spasmodique du duodénum en rapport avec la présence même de la tumeur faisant corps étranger ou résultant peut-être d'une hyperirritabilité du fait d'une sécrétion anormale.

Du point de vue thérapeutique seuls les cas compliqués méritent d'être opérés; mais encore une fois ces complications sont rares et le plus souvent le pancréas duodénal accessoire est sans expression clinique.

Avant de poser l'indication de l'exérèse chirurgicale, il convient d'étudier très soigneusement le malade pour voir s'il n'y a pas une autre cause à ses troubles que la lésions duodénale révélée par l'examen radiologique.

MARCEL ROUX.

I. Innerfield (New-York). — **Pancréatites aiguës : aide apportée au diagnostic et au pronostic par le dosage de l'antithrombine** (*New-York State Journal of Medicine*, vol. **52**, n° 18, 15 Sept. 1952, p. 2239-2242.)

Le dosage de l'antithrombine mesure indirectement l'activité tryptique et a l'avantage d'être une recherche facile et précise.

Le choc des pancréatites aiguës est un choc anaphylactique dans lequel la trypsine représente l'antigène et l'antithrombine l'anticorps.

Des dosages d'antithrombine ont été faits sur 659 patients, dont 150 sujets normaux : on observa une hyper-antithrombinémie dans 90 p. 100 des malades présentant une pancréatite, alors que l'antithrombinémie était normale chez tous les malades considérés comme « abdomens chirurgicaux ».

HENRI REDON.

Cl. Olivier, H. Welti et **N. Arvay** (Paris) — **Radio-diagnostic de la pancréatite aiguë** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 74, 19 Nov. 1952, p. 1573-1575, avec 14 fig.).

Depuis que le dosage de l'amylase sanguine et l'examen radiographique sont venus apporter à la clinique un sérieux appoint, le nombre des pancréatites aiguës précocement diagnostiquées s'est notablement accru et cette lésion a cessé d'être exclusivement extériorisée par le « drame pancréatique. « Les auteurs font ici une étude très poussée des renseignements fournis par la radiographie et apportent un nombre important de clichés très démonstratifs.

L'exploration du pancréas nécessite la prise de clichés montrant la totalité des cavités abdominale et thoracique. En effet toute une série de symptômes indirects tiennent au retentissement de la P. A. non seulement sur les segments voisins du tube digestif mais aussi sur les organes thoraciques : immobilisation progressive de la coupole diaphragmatique gauche, et surtout existence de bandes d'épaississement au travers des bases pulmonaires. Cet aspect déjà signalé par Hulten, est, pour les auteurs, un signe d'une grande importance diagnostique. Du côté abdominal on observe, sans préparation, une distension gastro-intestinale progressive à topographie péri- et prépancréatique, ainsi que des opacités pouvant traduire des calculs intra-glandulaires ou des zones de nécrose graisseuse. L'absorption de baryte met en relief l'image du duodénum distendu, surtout dans sa 3e portion, tandis que sa muqueuse se montre hérissée de « prolongements en massue ». Cependant l'élargissement du cadre duodénal, n'a de valeur que s'il est très net et d'apparition progressive sur des clichés en série.

Les deux gros diagnostics à faire : ulcère G.-D. perforé et occlusion intestinale peuvent être menés à bien par l'analyse minutieuse des signes radiologiques : pneumopéritoine pathognomonique de l'ulcus, côlon et estomac accolés dans l'ulcus, séparés par une bande sombre dans la P. A., caractère régional de l'iléus de la P. A., distinct de celui de l'occlusion, etc. Dans les cas douteux, l'étude du taux de l'amylase sanguine pourra utilement compléter le diagnostic.

M. Deniker.

Mace David et **F. Greenwood** (Johannesbourg). — **Pseudo-kyste traumatique du pancréas** (*South African Medical Journal*, vol. **27**, n° 2, 10 Janv. 1953, p. 29-30).

Les auteurs publient un cas, qui paraît peu discutable, de pseudo-kyste du pancréas, secondaire un à traumatisme et traité avec succès par anastomose du kyste avec le jéjunum.

Pendant les 10 premiers jours qui suivirent le traumatisme l'examen ne permettait aucune constatation, puis le pseudo-kyste s'extériorisa en quelques jours.

3 semaines après l'intervention toute communication entre le kyste et l'intestin avait radiologiquement disparu.

Une jéjuno-jéjunostomie complémentaire assurait la mise hors circuit du kyste.

Les auteurs rappellent brièvement les différentes thérapeutiques proposées : ablation du kyste, marsupialisation, anastomose à la vésicule, à l'estomac, et surtout à l'intestin qui, malgré les deux échecs de Meyer, paraît la meilleure solution.

Henri Redon.

R. Dupérie, J.-J. Dubarry, G. Mayer et **Mlle Couteau** (Bordeaux). — **A propos d'un cas d'insulinome malin** (*Arch. Mal. App. digestif*, t. **41**, nos 9-10, Sept.-Oct. 1952).

L'évolution progressivement fatale chez une femme de 54 ans d'un syndrome d'hypoglycémie avec crises douloureuses épigastriques, et symptômes nerveux terminaux, conduisit les auteurs à découvrir à l'autopsie une tumeur langhéransienne squirrheuse de la queue du pancréas, de consistance cartilagineuse. L'aspect cytologique de la tumeur ne permettant pas le diagnostic de malignité, celui-ci fut assuré par l'existence de métastases ganglionnaires et hépatiques.

Jacques Hepp.

J. W. Nadal (Portland). — **Cancer des cellules des îlots du pancréas** (*Annals of Surgery*, vol. 136, n° 2, Août 1952, p. 313-315, avec 2 fig.).

N. rapporte l'observation d'une malade atteinte de cancer des cellules des îlôts du pancréas, qui a survécu 8 ans et 2 mois à une pancréatico-duodénectomie. Cette opération avait été faite chez une femme de 48 ans pour une tumeur de la tête du pancréas, mesurant 6 cm sur 7. Environ 6 ans plus tard la malade fut réopérée en raison d'un amaigrissement, et d'une tumeur nodulaire, qui était constituée par des métastases dans le lobe droit du foie; la biopsie de l'une d'elles montra qu'il s'agissait bien d'un cancer des îlots comme dans la tumeur primitive. La malade survécut encore 2 ans. **Elle n'a jamais présenté d'hyperinsulinisme.**

N. dit qu'il a été publié seulement 37 cas prouvés de tumeurs malignes des îlots (dont 3 seulement dans la tête du pancréas) et 48 cas probables. Si l'on y ajoute les **tumeurs bénignes on trouve un total de 398 cas.**

La preuve de la malignité ne peut être faite que par l'apparition de métastases, et d'autre part le seul moyen de guérir ces tumeurs est de les enlever avant les métastases. C'est pourquoi beaucoup de cas publiés ne sont que des tumeurs malignes probables.

M. Guimbellot.

Eugène E. Clifton (New Haven, Conn.). — **122 cas de cancer du pancréas** (*Archives of Surgery*, vol. 65, n° 2, Août 1952, p. 290-306, avec 7 fig.).

Voici la revue de 135 cas de cancer du pancréas, de l'ampoule de Vater, des canaux **biliaires intra-pancréatiques, et du duodénum.**

Dans 122 cas, la tumeur siégeait au niveau de la tête du pancréas.

Le diagnostic n'est vérifié histologiquement que dans 75 cas.

Sur 19 opérations de dérivation, on compte une mortalité opératoire de 58 p. 100 et une survie moyenne de 3 mois 1/2.

12 pancréatectomies, avec une mortalité opératoire de 33 p. 100 et une survie moyenne de 2 ans 1/2, sans tenir compte des opérés de l'année.

3 malades sont encore en vie, dont l'un depuis plus de 6 ans, un autre depuis 15 mois, et le dernier depuis 6 mois.

Fr. d'Allaines.

A. Lehner (Luzern). — **La chirurgie du cancer du pancréas** (*Gastroenterologia*, vol. 78, n^os^ 2-3, 1952, p. 152-168, avec 6 fig.).

Après quelques notions générales sur les formes anatomiques et le pourcentage des localisations (tête : 57 p. 100, corps et queue : 30 p. 100, cancers totaux : 13 p. 100), l'auteur insiste quelque peu sur les difficultés du diagnostic, soulignant l'intérêt d'une bonne interprétation d'éventuelles déformations radiologiques de l'estomac et du duodénum, et du pneumo-rétro-péritoine.

Mais le diagnostic avec la pancréatite chronique peut demeurer bien hésitant, même à ventre ouvert; tentons une biopsie extemporanée et réfléchissons avant de commettre une résection injustifiée.

Discutant des différentes techniques, l'auteur est d'avis de ne pas s'enfermer dans une ligne de conduite préconçue, et donne à ce propos la relation de 5 observations personnelles de résections partielles.

Il estime que dans les cas graves avec ictère, il y a intérêt à pratiquer dans un premier temps un drainage biliaire externe.

Il insiste sur l'importance particulière des soins pré et post-opératoires.

Il relève sur les 5 cas de sa statistique personnelle, 1 mort au 7^e^ jour par insuffisance des sutures, 4 survies actuellement de 3 ans, 10, 7 et 6 mois, sans signes de récidive.

R. Gueullette.

E. da Silva Bastos (Sao Paulo). — **Progrès et échecs du traitement chirurgical du cancer du Pancréas** (*Revista Paulista de Medicina*, **41**, 2, Août 1952, p. 85-94).

Après une revue des nombreuses statistiques ayant trait au traitement chirurgical du cancer du pancréas, l'auteur reconnaît que, jusqu'à maintenant, la duodeno-pancréatectomie, en dehors même de sa lourde mortalité, n'assure guère, en moyenne, une survie plus longue que les opérations palliatives d'anastomose bilio-digestive. Il estime néanmoins qu'il faut persévérer dans la voie de cette chirurgie radicale, la seule logique en face d'une affection aussi rapidement mortelle. A la lumière de sa propre expérience, une pancréatectomie céphalique avec conservation duodénale, et 8 duodéno-pancréatectomies céphaliques, il met tout d'abord l'accent sur la nécessité d'un diagnostic précoce pour améliorer les résultats. Il envisage ensuite le problème du diagnostic per-opératoire de bénignité ou malignité d'une induration pancréatique, les inconvénients et les erreurs de la biopsie pancréatique, qui obligent souvent le chirurgien à prendre une décision sur la confrontation d'un ensemble de signes, dont aucun n'est caractéristique. Dans la propre série de l'auteur, deux fois le diagnostic opératoire de cancer du pancréas s'est trouvé redressé par l'examen histologique de la pièce, qui a répondu pancréatite chronique. Ces deux malades qui subirent, l'un une pancréatectomie céphalique, l'autre une duodéno-pancréatectomie, restent vivants 8 ans et 1 an depuis l'opération. Les 7 duodéno-pancréatectomies pour lésions malignes contrôlées histologiquement donnèrent par contre des résultats fort décevants : 4 morts opératoires, 2 généralisations métastatiques mortelles en 2 mois, 1 seule guérison de 1 an (mort d'hémorragie cérébrale sans signe de récidive). Il faut remarquer d'ailleurs que 3 seulement de ces 7 cas concernaient des cancers pancréatiques à proprement parler; les 4 autres se décomposant ainsi : une propagation pancréatique d'un hypernéphrome, une propagation duodénale d'un cancer gastrique, un cancer du cholédoque terminal, un cancer de l'ampoule de Vater. C'est ce dernier qui a fourni une guérison de 1 an. Ces résultats viennent confirmer encore une fois que si la duodéno-pancréatectomie est capable de guérir définitivement un ampullome vaterien, elle n'apporte guère de survie durable lorsqu'elle s'attaque au cancer du pancréas proprement dit.

G. Edelmann.

W. J. Puderbach et **J. Bellamy** (Brooklyn, N. Y.). — **Cancer spino-cellulaire de l'ampoule de Vater** (*Surgery*, vol. **32**, n° 1, Juil. 1952, p. 110-113, avec 3 fig.

L'enthousiasme suscité par le traitement radical des lésions du pancréas semble avoir considérablement diminué, il est cependant admis par tous que la lésion la plus indiquée pour la pancréatico-duodénectomie est le cancer de l'ampoule de Vater.

Ces tumeurs sont, en effet, le plus souvent de petites dimensions; leur point d'origine est en général impossible à reconnaître : papille de l'ampoule de Vater, terminaison du cholédoque ou du canal pancréatique.

La plupart des lésions sont des adéno-carcinomes de type papillaire ou squirreux.

P. et B. rapportent un cas de cancer de l'ampoule de Vater à type spino-cellulaire dont l'origine semble être la terminaison soit du cholédoque, soit du canal de Wirsung. Cette lésion a été traitée avec succès par pancréatico-duodénectomie et le résultat à distance paraît tout à fait favorable.

Paul Banzet.

J. O. Smith et **G. Brown** (Melbourne, Aus.). — **Résection pancréatico-duodénale pour cancer** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. 22, n° 1, Août 1952, p. 1-7, avec 9 fig.).

Étude portant sur des cas opérés entre 1946 et 1950. 2 malades sont en vie et en bon état, l'un 6 ans, l'autre 2 ans après l'intervention. Les autres cas, comprenant 2 cancers ampullaires et 4 de la tête du pancréas, sont morts; 2 immédiatement, les 4 autres dans un délai allant au maximum à 9 mois pour un cancer de l'ampoule de Vater.

S. et B. insistent sur l'emploi de tous les moyens de laboratoire permettant de faire le diagnostic entre un ictère infectieux prolongé et un ictère par obstruction, ce dans le but d'opérer les malades dans le moindre délai possible. Ils estiment que la résection ne doit être tentée qu'en présence de cancers de l'ampoule ou de petits cancers localisés de la tête du pancréas; ils considèrent l'opération en 2 temps, la plus indiquée et la moins grave. Le premier temps consiste en une cholécysto-entérostomie faite par une courte incision en réduisant au minimum les manœuvres d'exploration pour éviter les adhérences; dans le second temps d'exérèse ils anastomosent le moignon pancréatique dans le jéjunum. PAUL BANZET.

W. Hess (Basel). — **Sur les possibilités et les résultats de la chirurgie du pancréas** (*Gastroenterologia*, vol. **78**, n° 2-3, 1952, p. 127-151, avec 7 tableaux et 6 fig.).

H. étudie successivement quatre questions.

1° La pancréatite aiguë. La mortalité, de 50 p. 100 après intervention, est tombée à 18 p. 100 par le traitement conservateur.

Au point de vue pathogénique, l'ancienne théorie canaliculaire est à rejeter; il faut retenir aujourd'hui l'influence de la stase par oblitération ou spasme de la papille, et le rôle des troubles circulatoires conduisant l'une et l'autre à l'œdème, premier stade de la nécrose; l'œdème pourrait aussi apparaître au cours du « general adaptation syndrom » des auteurs américains. L'œdème aggraverait les troubles circulatoires, d'où destruction cellulaire, libération de la cytokynase capable d'activer le trypsinogène.

L'importance du splanchnique dans le mécanisme pathogénique a été bien mise en évidence par les expériences de Mallet-Guy; l'origine du réflexe peut être au niveau du pancréas lui-même, plus souvent au niveau des voies biliaires, plus rarement au niveau d'un ulcère gastrique.

Le traitement s'oriente de plus en plus vers l'anesthésie splanchnique. On n'opérera qu'en cas de doute quant au diagnostic, persistant malgré l'étude du taux d'amylase; et l'on se contentera alors du minimum : un drain; enlever dès ce moment un calcul de la papille est aggraver singulièrement le pronostic. Il faudra cependant savoir opérer à temps en cas de complications, abcès, iléus, hémorragie.

2° La pancréatite chronique. Elle devient au contraire de plus en plus une affection chirurgicale : parce qu'elle succède ou peut précéder une attaque de pancréatite aiguë par excitation directe des filets splanchniques; parce qu'elle est souvent étroitement liée à des accidents de dyskinésie biliaire post-opératoire.

L'intervention consistera soit en une pancréatectomie partielle gauche, qui est sans danger et réussit parfois, soit en une duodéno-pancréatectomie, qui est grevée d'une lourde mortalité, soit mieux sans doute en une sympathectomie à la manière de Mallet-Guy ou des auteurs américains, qui est efficace sur le symptôme douleur, et à laquelle on peut joindre, s'il est nécessaire, une intervention biliaire.

3° Le cancer du pancréas. Ici d'immenses progrès ont été réalisés en matière de cancer de la papille et de la tête; la duodéno-pancréatectomie est aujourd'hui bien réglée et bien supportée grâce aux traitements pré- et post-opératoires. A la triple anastomose qu'elle impose, de multiples solutions ont été proposées, depuis la technique princeps de Whipple jusqu'aux opérations dernières nées de Child et de Bergeret. L'intervention est possible en un seul temps.

La difficulté est surtout dans l'indication opératoire; la biopsie extemporanée peut y aider. La mortalité n'en reste pas moins importante, soit du fait de l'insuffisance des sutures, soit du fait de la déficience hépatique; elle a été de 25 p. 100; et parmi les 75 malades restants, 60 ont dépassé une survie de 6 mois. En ce qui concerne le cancer de la papille, la survie moyenne est de 18 mois.

Seul un diagnostic plus tôt affirmé (tests à la sécrétine, au mecholyl), permettant une intervention plus précoce, pourrait améliorer ces résultats.

4° L'hypersinsulinisme. On connaît 347 cas d'adénomes langerhansiens opérés; 10 à 20 p. 100 de ceux-ci sont malins; la multiplicité est fréquente (10 à 15 p. 100).

Mais la tumeur est inconstante; il y a parfois seulement hyperplasie ou hyperfonction; dans ces cas, on est amené à une résection subtotale ou partielle; la première (de 40 g) donnerait 75 p. 100 de guérisons, la seconde (moins de 40 g) 1/3 seulement. Et peut-être y a-t-il des cas d'hyperinsulinisme qui ne relèvent pas directement du pancréas.

Les résultats sont cependant ici satisfaisants. L'opération guérit 89 p. 100 des formes légères; si la lésion est multiple, la première apporte 68 p. 100 de guérisons, une réintervention 27 p. 100 de plus. S'il n'y a pas de tumeur, la résection pancréatique à visée fonctionnelle ne donne que 50 p. 100 de guérisons.

R. Gueullette.

RATE

Abéatici, Campi et **Ferrero** (Turin). — **Valeur clinique et indications de la splénoportographie transpariétale** (*Minerva Medica*, an. **43**, vol. 1, n° 51, 25 Juin 1952, p. 1370 à 1376).

La technique de cette intervention originale consiste à injecter les liquides de contraste dans le parenchyme splénique au moyen d'une ponction percutanée de la rate. L'opacification du territoire vasculaire de la veine porte est rapide et presque immédiate. La substance employée est l'Ioduron à 70 p. 100 injecté à la dose de 15 à 40 cm³, l'injection ne devant pas dépasser 4 sec. Les radios sont prises au moyen d'un sériographe par angiocardiographie : 6 radiogrammes sont nécessaires. Aucun incident n'a été signalé à la suite de cette injection. De très belles radiographies illustrent cet article portant principalement sur des kystes pancréatiques, spléniques et des maladies de Banti.

Olivieri.

N. Feldman et **H. C. Falcke** (Johannesbourg). — **A. C. T. H. et splénectomie dans l'anémie hémolytique idiopathique** (*South Africa Medical Journal*, vol. **26**, n° 39, 27 Sept. 1952, p. 778-780).

Les auteurs ont observé un cas d'anémie hémolytique chez une petite fille de 4 ans présentant une insuffisance cardiaque.

Les transfusions demeurant sans efficacité, l'enfant fut soumise à un traitement par A. C. T. H. Aucune amélioration durable ne fut observée et l'état s'aggravait lorsque fut décidée la splénectomie.

L'état général et sanguin fut amélioré de façon spectaculaire et l'enfant reste en bon état après 4 mois.

Les auteurs proposent, après échec des transfusions, de faire appel à l'A. C. T. H., dont ils discutent le mode d'action, et d'opérer rapidement si l'A. C. T. H. reste sans effet.

Henri Redon.

S. Stefanovic et **S. Bukurov** (Belgrade). — **La splénectomie dans le traitement de la leucémie myéloïde chronique** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 78, 6 Déc. 1952, p. 1664-1665).

Depuis une vingtaine d'années, il semble qu'on puisse en appeler du pessimisme avec lequel toutes les statistiques envisageaient jusque-là les effets (à peu près nuls) de la splénectomie dans le traitement de la leucémie myéloïde. Aux résultats encourageants déjà publiés (en particulier à la clinique Mayo). S. et B. ajoutent l'observation personnelle d'un malade de 35 ans, atteint de leucémie myéloïde chronique, chez lequel un traitement médical combiné (moutarde à l'azote, transfusions, radiothérapie) efficace pendant 4 ans, fut suivi d'une aggravation importante (infarctus multiples dans une rate arrivée à plus de 4 kg, leucocytose à plus de 400 000, altération de l'état

général, etc.). La splénectomie pratiquée à ce moment amena un résultat spectaculaire; dès le lendemain les globules blancs tombent à 320 000. Leur taux décroît régulièrement pour atteindre 27 000 2 mois après l'intervention. Les troubles de la nutrition et les douleurs (en partie dus à des troubles de compression par cette rate volumineuse) s'atténuent, le malade reprend du poids et peut travailler. La formule leucocytaire suit une courbe parallèle à celle de la leucocytose (disparition des myéloblastes dans le sang périphérique, après 1 mois). Quel que soit le mode d'action de la splénectomie (et les auteurs envisagent plusieurs hypothèses à ce sujet), on ne peut nier qu'elle apporte à tout le moins une rémission plus ou moins longue dans l'évolution de cette redoutable affection, lorsque les thérapeutiques médicales classiques, n'apportent plus d'amélioration et que les symptômes s'aggravent.

M. Deniker.

J. Bousser, J. Patel, G. Lord, Robineaux et **P. Boivin** (Paris). — **Place de la splénectomie dans le traitement de la lipoïdose splénomégalique de Gaucher** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 82, 25 Déc. 1952, p. 1759-1762, avec 7 fig.).

A la faveur d'une observation très complète et très détaillée, les auteurs passent en revue l'évolution des idées depuis 70 ans, touchant les indications et la valeur de la splénectomie dans la maladie de Gaucher, dont la pathogénie reste encore entourée de bien des obscurités. A l'heure actuelle, toutefois, la splénectomie ne doit plus être considérée comme le traitement curatif de cette affection qui n'intéresse d'ailleurs pas uniquement la rate. Ses effets sont plus modestes : suppression tout d'abord des troubles abdominaux souvent intenses (crises douloureuses, sub-occlusion), de cause purement mécanique, dus à la présence d'une énorme rate pouvant dépasser parfois 8 kg; disparition de l'inhibition de croissance si souvent provoquée par la splénomégalie, à laquelle s'associe l'anté-hypophyse; et surtout amélioration de l'état sanguin quel que soit d'ailleurs le mécanisme encore discuté du syndrome hypersplénique : anémie, leucopénie, plaquettopénie (toujours intense) régressent après ablation de la rate. C'est surtout la *tendance hémorragique* marquée qui diminue et c'est là certainement l'*indication formelle* de la splénectomie. Par contre celle-ci reste sans aucun effet sur les autres localisations de la maladie de Gaucher. Elle n'arrête donc pas son évolution et par suite ne saurait avoir qu'un effet palliatif mais non négligeable car cette évolution est toujours très lente et permet des sédations parfois très longues. Il en fut ainsi chez la malade dont l'observation sert de base à ce travail. Toutefois les indications de la splénectomie (qui reste une intervention grave) doivent être mûrement pesées en se basant principalement sur l'examen systématique et répété de la formule sanguine, l'examen clinique et radiographique complet (à la recherche des localisations osseuses ou médiastinales qui sont des contre-indications), la ponction sternale.

M. Deniker.

GLANDE SURRÉNALE

F. H. Ellis, C. J. Dawe et **O. T. Clagett** (Rochester). — **Kystes de la glande surrénale** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 2, Août 1952, p. 217-227, avec 6 fig.).

Les kystes de la surrénale sont rares. E., D. et C. en rapportent 12 observations inédites. Ces kystes étaient assez volumineux, mesurant de 8 à 30 cm de diamètre. L'un d'eux contenait plus de 10 litres de liquide

Ils divisent les kystes de la surrénale en 2 groupes : les kystes séreux, et les pseudokystes, ces derniers étant représentés soit par des hémorragies ou des nécroses dans une tumeur bénigne ou maligne, soit par la résorbtion incomplète d'un hématome en dehors de tout néoplasme.

Leurs 4 premiers cas concernent des kystes séreux. Les 3 suivants sont des nécroses dans des phéochromocytomes de la surrénale. Les 4 derniers sont des pseudokystes provenant d'hématomes; à l'inverse des kystes séreux, ils ont une paroi épaisse.

L'âge des malades variait de 37 à 64 ans. Les kystes étaient aussi fréquents à droite qu'à gauche et chez l'homme que chez la femme. Des douleurs, quelques troubles gastro-intestinaux et la perception d'une tumeur en constituaient les symptômes.

Un diagnostic préopératoire correct put être fait dans 3 cas. Tous les malades furent opérés, et l'extirpation complète du kyste fut possible dans tous les cas, soit par voie lombaire, soit par voie abdominale dans les gros kystes.

M. Guimbellot.

O. Cope, J. Labbe, J. Raker et **E. Bland** (Boston). — **Phéochromocytome et adénome cortico-surrénal. Report d'un cas avec les 2 tumeurs; discussion de leurs relations** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **12**, Juil. 1952, p. 875-880).

L'injection d'adrénaline déterminant une hypersécrétion d'hormones corticales, il n'est pas étonnant que le phéochromocytome puisse s'accompagner lui aussi d'hyperfonction de la corticale : celle-ci pouvant à la longue aboutir à la formation d'adénomes. Cependant les observations dans lesquelles le phéochromocytome s'accompagnant de symptômes hypercorticaux sont exceptionnelles, et le cas rapporté ici est le premier paru dans la littérature où l'on ait constaté la coexistence d'un adénome médullo-surrénal et d'un adénome cortico-surrénal. Ce dernier ne donnant d'ailleurs aucun symptôme clinique et biologique d'hypercorticisme.

Étant donné la grande difficulté de diagnostiquer histologiquement un cortex adenomateux, il serait intéressant de vérifier plus soigneusement dans chaque cas de phéochromocytome l'état fonctionnel du cortex par exploration biologique complète.

R. Rivoire.

APPAREIL URINAIRE

L. Lefebvre (Liège). — **Traitement expérimental de l'urémie par transplantation rénale.** (*Société de Pathologie rénale, Bruxelles*, 23 Décembre 1951, in *Journal d'Urologie*, **58**, n° 5, 1952, p. 225-230).

L'auteur apporte le résultat de 120 expériences de transplantation prolongée de reins chez le chien. Le rein d'un chien donneur est greffé dans le cou d'un autre chien préalablement néphrectomisé bilatéralement. L'opération est conduite de telle sorte que le rein transplanté n'est ischémié que pendant 8 à 10 mn. De la pénicilline est administrée, pas d'héparine. Le rein transplanté reprend consistance et couleur normales. La diurèse reprend en quelques minutes sous forme d'une polyurie qui persistera, mais en s'atténuant, pendant toute la survie du rein. L'urémie disparaît entre 24 et 72 h chez l'animal néphrectomisé.

L'urée sanguine s'abaisse tandis qu'augmente rapidement la concentration de l'urée urinaire. En quelques jours, la réserve alcaline, très abaissée 48 h après la néphrectomie, reprend sa valeur normale. L'activité du rein transplanté peut se prolonger pendant 3 *semaines*. L'arrêt de cette activité est due d'une part a une *infection ascendante*, qui résiste aux antibiotiques, et d'autre part à la *nécrose du moignon uretéral* qui bloque l'évacuation de l'urine. Ce sont là des facteurs extra-rénaux qu'une modification de la technique arrivera peut être à éliminer. Il n'a été observé aucune incompatibilité, aucune intolérance vis à-vis du rein transplanté. Au bout de 15 jours à 3 semaines, l'histologie du rein reste presque normale. La question d'une incompatibilité ne pourra être tranchée que lorsque l'on sera parvenu à obtenir une survie prolongée du rein transplanté. Celui-ci subit une importante hypertrophie et non point un gonflement œdémateux, comme le montre l'étude comparée des poids secs du rein transplanté et du rein homologue laissé au donneur.

Pour se donner plus de temps, chez l'homme par exemple, pour procéder à la transplantation, on peut entre la récolte du rein et sa greffe, conserver le rein sous perfusion de liquide physiologique et à basse température. Un tel rein a pu reprendre sa fonction

au bout de 3 h 45, mais dans des conditions moins bonnes que normalement. Des expériences en cours diront si, la transplantation étant prolongée, le rein ne récupérerait pas davantage de sa fonction.

Ainsi chez le chien l'homogreffe rénale est capable de neutraliser l'urémie pendant un délai pouvant atteindre 3 semaines. La transplantation rénale pourrait chez l'homme, être considérée comme une *thérapeutique possible d'une insuffisance rénale aiguë*. Les résultats obtenus chez l'animal sont trop limités dans le temps pour espérer qu'il soit possible d'appliquer la transplantation rénale à l'insuffisance rénale chronique.

G. Wolfromm.

Robert E. Gross et **Samuel L. Cresson** (Boston). — **Extrophie de la vessie. Réflexions à propos de 80 cas** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **149**, n° 18, 30 Août 1952, p. 1640-1644, avec 9 fig.).

Ce travail est basé sur l'étude de 80 malades observés en 20 ans au Boston Children's Hospital dont 54 furent traités chirurgicalement.

L'intervention qui paraît aux auteurs la plus simple et la plus efficace est la transplantation bilatérale des uretères dans le côlon. Cette transplantation peut s'exécuter en un seul temps pour les deux côtés et comprend, après un abord trans-abdominal, l'établissement d'un long trajet intra-mural sous-musculaire de l'uretère dont l'extrémité ne devra saillir que peu à l'intérieur de la lumière de l'intestin. La fixation de l'uretère dans son tunnel intra-pariétal sera assurée, un catheter étant en place dans l'uretère pour éviter tout rétrécissement de celui-ci, mais le catheter sera retiré une fois l'implantation urétérale réalisée.

Les auteurs pensent qu'il n'y a pas de risque d'infection urinaire ascendante s'il n'y a pas de rétrécissement de la terminaison de l'uretère.

Cette opération de transplantation ne doit pas être effectuée sur des enfants trop jeunes et l'âge optimum semble être la 4e année.

Dans le 2e temps opératoire, la vessie sera extirpée mais il n'est pas nécessaire d'enlever toute la paroi vésicale et l'ablation de la muqueuse est seule indispensable. La paroi sera reconstituée au-devant du muscle vésical et il faudra apporter un soin tout particulier à la reconstruction du pénis ou de la vulve. Chez un garçon l'ablation vésicale devra ménager une portion du trigone qui sera utilisée pour la création d'un petit réceptacle à la base de l'urètre qui servira pour l'excrétion du sperme.

Parmi les malades traités selon ce procédé il n'y a pas eu de morts à déplorer ni après l'opération ni depuis le moment où les enfants ont quitté l'hôpital mais il y eut 5 fois des alertes assez vives déterminées par l'éclosion d'une péritonite heureusement jugulée. Ces 5 enfants ont un rein fonctionnellement exclu et chez 2 d'entre eux, il fut secondairement enlevé. 6 autres enfants montrèrent secondairement un rein ne fonctionnant pas sans qu'aucun signe particulier ait fait prévoir cette évolution. Les auteurs pensent que cette destruction du rein est la conséquence d'une faute technique et qu'en particulier elle peut résulter d'un lâchage de l'implantation urétérale ou d'une obstruction urétérale par sténose du canal au cours de sa traversée pariétale.

Les opérations pratiquées dans ces 10 dernières années n'ont jamais abouti à ces fâcheuses complications.

Dans les suites post-opératoires immédiates la pyélographie montre souvent un certain degré de dilatation des uretères et des calices mais cette dilatation est généralement transitoire et ne se maintient pas au-delà de 2 ou 3 ans.

Marcel Roux.

M. Berlemont (Bamako). — **Remarques à propos de la cure chirurgicale d'une série de 34 fistules vésico-vaginales, post partum, en milieu africain** (*Bulletin Médical de l'Afrique occidentale française*, t. **9**, fasc. 1, 1er et 2e trimestres 1952, p. 147-170).

Les lésions sont divisées en *réparables* et *irréparables*.

La curabilité tient à 3 facteurs :

La présence de tissus (fistule parfois punctiforme, parfois véritable cloaque vésico-vaginal);

La souplesse des tissus;

La conservation de la fonction sphinctérienne.

Pour ces lésions réparables, l'auteur n'a employé que la voie vaginale simple ou élargie. Les bords de l'orifice sont excisés, la cloison vésico-vaginale dédoublée aussi loin que possible. La suture est faite sur la paroi qui semble la mieux étoffée, soit suture vaginale (soie n° 2), soit suture vésicale (catgut chromé n° 0), les résultats ont été meilleurs avec celle-ci. La suture des deux parois est à éviter, à cause du danger d'hématome interstitiel.

Sonde de Malecot à demeure.

Résultats : sur 16 cas : 11 guérisons, 2 améliorations, 3 échecs.

Les cas irréparables (disparition du col vésical et de l'urèthre, ou du plancher vésical) relèvent de l'opération de Coffey.

Opération en 2 temps, par voie sous-péritonéale et incision ilio-lombaire. L'anastomose est faite d'abord à droite, puis à gauche, sur le sigmoïde.

Résultats : sur 18 cas : 13 guérisons, 1 évasion après le 1er temps, 4 décès dus; à 1 abcès pelvien (obs. 18), urémie et cachexie (obs. 24), échec de l'anastomose (obs. 25), urémie (obs. 29).

Dans 4 cas, la suture a lâché : 2 décès (obs. 18 et 25) et 2 guérisons après néphrectomie.

L'auteur regrette de ne pouvoir apporter de résultats éloignés : les malades, guéries de leur infirmité, ne se représentant plus.

J. Assali.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

Olaf T. Messelt (Oslo). — **Cancer primitif du vagin** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 1, Juil. 1952, p. 51-58, avec 2 fig.).

Bien que rare, le cancer primitif du vagin a été observé, de 1932 à 1945, à l'Institut du radium de Norvège, chez 78 malades. On a noté 73 épithéliomas et 5 adéno-carcinomes.

Ces cas représentent 2,6 p. 100 de la totalité des cancers génitaux de la femme, traités dans cet hôpital (soit 1 cas pour 160 000 sujets de la population norvégienne !).

La majorité des malades avaient de 50 à 65 ans. Les 4/5e avaient été mariées et 59 d'entre elles avaient eu des enfants.

Les métrorragies ont été le premier symptôme dans 80 p. 100 des cas. Les autres malades se sont présentées avec des douleurs spontanées, au cours de la miction ou des rapports. Ces douleurs siégeaient dans la région pelvienne, irradiant vers les lombes ou la partie inférieure de l'abdomen.

Dans 65 p. 100 des cas, la tumeur était localisée au tiers supérieur de la paroi postérieure.

Dans 13 cas, existait une adénopathie inguinale, bien qu'il n'y ait pas d'extension à la vulve. Dans 7 de ces cas, l'adénopathie fut la première manifestation clinique.

24 malades avaient des métastases, dont 22 aux paramètres, 1 au rectum, 1 à la vessie.

Le traitement fut le radium avec radiothérapie complémentaire. Dans quelques cas où la tumeur était limitée, on en pratiqua l'excision avant ou après l'irradiation.

Dans 2 cas, on fit une colpo-hystérectomie large. 1 de ces malades est morte 2 mois plus tard de métastases, l'autre est en vie depuis plus de 6 ans.

Après 5 ans. 17 malades restaient guéries (22,7 p. 100), dont 13 présentaient une tumeur limitée et 4 une tumeur très étendue.

L'application de radium est difficile au niveau du vagin. Quelques détails techniques sur le colpostat de Mallet qui a été utilisé et les précisions sur les doses employées sont indiqués.

Bien que très variable, l'extension du cancer primitif du vagin est en général très rapide, sans doute en raison de l'importance des voies lymphatiques.

André Sicard.

MEMBRE INFÉRIEUR

I. Ducuing, A. Enjalbert, A. Gédéon et **R. Brugnier** (Toulouse). — **Le traitement chirurgical conservateur de l'artérite des membres inférieurs. Sympathectomie. Surrénalectomie** (*La Presse Médicale*, **60**, n° 75, 22 Nov. 1952, p. 1599-1601).

Sur 150 artéritiques observés en 4 ans, D. et ses collaborateurs, éliminent ceux qui ont subi des opérations restauratrices ou des interventions mutilantes d'emblée. Restent 95 malades justiciables d'un traitement conservateur. Mais il faut envisager séparément deux groupes d'artérites : les A. par surcharge (A. séniles des artério-scléreux) justiciables d'une thérapeutique hyperémiante (sympathectomie lombaire avec ou sans artériectomie) et la thrombo-angiose (Leriche) justiciable en outre d'une thérapeutique surrénalienne à visée pathogénique (rappel de la théorie de von Oppel). Toutefois si l'artérite sénile est de diagnostic facile, la thrombo-angiose est souvent difficile à préciser. Se basant sur l'âge, l'aspect clinique, les données artériographiques, la fréquence de l'atteinte cardiaque et des manifestations vaso-motrices (genre Raynaud), les auteurs ont pu l'individualiser dans 27 cas (sur leurs 150 observations).

Les résultats obtenus par la sympathectomie lombaire (avec ou sans artériectomie) chez les 65 artéritiques par surcharge, se décomposent ainsi : Morts opératoires : 6; complications post-opératoires : 4.

Sur 47 opérés retrouvés, on note 27 résultats éloignés excellents. 7 médiocres (nouvelles thromboses, l'artérite possédant un potentiel évolutif échappant souvent à la thérapeutique conservatrice) — 6 mauvais : amputations secondaires, dont 4 imputables à une aggravation par l'intervention (en général l'artériectomie). Décès depuis l'intervention : 11.

Sur les 27 thrombo-angioses, 24 ont été traitées par surrénalectomie uni ou bilatérale, avec ou sans sympathectomie, avec les résultats suivants : 1 décès, 1 complication grave, 3 perdus de vue; 19 résultats éloignés connus : 11 bons (avec un recul de 16 mois à 4 ans), 5 médiocres (résidu douloureux ou résidu trophique), 3 mauvais (syndrome de malignité, s'individualisant localement par l'apparition de lésions conduisant à l'amputation — à distance par l'évolution de nouvelles thromboses et l'apparition de lésions coronariennes).

De façon générale, le pronostic vital éloigné semble plus favorable dans la thrombo-angiose que dans l'artérite par surcharge.

M. Deniker.

Thomas Horwitz (Indianapolis). — **La voie d'abord postéro-latérale dans le traitement chirurgical des fractures inter-trochantériennes, sous-trochantériennes et du col du fémur** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 1, Juil. 1952, p. 45-50, avec 5 fig.).

H. élargit les indications opératoires à toutes les fractures du col du fémur ainsi qu'aux fractures inter-trochantériennes et sous-trochantériennes. Il utilise le clou de Neufeld à fixation diaphysaire externe et préconise une voie d'abord postéro-latérale qui, en exposant parfaitement les lésions, permet de réduire même les fractures les plus complexes.

Sur 36 malades, âgés de 53 à 95 ans, 2 sont morts d'insuffisance cardio-rénale au 4e et au 10e jour. La consolidation radiographique de la fracture a été constatée en moyenne du 6e au 9e mois, et une fois au 11e mois. Il n'y a pas eu de pseudarthrose.

André Sicard.

R. Merle d'Aubigné et **M. Postel** (Paris). — **Traitement des accidents de la consolidation des fractures cervicales vraies du fémur** (*Revue de Chirurgie*, an. **71**, nos 9-10, Sept.-Oct. 1952, p. 265-292, avec 13 fig.).

Le but de ce travail est de vérifier, par l'étude des résultats, si l'arthroplastie acrylique doit remplacer de façon définitive les méthodes employées avant l'apparition de la prothèse de Judet, enclouage, ostéotomies, résection arthroplastique de la hanche.

Les accidents de la consolidation des fractures du col sont assez fréquents : sur 132 fractures encloués par les auteurs, la pseudarthrose s'est produite dans 21 p. 100 des cas, la nécrose de la tête dans 9 p. 100.

Certains auteurs, pour diminuer la fréquence de ces complications, ont associé au clou une greffe osseuse. Patrick (de Glasgow) a ainsi obtenu, après 2 ans, 87 p. 100 de consolidations et 13 p. 100 de pseudarthroses. Mais 21 p. 100 de ces cas ont évolué vers l'arthrose et 8 p. 100 vers la nécrose de la tête. Ces résultats ne sont donc pas supérieurs à l'enclouage simple.

L'ostéotomie extra-articulaire a donné, après 2 ans, sur 16 cas 6 mauvais résultats et 9 malades se plaignent de leur genou.

Les opérations plastiques intra-articulaires n'ont donné, après 2 ans, que 5 résultats bons ou très bons sur 15 cas.

Quant à la résection arthroplastique, elle n'est plus employée.

La prothèse acrylique est aujourd'hui la méthode de choix lorsque le mauvais état de la tête ou la laxité de la pseudarthrose imposent une reconstruction de l'articulation.

Mais deux faits méritent réflexion : la tolérance, à longue durée, de la prothèse acrylique n'est pas entièrement prouvée et quelques observations de jeu de la prothèse commencent à être publiées. Des défauts de technique de montage les expliquent sans doute. D'autre part, si beaux que soient les résultats de l'arthroplastie acrylique, ils n'atteignent qu'exceptionnellement ceux que donne la conservation de la tête lorsque celle-ci n'est pas altérée. Aussi les auteurs sont-ils d'avis, dans les cas où la tête a gardé son intégrité, de traiter ces cas par enclouage. Dans tous les autres cas ils recourent à la prothèse acryltique.

L'abord postéro-externe de l'articulation qui, moins sanglant, évite les hématomes et respecte davantage la musculature, est maintenant systématiquement employé par les auteurs. L'ablation de la capsule n'est nécessaire que si le malade souffre. Le point très important sur lequel les auteurs insistent, c'est de rendre au col par une prothèse particulière, une longueur analogue à celle du côté opposé. En effet, tandis que la prothèse qui garde un col court donne 44 p. 100 de résultats bons ou très bons, celle qui allonge le col donne 75 p. 100 de résultats bons ou très bons.

Les auteurs ont fait construire deux types de prothèse dont ils donnent la description et la figure et dont une est très voisine de la prothèse de Jean Gosset.

G. Picot.

R. Merle d'Aubigné et **J. Chabrol** (Paris). — **Les arthrodèses de la hanche par enclouage. Résultats, indications. Techniques** (*Revue de Chirurgie*, an. **71**, nos 9-10, Sept.-Octobre 1952, p. 295-326, avec 10 fig.).

Le travail des auteurs est appuyé sur 83 cas d'arthrodèses réalisées avec un matériel métallique (clous simples, clous multiples, clous associés à la greffe). Aucune de ces arthrodèses n'a été pratiquée pour tuberculose. Elles ont été faites pour des affections traumatiques, congénitales ou dystrophiques. La coxarthrie (53 cas sur 83) constitue la plus grosse part. 67 cas concernent des formes unilatérales, 16 des formes bilatérales. Ces différentes opérations ont été pratiquées par la voie de Smith Petersen.

Dans 10 cas l'arthrodèse a été pratiquée par un long clou extra-articulaire introduit avec un appareil de visée. Cette opération, très facile à exécuter n'a pas donné de résultats constants (33 p. 100 de mauvais cas).

Dans 46 cas l'arthrodèse comporte une arthrotomie avec avivement des fragments, introduction à travers le grand trochanter d'un grand clou qui progresse sous la vue

et permet un contact osseux exact. Une greffe iliaque est placée dans une tranchée, taillée à cheval sur la partie antéro-supérieure du col et du cotyle. Cette méthode donne 86 p. 100 de guérisons de la douleur et 56 p. 100 des opérés marchent sans canne. Les 14 p. 100 de mauvais cas sont dus à un manque d'ankylose ou à une ankylose en mauvaise position.

Chez 15 malades, l'arthrodèse fut réalisée avec 3 petits clous, l'un d'eux enfoncé par la fosse iliaque interne, les deux autres à travers le rebord colyloïdien et tous dans des directions différentes. Une greffe iliaque en pont complète l'opération. Les résultats sont moins bons que les précédents : les clous se tordent, la fusion osseuse n'est pas bien réalisée et l'opération qui nécessite un large décollement de la fosse iliaque interne est de réalisation difficile. Elle donne 79 p. 100 de guérison de la douleur, 64 p. 100 de bonne marche et seulement la moitié de soudures osseuses.

Dans les affections bilatérales les résultats de la hanche opérée sont les mêmes que ceux qui viennent d'être exposés, le résultat clinique est en rapport avec le degré d'ankylose, de douleur ou de gêne de l'articulation opposée.

Les opérations d'arthrodèse ne sont pas absolument bénignes : 4 morts (5,4 p. 100), toutes survenues avant 1948. Les progrès réalisés dans les soins pré- et post-opératoires ont fait disparaître tout choc opératoire. Mais les complications suivantes sont survenues : 14,4 p. 100 de phlébites avec 2 embolies; 2 embolies sans phlébites; 9 fractures sous-trochantériennes après l'ablation du plâtre; quelques cas durables de névralgies du fémoro-cutané.

Les auteurs dans leurs opérations récentes prolongent l'immobilisation plâtrée pendant 3 à 4 mois en donnant au membre opéré une flexion de 20° à 30°. L'abduction doit être nulle s'il n'y a pas de raccourcissement. Dans le cas contraire il faut maintenir un raccourcissement apparent de 1 cm pour éviter la butée du pied au sol lors de la marche.

G. Picot.

Sven Kler (Copenhague). — **Arthroplastie de la hanche avec prothèse acrylique** (*Acta Orthopaedica Scandinavica*, vol. **22**, fasc. 2, p. 126-141, avec 6 fig.).

Depuis 4 ans, Sven Kler utilise l'arthroplastie avec prothèse acrylique. Au début il avait recours à une prothèse acrylique individuelle après moulage (prothèse fixée au ciment) mais, après avoir ainsi opéré 6 malades, Sven Kler n'a plus utilisé que la technique de Judet qu'il appelle la prothèse acrylique standard. Il modifie seulement cette technique sur 2 points; il préfère la voie d'abord de Gibson qui ménage les muscles, les vaisseaux et les nerfs; d'autre part, si le col fémoral est court et déformé, il fixe la prothèse avec un ciment non irritant.

D'Avril 1949 à Nov. 1950, Sven Kler a pratiqué 51 arthroplasties acryliques de la hanche chez 50 malades atteints d'arthrose (45), de fractures du col fémoral (2), de nécrose de la tête fémorale (3) après fracture du col.

Les résultats ont été en suivant la classification conseillée par Merle d'Aubigné, excellents dans 40 cas, bons dans 4, passables dans 3, mauvais dans 3.

Albert Mouchet.

Le Gérant : G. Masson.

13.764. — Arrault et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 2e trimestre 1953. — N° d'ordre 1.667, Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Travail du Service du professeur d'Allaines. Hôpital Broussais. Paris.

Traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte. Les possibilités d'exérèse [1].

Par MM.

Charles DUBOST et Claude DUBOST

(Paris).

Affection d'un pronostic fatal, et ce dans des circonstances dramatiques, l'anévrysme de l'aorte a depuis des années fait l'objet de tentatives chirurgicales hardies. Jamais l'exérèse ne put être menée à bien, et Tuffier qui, le premier, en 1902, extirpa un anévrysme sacciforme de l'aorte ascendante, n'obtint qu'une survie de 13 jours. On savait la ligature redoutable depuis l'observation d'Astley Cooper (1817), Tillaux et Riche, Monod et Vanverts (1909) en colligeaient 12 cas, tous soldés par un échec.

Moore, en 1864, décrit sa technique visant à provoquer la coagulation intra-sacculaire par l'introduction intra-anévrysmale d'un fil métallique, et récemment encore sa méthode semblait avec celle de Pearse enrobant l'aorte de cellophane, la plus salutaire.

Les immenses progrès de la chirurgie vasculaire doivent faire reconsidérer les possibilités de l'exérèse, et faisant suite aux travaux de Carrel, une longue série d'expérimentations a rendu logique et heureuse, la cure radicale de certains anévrysmes aortiques : sutures, rétablissement de la continuité par greffes, et surtout études des procédés visant à diminuer le temps de clampage aortique ou à en minimiser les effets.

L'exérèse est maintenant possible, 4 cas opérés par l'un de nous suffiraient à le démontrer, mais une très large part reste, et restera longtemps aux procédés palliatifs dont nous rappellerons l'essentiel.

(1) Les recherches expérimentales ont été faites grâce à l'aide de l'Institut National d'Hygiène (professeur Buguard) et du Fonds de Recherches de la Sécurité Sociale.

Les méthodes palliatives.

La ligature de l'aorte au-dessus de l'anévrysme doit, pour être supportée, obéir à certaines règles précises.

Brutale et totale, la ligature expose à la rupture de l'aorte due à la nécrose pariétale par ischémie des vasa-vasorum. Fils, lacets et bandelettes, de soie, de coton, de catgut, de métal ou de fascia lata ont été responsables tour à tour de cet accident redoutable, survenu du 4 au 30e jour. Deux procédés paraissent assurer seuls une sécurité suffisante : celui d'Antonio Prudente, qui réalise une ligature en spirale; l'aorte est d'abord liée avec une bandelette de fascia lata, le nœud étant fixé par deux points à la soie, la bandelette est entourée en spirale sur 2,5 cm au-dessus de la ligature, en serrant de moins en moins les tours de la spire, puis elle redescend en continuant à s'enrouler jusqu'à la ligature première, réalisant ainsi une sorte d'entonnoir élastique. L'ondée sanguine est amortie et sous son impulsion le tour de spire supérieur se dilate légèrement, resserrant par là même les tours inférieurs. Le procédé nécessite malheureusement pour être applicable une certaine longueur d'aorte saine, sans collatérales importantes.

Leriche préconise la section de l'aorte, suivie de suture des deux tranches après introduction dans le bout supérieur d'un bouchon musculaire ou musculo-aponévrotique : sur 27 chiens ainsi traités, ne survint aucune rupture secondaire.

Brutale et totale, la ligature ne saurait être que sous-rénale, et même à une certaine distance au-dessous des rénales. Fiore, en effet, obtient chez le chien une urémie progressive avec défaillance cardiaque en posant la ligature au ras des rénales.

De nombreuses observations de ligature aortique chez l'homme au-dessous des artères rénales montrent que les troubles vasculaires au niveau des membres inférieurs, pour importants qu'ils soient, n'ont jamais entraîné de gangrène. A l'artériographie, l'aorte sous-jacente s'injecte bien, mais la réapparition des pouls fémoraux doit faire suspecter un lâchage de la ligature.

Sus-rénale, la ligature doit être partielle ou mieux progressive. — Halsted l'avait déjà montré. Leriche, Kunlin, Boely ont repris récemment l'expérimentation chez le chien et ont pu réaliser des ligatures en 2 ou 3 temps de l'aorte abdominale sus-rénale et de l'aorte thoracique. Chez l'homme, on n'a pas pu mener à bien les ligatures en plusieurs temps et il paraît préférable de tenter des ligatures progressives. On emploiera, soit l'ingénieux artifice de Boerema où c'est la dilatation d'une laminaire qui occlut progressivement l'aorte (aucun trouble à la ligature de l'aorte thoracique du chien), soit mieux, des rubans de cellophane au contact desquels se développe une sclérose progressive (de Takats).

Les résultats des ligatures, sont, nous l'avons dit, décevants : lâchage, rupture aortique, progression de l'anévrysme où arrivent encore les collatérales, en sont les principales raisons.

La coagulation intra-sacculaire. — L'idée de Monteggia, qui injectait divers liquides dans le sac, est abandonnée au profit de la méthode de Moore, introduction intra-sacculaire de fil métallique (Wiring).

Deux procédés sont réalisables :

Wiring à froid. — A travers une aiguille, ou mieux de deux aiguilles coulissant l'une dans l'autre pour éviter les coudures, on introduit un fil d'acier fin (n° 30). Un cliché per-opératoire renseigne sur la situation du fil, sa tendance à se pelotonner en une zone unique ou à s'enrouler dans la totalité de la poche, ce que l'on doit obtenir, au besoin en introduisant un nouveau fil après avoir modifié la direction de l'aiguille. Plus de 150 m de fil peuvent être introduits. Ainsi est ralenti le débit sanguin, l'effort de pression sur les parois diminue, cependant l'action coagulante reste faible.

Linton a rapporté 30 cas traités de la sorte : 16 anévrysmes thoraciques avec une mort opératoire (6 p. 100) et 6 malades vivants de 6 mois à 4 ans après l'intervention; 14 anévrysmes abdominaux avec des résultats nettement moins bons : seuls 3 patients ont dépassé le cap des 6 mois et sont encore actuellement en vie.

Wiring à chaud. — L'idée est due à Corradi qui pensa augmenter la coagulation à l'aide d'un courant galvanique. Blakemore a mis la technique parfaitement au point, le courant électrique étant utilisé comme agent de chauffage. Thomeret en a rappelé récemment tous les détails, dont voici les principaux : fil de faible résistivité, assez élastique; un alliage cuivre argent à 10 p. 100 de cuivre remplit ces conditions. Le fil, de 0,2 mm de diamètre, isolé d'une couche d'émail flexible, est introduit par son milieu pour pouvoir y faire passer un courant d'une extrémité à l'autre. Ce courant continu doit porter le fil à 80°. Plusieurs tronçons de 10 m de fil sont ainsi chauffés, puis abandonnés dans le sac; il est parfois utile de procéder en plusieurs temps à quelques jours d'intervalle. Pratiquement on n'a guère à craindre l'obstruction complète de l'aorte, la vitesse du courant au centre du vaisseau empêchant la coagulation.

Deux points sont très importants : une asepsie rigoureuse (une infection intra-sacculaire entraîne à coup sûr suppuration, rupture et mort), la question de la voie d'abord. Celle-ci n'a aucun intérêt à être large, et le procédé a souvent pu être employé par voie per-cutanée.

Voici la statistique de Blakemore : 63 cas traités entre 1935 et 1944, 27 p. 100 de survie de plus de 3 ans dont certaines atteignent 9 et 11 ans.

L'enrobement du sac anévrysmal ou Wrapping se fait à l'aide d'une lame de cellophane. Page enveloppa des reins de chien pour obtenir une néphrite expérimentale, Pearse s'en servit pour occlure l'aorte; les premiers, Harison et Chandy l'utilisèrent dans le traitement des anévrysmes.

En fait, le film de cellophane polythène pure n'entraîne aucunement l'intense réaction de fibrose recherchée. Celle-ci ne s'observe que lorsqu'il existe à titre d'impuretés dans la cellophane du dicéthyl-phosphate. La cellophane de la maison Dupont de Nemours actuellement employée par la majorité des opérateurs en contient 1 p. 100 environ. On a conseillé de doubler ce film d'une couche de cellophane pure pour éviter un développement anarchique de la sclérose et l'englobement d'éléments voisins.

Pour être correct, un Wrapping doit être total, c'est-à-dire enrober la poche sur toute sa circonférence, en débordant sur l'artère saine, la cellophane étant fixée soigneusement aux organes voisins ou à la paroi artérielle pour éviter tout glissement.

C'est là une intervention parfois impossible à réaliser puisqu'elle nécessite une dissection complète de l'anévrysme. On a souvent dû se contenter d'un Wrapping partiel dont les résultats paraissent assez illusoires. Par contre, les effets d'un Wrapping total sont sûrement salutaires. Abbott avait déjà traité par ce procédé 23 cas en 1947.

Les possibilités d'exérèse.

Divers facteurs, d'importance variable conditionnent les possibilités d'exérèse.

L'Étiologie. En pratique, deux étiologies sont à retenir : l'athérome et la syphilis.

Les anévrysmes de l'aorte abdominale, les plus rares, sont pratiquement toujours dus à l'athérome et ne se voient guère que chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine; l'anévrysme thoracique est en règle syphilitique.

Syphilis et athérome sont des affections atteignant de façon diffuse le système vasculaire, et peuvent, par l'importance de cette diffusion (lésions cardiaques, coronaires, vaisseaux cérébraux) venir contre-indiquer toute action thérapeutique majeure.

Mais surtout cette étiologie conditionne en facteur primordial de réussite l'état de l'aorte.

L'État de l'aorte. - L'aorte, alentour de l'anévrysme, est souvent pathologique. Grosses plaques calcifiées, dont l'exérèse laisse une paroi amincie et friable, aorte épaisse et athéromateuse coupant sous les fils, lésions de mésartérite spécifique continuant à évoluer pour leur propre compte malgré le traitement médical et entraînant une rupture secondaire. Divers artifices techniques seront tentés : dans les sutures termino-terminales, au surjet classique on ajoute un deuxième surjet accolant les deux lèvres artérielles éversées; dans les sutures latérales plusieurs rangs de points capitonnent et invaginent la suture aortique; une sécurité supplémentaire semble être obtenue en enrobant la zone suturée d'un fragment de muscle.

On ne saurait trop cependant déconseiller l'exérèse lorsque, à l'intervention, les parois artérielles paraissent très altérées. La réparation risque d'être immédiatement impossible et, à distance, des déboires sont à craindre. Schafer et Hardin, après résection d'un anévrysme abdominal, ont vu leur suture lâcher au 29e jour au niveau d'une plaque d'athérome. Un de nos opérés est mort de rupture aortique 6 mois après la résection d'un anévrysme syphilitique de l'aorte ascendante.

Le type de l'anévrysme. — Du type même de sac dépendront les modalités de l'exérèse :

Anévrysme *sacciforme*, et alors presque toujours thoracique, permettant un clampage et une suture latérale.

Anevrysme *fusiforme*, dont l'exérèse nécessite un clampage aortique prolongé et un rétablissement de la continuité par greffe. La question de

la greffe est maintenant entendue : elle sera artérielle, homogreffe conservée par des procédés divers, mais éprouvés (nous employons la technique de Gross).

Pour l'aorte, tous les autres artifices de rétablissement de la continuité paraissent, en effet, à exclure; Hufnagel lui-même n'ose tenter chez l'homme le remplacement d'un segment aortique par le tube de lucite qu'il a expérimenté sur le chien, quant à la greffe veineuse Shumacker, Sako ont pu prévenir sa dilatation et sa rupture secondaire par enrobement de fascia lata, de derme ou de péricarde, mais tout récemment encore Johnson, Kirby et Hardy disaient l'inconstance de ces résultats.

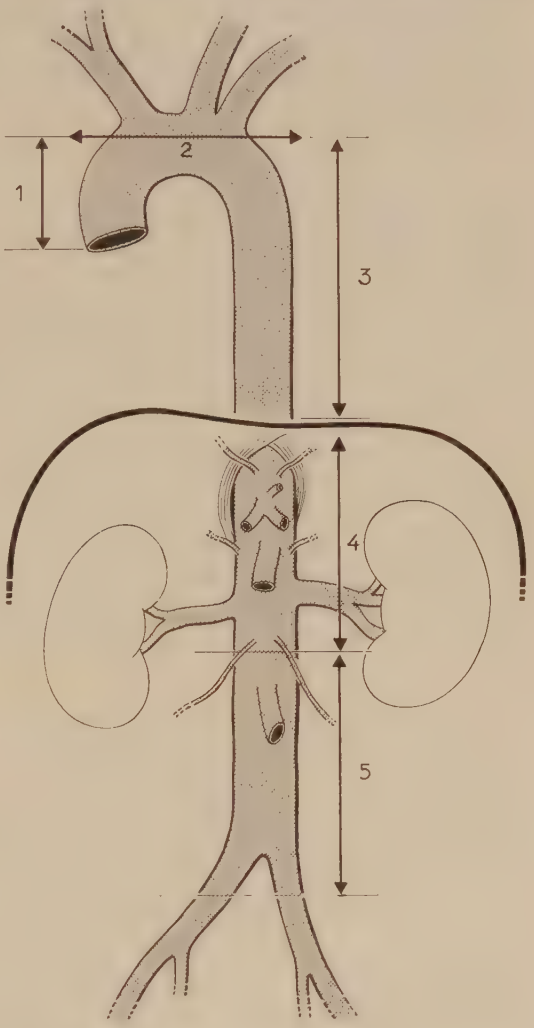


Fig. 1. — Division de l'aorte en 5 segments : pour chacun les possibilités thérapeutiques ne sont pas identiques.

Les *adhérences* du sac aux éléments voisins, veines caves, artère pulmonaire en particulier, peuvent gêner ou rendre dangereuses son exérèse. Il nous est arrivé sans inconvénient de laisser en place des fragments de sac dont l'exérèse nous paraissait dangereuse. Il semble, par contre, que se contenter de rétablir la continuité par greffe, sans extirper le sac ne soit pas une intervention satisfaisante.

Blakemore n'a jamais réalisé sur l'aorte son procédé de greffe veineuse endo-sacculaire décrit dans le traitement des anévrysmes des membres. Freeman et Leeds l'ont exécuté dans 2 cas d'anévrysme de l'aorte abdominale. Nous voyons mal comment, même après clivage des caillots blancs organisés, une suture s'appuyant sur les orifices pathologiques de l'anévrysme peut être correcte.

Lam et Aram ont cru pouvoir abandonner un sac vide au niveau de

l'aorte thoracique descendante : le sac s'est secondairement nécrosé et infecté et leur opéré est mort de médiastinite suppurée.

Si Mac Cune et Blades réalisent de longs pontages aortiques à l'aide de grandes greffes artérielles, en laissant en place le segment aortique lié et exclus, ce sont là des expériences sur aorte saine.

En pratique, le rétablissement de la continuité implique l'exérèse préalable.

Un sac fissuré ou extériorisé érodant vertèbres ou sternum semble au-dessus d'une tentative raisonnable d'exérèse, les dangers de rupture per-opératoire apparaissant comme certains, et ce, avant même d'avoir pû contrôler l'aorte en amont.

Le facteur essentiel, le siège. — En pratique, c'est le siège de l'anévrysme qui reste le facteur dominant, et il nous a paru commode de scinder l'étude des anévrysmes aortiques en divers segments, en sachant toutefois qu'un débord de l'ectasie d'un secteur sur l'autre est possible (fig. 1).

Segment 5, aorte abdominale au-dessous des artères rénales.

Segment 4, aorte abdominale sous-diaphragmatique, dans la zone des collatérales vitales, rénales, mésentérique supérieure, tronc cœliaque.

Segment 3, aorte thoracique descendante.

Segment 2, portion horizontale de la crosse.

Segment 1, aorte thoracique ascendante.

Nous éliminons pour l'instant les rares anévrysmes sous-jacents à une coarctation : là, du fait du rétrécissement aortique, le clampage n'offre pas de danger particulier.

C'est cette question de clampage qui reste actuellement le gros obstacle à la résection aortique, puisqu'on peut admettre pour résolu le problème du rétablissement de la continuité par greffe (sauf pour le segment 4).

Clampage et rétablissement de la continuité.

Segment 5, *aorte abdominale sous-rénale*. — Le clampage y est possible pratiquement sans limite de temps: nous avons vu que la ligature elle-même était bien supportée. Le cœur n'en a pas moins une augmentation de travail, passagère certes, mais qui peut être mal tolérée chez un sujet au myocarde atteint. Dans un de nos cas (obs. n° 3) nous avons dû surseoir à l'exérèse, un dangereux pincement tensionnel ayant suivi le clampage.

On peut se demander si le rétablissement de la continuité est ici indispensable; Leriche a montré qu'après ligature, l'aorte sous-jacente se réinjectait immédiatement dans le segment aval et qu'aucun trouble trophique n'était à craindre chez le chien. En fait les observations humaines ont toujours objectivité un déficit vasculaire, sans doute sans gangrène, mais notable. Certaines conditions particulières, comme l'oblitération pathologique de la bifurcation aortique dans le cas de Leger, pourraient peut-être autoriser la résection simple. Il nous semble cependant infiniment plus logique de rétablir la continuité, la mésentérique inférieure n'est pas un obstacle à la résection. Dans notre observation 4, elle était déjà thrombosée et ne saignait pas; dans l'observation 5, elle était perméable, il n'y eut aucun trouble dans la vascularisation colique lors de son clampage.

Segment 3, *aorte thoracique descendante.* — Les conséquences du clampage de l'aorte thoracique descendante, anoxies rénale et médullaire, en limitent considérablement la durée.

L'expérimentation sur le chien est répétée depuis fort longtemps. Voici les résultats tous récents de Cier et Geller : lors du clampage, on enregistre une brusque élévation de la pression carotidienne qui se stabilise autour de 20 mm de mercure, puis redescend progressivement à partir de la 20e mn; il ne semble pas que cette hypertension céphalique soit responsable d'accidents.

Les réflexes tendineux des membres postérieurs disparaissent à la 5e mn, mais en fait la paraplégie n'est que passagère si le clampage ne dépasse pas 30 mn.

Le parenchyme rénal est très sensible à l'anoxémie (et peut être surtout à la baisse tensionnelle). Dès le clampage, il cesse de secréter et, passé la 25e mn, on risque une anurie définitive. La susceptibilité individuelle est grande, et si une 1/2 h de clampage paraît déjà trop dangereuse, quelques chiens ont pu supporter 1 h d'interruption de courant aortique.

La levée de l'obstacle doit se faire extrêmement doucement, sinon apparaissent des accidents cardio-respiratoires de pathogénie discutée mais souvent mortels.

Creighton Hardin a affectué des résections de l'aorte thoracique descendante suivies de greffes sur 13 chiens : interventions rapides puisque la moyenne de clampage fut de 32 mn. Il y eut 6 morts post-opératoires dans les 24 h, 6 autres chiens présentèrent une paraplégie définitive.

Chez l'homme, Crafoord a clampé l'aorte de 31 malades de 12 à 28 mn sans incident. Un clampage de 48 mn a entraîné des lésions médullaires.

Bref, le clampage aortique ne saurait dépasser 30 *mn au maximum*, ce temps est notoirement insuffisant pour réaliser une exérèse et une greffe.

Segment 1 et 2, *aorte ascendante et crosse.* — Le clampage n'est pas supporté; le cœur se dilate rapidement et s'arrête en diastole.

Segment 4. — La multiplicité et la complexité des branches collatérales indispensables expliquent assez que sa résection, même expérimentale, n'ait jamais été tentée.

Peut-on éviter les accidents de clampage ?

Le problème est d'importance puisque, résolu, le cadre de l'exérèse s'agrandirait singulièrement. De nombreux expérimentateurs depuis Carrel s'y sont attaqués. Nous ne rapporterons ici que les procédés les plus au point, et qui ont déjà permis des interventions sur l'homme. Tous réalisent un shunt qui conserve le débit aortique total ou partiel durant le temps de la confection de l'anastomose.

Lam et Aram se servent d'un tube de lucite, comme l'avait déjà préconisé Hufnagel. Après clampage et résection, un large tube de lucite, manchonné d'une greffe artérielle, est introduit dans les deux bouts aortiques. Deux ligatures (gros fils peu serrés sur les gorges du tube) en

assurent la fixation à l'aorte. Les clamps sont lâchés. On pratique alors l'anastomose supérieure entre l'aorte et la greffe, puis les 2/3 de l'anasto-

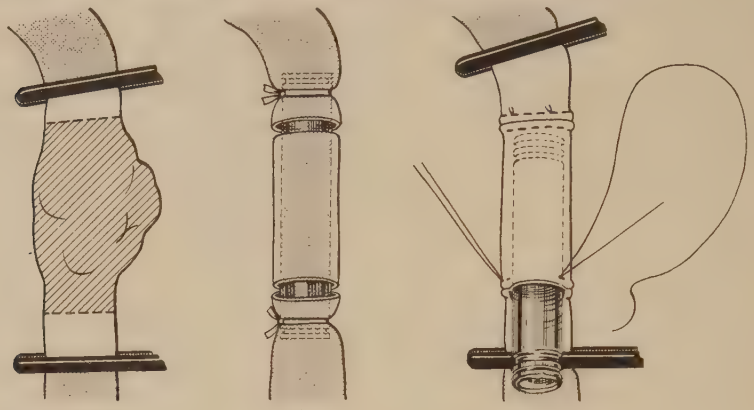


Fig. 2. — Réalisation d'une homogreffe aortique au niveau du segment 3 selon le procédé de Lam et Aram : intubation par tube de lucite rigide.

mose inférieure. Après remise en place des clamps, on retire le tube de lucite par l'orifice de l'anastomose inférieure incomplète, et celle-ci est rapidement terminée (fig. 2). Ce procédé a été utilisé dans 1 cas d'exérèse d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante que nous relaterons plus loin. Il est élégant, mais nécessite néanmoins pour son exécution correcte une fixation soigneuse du tube adéquat après essai de tubes de divers diamètres et partant, un clampage assez prolongé au début, un deuxième clampage pour retirer le tube et terminer l'anastomose. L'opéré de Lam et Aram a fait une paraplégie qui ne fut que transitoire.

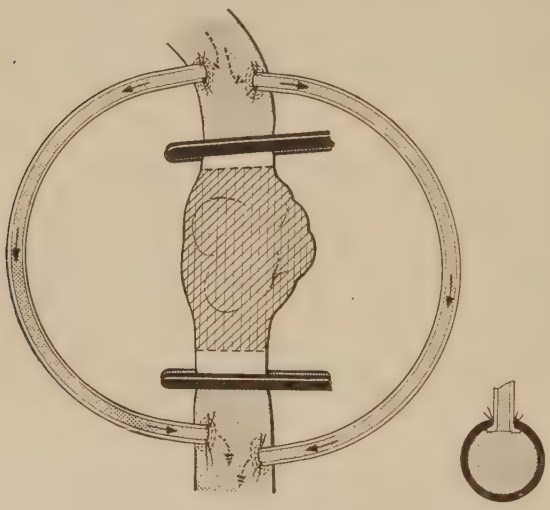


Fig. 3. — Dérivation par tubes de polythène permettant le clampage aortique. *En coupe,* le procédé de fixation de tubes (d'après Schaffer et Hardin).

Creighton Hardin reprend et perfectionne le procédé de Clatworty et Varco; il établit un shunt à l'aide de tubes de polythène minces et flexibles dont chaque extrémité, après avoir été renflée par léger chauffage est introduite

dans les segments distal et proximal de l'aorte et maintenus à l'aide de deux points qui rétrécissent la brèche aortique. Longs, malléables, ces tubes sont écartés du champ opératoire et ne gênent pas l'intervention (fig. 3). Suivant le niveau, il convient de placer de 2 à 6 tubes de 1 à 3 mm de diamètre pour avoir un débit suffisant. Le clampage est alors possible et le facteur temps n'intervient plus. Après ablation des tubes, la suture des petites plaies aortiques est facile.

Izant, Hubay et Holden redoutant la fixation un peu précaire de ces

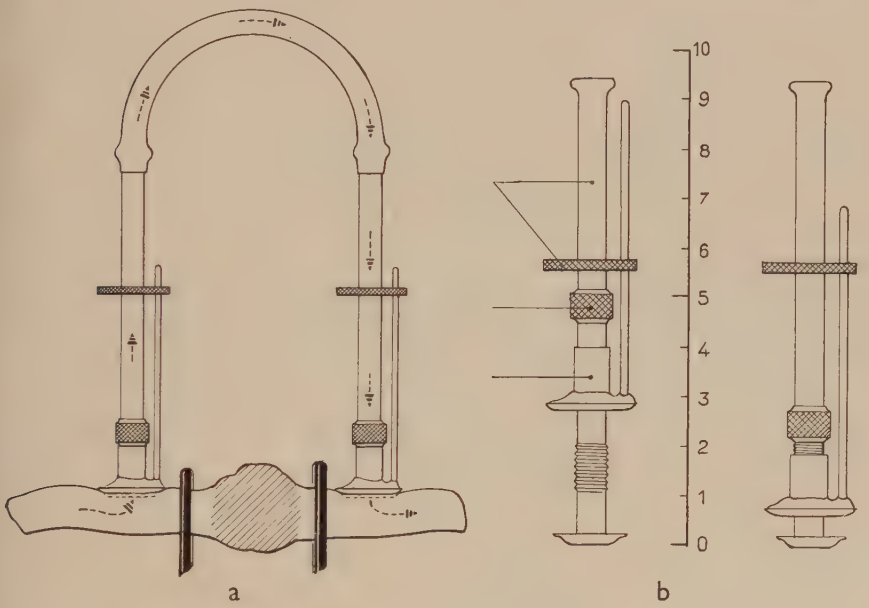


Fig. 4. — Tube de Izant et Hubay.
a) Principe de fonctionnement; *b*) les tubes en place.

tubes ont fait construire des tubes métalliques dont la *figure* 4 montre le principe.

Les possibilités que donnent ces méthodes sont très importantes pour l'exérèse du *segment* 3.

C. Hardin sur 12 chiens en perd 3 (faute opératoire ou infection), les 9 autres survivent sans paralysie. (Rappelons qu'il avait eu 6 morts et 6 paraplégies sur 13 chiens opérés et greffés sans shunt).

Lam et Aram, à la suite de leur intervention se sont demandés si l'exérèse de l'aorte thoracique descendante ne risquait pas d'entraîner des troubles médullaires par ligature de toutes les intercostales thoraciques. Ceux de leur opéré ont rétrocédé et paraissaient dus au clampage prolongé. Expérimentalement, ils ont lié toutes les intercostales thoraciques de 10 chiens : un a fait une parésie transitoire, un autre a été sacrifié au 2e jour avec une paraplégie, les 8 derniers n'ont eu aucun trouble.

Il paraît donc actuellement que l'*exérèse du segment* 3 *soit chose possible.*

La crosse aortique a été réséquée expérimentalement par Creighton Hardin. Le shunt est établi de la façon suivante : 3 tubes de polythène introduits dans l'aorte près de son origine, sont raccordés respectivement au tronc brachio-céphalique, à la carotide gauche, à l'aorte thoracique descendante (fig. 5). Puis la crosse est clampée, réséquée, rétablie enfin par une homogreffe. La mortalité est prohitibive, sur 11 chiens, 9 sont morts immédiatement, un le 10e jour et le dernier le 42e jour.

Des essais de résection limitée à la partie gauche de la crosse ne sont

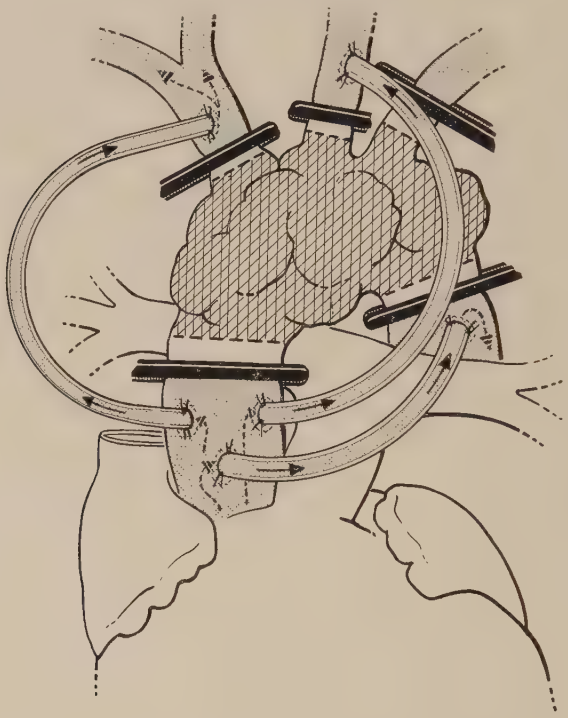


Fig. 5. — Résection de la crosse aortique de chien. Montage expérimental de C. Hardin.

guère plus encourageants : 14 chiens, 10 morts immédiates, les 4 autres dans les jours suivants. Presque toutes ces morts sont dues à la défaillance cardiaque : le cœur, déconnecté de son système nerveux extrinsèque, paraît incapable de s'adapter au surcroît de travail dû au diamètre et surtout à la rigidité des tubes; la pression intra-ventriculaire atteint 20 mm de Hg, puis le cœur s'arrête.

En réduisant l'arrivée du sang au cœur et en diminuant son travail, la résection de la crosse est *possible*. Un clampage partiel de la veine cave inférieure ramène la pression ventriculaire à un chiffre normal et la résection est bien supportée. Les 4 chiens ainsi opérés avec clampage de la veine cave sont actuellement vivants.

En fait, l'exérèse de la crosse chez l'homme ne semble pas encore à tenter (elle n'a été faite qu'une fois par C. Hardin), la solution sera peut-être dans la réduction du débit cardiaque, comme l'assurent certaines méthodes d'anesthésie actuelles, l'hibernation en particulier.

Indications thérapeutiques.

Les indications thérapeutiques seront orientées par l'examen minutieux du malade; elles dépendent en grande partie du siège et du type de l'anévrysme, mais en fait, il est impossible de décider de l'exérèse avant que l'exploration opératoire n'ait précisé l'état de l'aorte adjacente.

La *symptomatologie* de ces lésions anévrysmales n'est pas toujours évidente. C'est ainsi qu'un de nos malades (obs. 4) porteur d'un anévrysme de l'aorte abdominale consulta pour un syndrome parétique du membre inférieur gauche; chez un autre (obs. 2) l'ombre calcifiée de l'anévrysme vue de face fut prise pour une vésicule biliaire pathologique et les douleurs épigastriques y furent rattachées par son médecin traitant; une radiographie de profil devait corriger l'erreur, l'ombre étant immédiatement pré-rachidienne. Outre les caractères de l'anévrysme, l'examen clinique précisera avec soin l'état du système vasculaire, la perméabilité des vaisseaux sous-jacents à l'anévrysme. Un bilan cardiaque, clinique et surtout électro-cardiographique jugera de la valeur de la circulation coronarienne.

La *radiographie* simple peut déjà à elle seule apporter d'utiles renseignements; outre l'ombre de l'anévrysme, il arrive que se devine l'ombre infiltrée de calcaire de l'aorte et de sa bifurcation. Une érosion, une lyse vertébrale, costale ou sternale signe l'anévrysme extériorisé.

L'opacification de l'anévrysme est indispensable : angiocardiographie dans les anévrysmes de la crosse, aortographie de l'aorte abdominale, aortographie rétrograde de l'aorte thoracique par la carotide externe (Marion).

Cette exploration, sans danger, fournit des renseignements indispensables non seulement sur le diagnostic de la lésion, mais encore sur son siège, sa forme, sur son étendue, sur l'importance de la circulation collatérale de suppléance.

Il ne faudrait pas s'attendre, même en présence d'une masse volumineuse battante et expansive à observer une opacification entière de la poche. En effet, qu'il s'agisse d'un anévrysme sacciforme ou d'un anévrysme fusiforme, le sac ou la dilatation présentent à leur périphérie des phénomènes de coagulation qui ne laissent persister en leur centre qu'une lumière suffisante au passage du courant sanguin. C'est dire que le produit de contraste n'injectera qu'un défilé central ou paramédian qui, à une lecture rapide pourrait en imposer certes non pour un vaisseau normal, mais pour une artère ectasiée. On tentera enfin de préciser l'étiologie; une syphilis aux réactions positives (c'est presque toujours le cas pour les anévrysmes de l'aorte thoracique) commande la mise en œuvre d'un traitement médical pré et post-opératoire.

Anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale. Segment 5.

Voici tout d'abord quelques observations :

Trois où seul un Wrapping a été réalisé.

Observation nº 1. — M. V..., 70 ans. Volumineux anévrysme de l'aorte abdominale chez un scléreux hypertendu.

B.-W. négatif.

Consulte pour des troubles douloureux abdominaux et une claudication intermittente des membres inférieurs.

L'examen permet de reconnaître l'existence d'une grosse tumeur para-ombi-

Fig. 6. — Cette aortographie semble dessiner une dolicho-aorte. Il s'agit en réalité d'un volumineux anévrysme fusiforme de l'aorte abdominale dont le canal, demeuré perméable, est excentré en dehors.

licale gauche, étendue en bas jusqu'au promontoire. Elle est battante et expansive : l'auscultation révèle l'existence d'un souffle systolique.

On constate également une modification des pouls fémoraux, le pouls fémoral gauche étant retardé et moins fort que le pouls droit.

L'aortographie (fig. 6) montre une aorte abdominale déroulée à concavité droite, reposant sur le flanc du rachis.

A un examen rapide, on pourrait parler de dolicho-aorte sans ectasie.

En réalité, deux arguments radiographiques plaident en faveur du diagnostic d'anévrysme :

Le premier est la perception d'un contour fusiforme, circonscrivant la partie centrale opacifiée.

Le second est le caractère irrégulier de la colonne opaque, dont la partie supé-

Fig. 7 *a* (obs. n° 2). — Radiographie sans préparation (face).
Anévrysme calcifié de l'aorte abdominale.

rieure est nettement plus large que la partie inférieure et dont le contour latéral n'est pas absolument rectiligne, mais dentelé.

Intervention le 30 janvier 1951 (Ch. Dubost) : incision médiane sus et sous-ombilicale.

Il s'agit d'un volumineux anévrysme fusiforme étendu du tronc cœliaque à la bifurcation aortique : il mesure environ 20 cm de long et 10 cm dans sa plus grande largeur. La paroi de l'anévrysme est parsemée de plaques calcaires, surtout développées au niveau de la bifurcation aortique et des deux artères iliaques primitives.

Après libération circonférentielle de l'anévrysme, mise en place de lames de cellophane au polythène, suturées l'une à l'autre, et par quelques points à la paroi anévrysmale.

Suture du péritoine par dessus.

Suites simples. Le malade quitte l'hôpital le 15e jour.

Actuellement, 2 ans après l'intervention, le malade est en vie, en bon état.

Les battements et l'expansion ont notablement diminué.

Obs. nº 2. — De G..., homme de 55 ans, se plaignant depuis 2 mois de crises douloureuses épigastriques, en ceinture à maximum gauche sous les fausses côtes, de type solaire.

Sur le cliché de face sans préparation, se voit sur la face antérieure et gauche des

Fig. 7 *b* (obs. nº 2). — Radiographie sans préparation (profil). Anévrysme calcifié de l'aorte abdominale.

IIIe et IVe vertèbres lombaires, débordant latéralement à gauche sur les costiformes, une image arrondie, de la taille d'un œuf, bien cernée d'une calcification linéaire. Sur ces clichés de 3/4 et de profil s'objective la situation immédiatement pré-vertébrale de cette image. On y devine l'aorte amont et aval à ses calcifications pariétales (fig. 7*a* et 7*b*). Par ailleurs, vésicule exclue radiologiquement.

Intervention le 1er Septembre 1952 (Ch. Dubost).

Médiane débordant en bas de l'ombilic.

Refoulement des anses grêles à droite.

Après incision du mésentère, découverte facile de l'anévrysme, gros comme un œuf; il est situé juste en amont de la bifurcation, il est battant et expansif, calcifié par endroits.

L'aorte amont est rigide, infiltrée dans toute sa circonférence de plaques calcaires.

Dans ces conditions, une exérèse suivie de greffes est impossible.

On est conduit à disséquer toute la circonférence de l'anévrysme et à l'entourer d'une lame de polythène. Le résultat est satisfaisant.

Suture hermétique du mésentère.

On se porte ensuite sur la vésicule biliaire qui contient un volumineux calcul unique, coincé dans le cystique : ablation du calcul et cholécystostomie.

Suites simples.

Obs. n° 3. — Vi..., homme de 64 ans, hospitalisé en Belgique pour épisode diarrhéique passager. Lors de l'examen, découverte de l'anévrysme; il nous est alors

Fig. 8 (obs. n° 3). — Volumineux anévrysme fusiforme intéressant en bas l'iliaque primitive droite. *En haut*, il débute au-dessous des rénales, l'aorte à ce niveau est de calibre normal, mais apparaît transversale, comme couchée sur le pôle supérieur de l'anévrysme.

confié. On perçoit facilement une volumineuse tumeur sous-ombilicale de la taille d'un pamplemousse, battante et expansive.

Les troubles fonctionnels sont légers, réduits à quelques crampes des mollets à la marche. L'état général est satisfaisant.

Sur les radiographies simples se devine l'ombre calcifiée de l'anévrysme. L'aortographie montre un volumineux anévrysme fusiforme, intéressant en bas l'iliaque primitive droite. En haut, il débute au-dessous des rénales, l'aorte à ce niveau est de calibre normal mais apparaît transversale, comme couchée sur le pôle supérieur de l'anévrysme (fig. 8).

Intervention le 4 Avril 1952 (Ch. Dubost).

Incision oblique gauche avec section du grand droit du côté gauche. Le jour

obtenu est excellent et permet de découvrir un très volumineux anévrysme iliaque droit comblant toute l'excavation pelvienne. L'aorte inférieure y participe, mais sa dilatation est moins volumineuse.

L'anévrysme se développe dans la racine du mésentère et on doit entreprendre la libération de ses feuillets. Le dégagement est aisé en avant et sur les côtés, mais un peu plus difficile en arrière.

On découvre ensuite l'aorte immédiatement au-dessous des rénales, là où son calibre est normal. Clampage. En raison de l'aggravation de l'état du malade dont la tension se pince et dont le pouls se ralentit considérablement, on se résoud à une simple opération palliative d'enrobement au polythène.

Le péritoine est suturé au devant des lames de polythène et la paroi est fermée sans drainage au nylon.

Suites simples.

Deux cas d'exérèse suivie du rétablissement de la continuité par greffe.

Obs. nº 4 (fig. 9, 10, 11 *a*, 11 *b* et 11 *c*). — M. le G..., 50 ans. Anévrysme de l'aorte abdominale.

Révélé par de gros troubles fonctionnels prédominant à la jambe gauche.

Fig. 9 (obs. nº 4). — L'aortographie montre que l'anévrysme commence au-dessous des rénales et qu'il s'étend jusqu'à la fourche iliaque. L'artère iliaque gauche est thrombosée sur ses 5 ou 6 premiers centimètres. L'artère iliaque primitive droite montre au niveau de son origine deux petites dilatations anévrysmales.

L'examen abdominal fait découvrir dans la région para-ombilicale gauche, une très volumineuse tumeur, battante et expansive.

Le pouls fémoral droit est diminué, le gauche absent.

Les oscillations sont diminuées à droite, pratiquement absentes à gauche.
A noter dans les antécédents, 1 an avant, un infarctus du myocarde.
B.-W. négatif.

L'aortographie montre que le début de l'anévrysme se situe au-dessous des rénales, et qu'il s'étend jusqu'à la fourche iliaque. L'artère iliaque primitive gauche

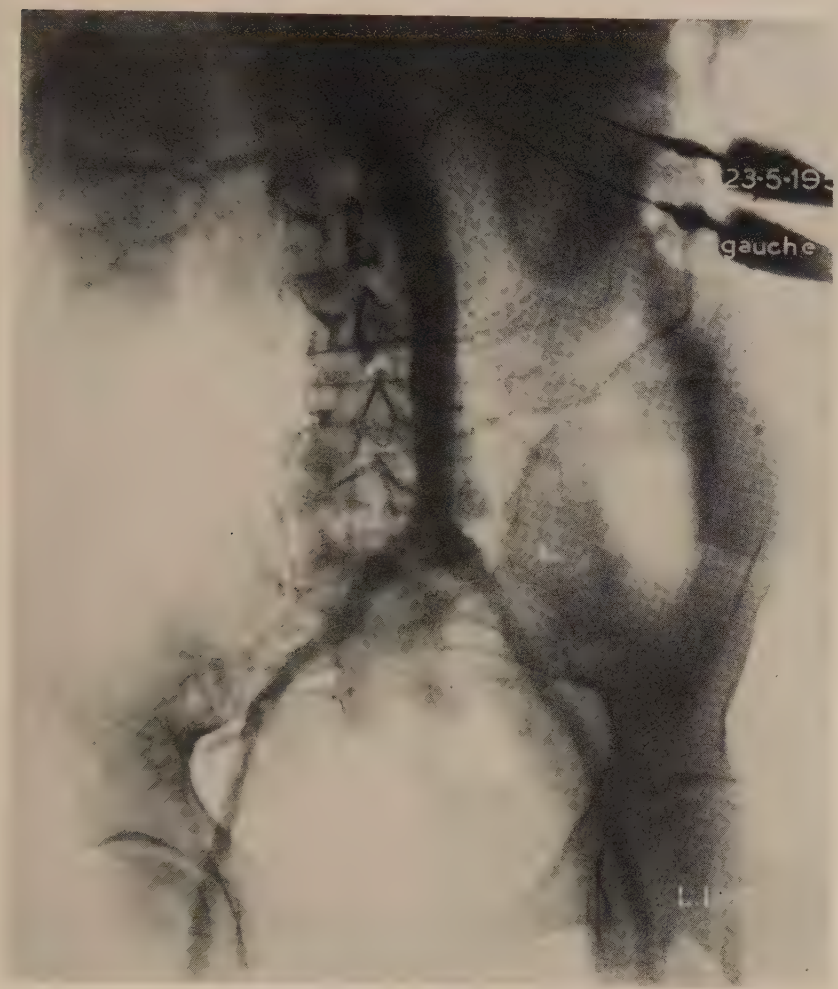


Fig. 10 (obs. n° 4). — Aortographie post-opératoire (2 mois après). Le greffon est normalement calibré; les iliaques s'injectent parfaitement.

est bouchée sur ses 5 à 6 premiers centimètres. L'artère iliaque primitive droite, bien que perméable, montre au niveau de son origine, deux petites dilatations anévrysmales.

L'artère mésentérique supérieure et les rénales, parfaitement opacifiées se situent nettement au-dessus de l'anévrysme.

Par contre, l'artère mésentérique inférieure ne s'injecte pas. Enfin, l'iliaque gauche semble revascularisée par la spermatique ou une de ses branches (cliché, n° 9).

Intervention le 29 Mars 1951 (Ch. Dubost) : incision thoraco-abdominale gauche, sous-péritonéale avec résection de la 11e côte.

Refoulement du sac péritonéal qui permet de découvrir un énorme anévrysme étendu de l'origine des rénales aux iliaques.

On décide d'essayer son extirpation et d'utiliser une greffe pour rétablir la continuité.

L'opération est conduite dans les temps suivants :

Contrôle de l'anévrysme par un clamp en amont placé sur l'aorte, immédiatement au-dessous des rénales.

On se porte alors sur la bifurcation iliaque : découverte, isolement et hémostase provisoire des deux iliaques externes et des deux hypogastriques.

Section des deux iliaques primitives.

Puis, dissection de l'anévrysme de bas en haut.

Le décollement est laborieux au niveau des deux veines iliaques et de la veine

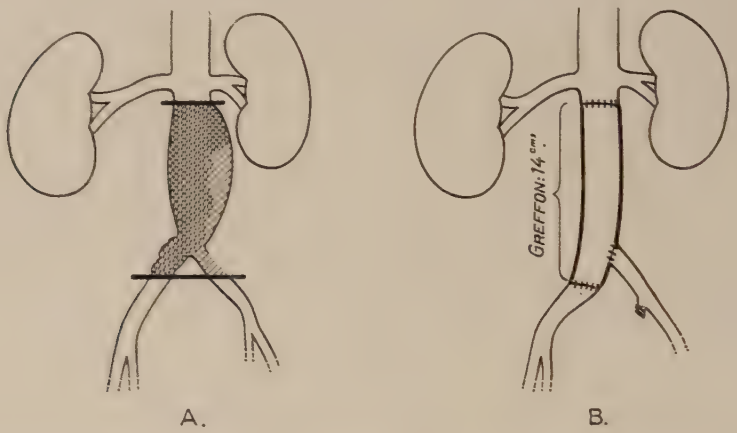


Fig. 11 *a*. — Dessin schématique du montage réalisé. Le greffon (aorte humaine conservée) long de 14 cm est interposé entre l'aorte et l'iliaque droite. L'iliaque gauche désobstruée est branchée sur lui en latérale.

cave, fusionnée par endroits avec la poche anévrysmale, à tel point qu'on doit laisser en place des fragments de poche anévrysmale.

Les vaisseaux lombaires thrombosés sont sectionnés sans ligature.

L'artère mésentérique inférieure ne saigne pas par son bout central, mais saigne en jet par son bout périphérique.

L'anévrysme alors entièrement libéré est basculé vers le haut et sectionné à 2 cm du clamp aortique.

On pratique alors les recoupes nécessaires de l'aorte en amont et de l'iliaque droite en aval, et l'on décide d'interposer, entre les deux vaisseaux, le greffon aortique dont on dispose : aorte thoracique prélevée 3 semaines auparavant sur une jeune fille de 20 ans, 15 cm.

L'anastomose supérieure aorte-greffon, est pratiquée sans incident en 5/5, à la soie 0 Bruneau. Ne disposant pas d'un greffon en fourche, on est conduit à faire une anastomose termino-terminale entre celui-ci et l'iliaque primitive droite. L'iliaque primitive gauche est désobstruée, et après section de l'hypogastrique, elle-même bouchée, anastomosée au flanc du greffon aortique, immédiatement au-dessus de l'autre anastomose.

Après ablation des clamps, les trois anastomoses sont largement perméables, et les pouls fémoraux sont perçus identiques des deux côtés.

Une aortographie de contrôle est pratiquée 2 mois après l'intervention : elle montre un comportement parfait du greffon, nullement dilaté, perméable, ainsi que les iliaques et les fémorales.

3 mois après l'opération, le malade est en bon état; ses pouls fémoraux sont forts et égaux, ainsi que les pouls pédieux et tibial postérieur.

La pièce, longue de 15 cm est constituée par une mince paroi calcifiée en de

Fig. 11 *b*. — Cette photographie per-opératoire montre le greffon en place, après exécution des anastomoses.

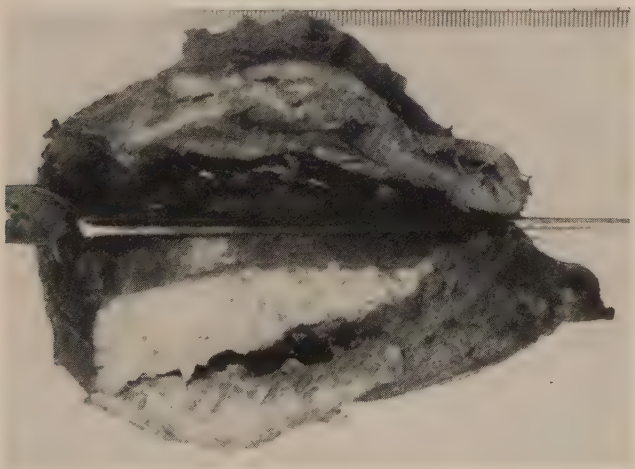


Fig. 11 *c* (obs. n° 4). — Anévrysme fusiforme de l'aorte abdominale à parois minces, calcifiées par endroit. La coupe rend compte de l'importance du caillot périphérique qui laisse persister en son centre un canal objectivé par l'artériographie.

nombreux points et obstruée par un volumineux caillot, dont le centre est creusé d'un tunnel postérieur perméable d'environ 3 cm de diamètre.

Examen histologique. — La paroi aortique extrêmement altérée, présente, de

la cavité anévrysmale à la périphérie : l'intima, très épaisse, transformée en une masse amorphe et non colorable, semée de cristaux d'acides gras. C'est la partie profonde de l'intima aussi altérée qui subit la transformation en sels calcaires.

Immédiatement sous les calcifications commencent la média encore reconnaissable à ce niveau, à quelques couches de fibres élastiques très fragmentées. Mais les 4/5 externes de la média sont totalement privés de lames élastiques. Par contre, les fibres musculaires y sont presque normales, mais le tissu fibreux est dominant.

Ce qui est capital (avec la destruction de l'appareil élastique), c'est la présence, dans toute la moitié périphérique de l'aorte, de coulées de cellules inflammatoires, lymphoïdes accompagnant les vasa vasorum. Elles forment plutôt des nappes concentriques, mais on les voit parfois suivre des vaisseaux perpendiculairement à la paroi. Cette périvascularite s'accompagne parfois d'endovascularite oblitérante : quelques vasa vasorum sont totalement oblitérés.

La mince couche adventitielle prélevée à l'intervention contient les mêmes foyers lymphocytaires périvasculaires, les mêmes oblitérations de quelques vasa vasorum et, de plus, un véritable foyer lymphocytaire ganglionnaire hyperplasique. Mais on ne voit pas de tissu scléro-inflammatoire.

Fig. 12 (obs. n° 5). — Aortographie pré-opératoire. Anévrysme fusiforme sous-rénal. Artères iliaques perméables.

Obs. n° 5 (fig. 12, 13, 14, 15). — M. Fenelon L..., âgé de 59 ans, nous est adressé par son médecin le docteur Tillman pour un anévrysme de l'aorte abdominale révélé par des douleurs sus et latéro-ombilicales sans troubles au niveau des membres inférieurs. L'examen facile chez ce sujet maigre nous révéla l'existence d'une

tumeur siégeant dans la région para-ombilicale gauche, battante et expansive. Les pouls fémoraux des deux côtés sont normaux ainsi que les oscillations. Le B.-W. est négatif et le malade ne présente par ailleurs, aucune lésion viscérale, cardiaque en particulier.

Une aortographie pratiquée par le docteur Robert montra que l'anévrysme, fusiforme commençait à quelques centimètres au-dessous des artères rénales et se poursuivait sans l'intéresser jusqu'à la bifurcation iliaque.

L'aorte au niveau de l'ectasie était excentrée vers la gauche et la totalité de la poche paraissait perméable sauf en deux zones, au niveau du bord droit de celle-ci

Fig. 13 (obs. n° 5). — Vue extérieure de l'anévrysme.

où deux petites images lacunaires pouvaient faire penser à l'existence d'une coagulation intra-sacculaire.

D'autre part, il n'existait pas de calcification visible en bordure de la poche. Les artères iliaques primitives, externes et internes, très flexueuses étaient nettement dessinées par le produit opaque ainsi que l'artère mésentérique inférieure et ses branches sigmoïdiennes.

Intervention le 18 Décembre 1952 (Ch. Dubost); on décide l'emploi d'une voie abdominale pure sous-péritonéale, oblique gauche, se terminant en haut en regard du 9e cartilage costal et qui pourra être agrandie à la demande en thoraco-laparotomie si les difficultés vers le haut sont trop grandes.

Le décollement du sac péritonéal permet d'isoler la tumeur et de déborder sans trop de difficulté son pôle supérieur jusqu'au niveau de l'origine des artères rénales.

La veine spermatique constitue d'emblée un obstacle dont la libération et la ligature sont difficiles.

Sur la face antérieure de l'anévrysme chemine la veine mésentérique inférieure qui est volumineuse et tendue. L'artère mésentérique inférieure est perméable et battante.

Dans ces conditions, après libération des formations péri-anévrysmales (la V. C. I. se laisse cliver sans grande difficulté de même que la veine iliaque primitive gauche), l'ectasie est progressivement libérée et après ouverture du péritoine pour contrôle, un clamp hémostatique est placé sur l'artère mésentérique inférieure.

L'occlusion de ce vaisseau maintenue pendant plus de 1/4 d'heure, n'entraîne

Fig. 14 (obs. n° 5). — Anévrysme ouvert, longitudinalement; il n'existe pas de coagulation massive intra-sacculaire.

aucune modification de la coloration sigmoïdienne et l'on pense que sa ligature sera supportée sans dommage.

Ligature de la mésentérique au ras de l'anévrysme : le bout périphérique de l'artère saigne en jet systolique. Une ligature est alors placée sur son bout distal sans conséquences pour la vitalité sigmoïdienne.

La veine mésentérique inférieure peut être conservée sans trop de difficulté. Dès lors, l'aorte est clampée en amont de l'anévrysme, immédiatement au-dessous des artères rénales. Ce clampage détermine un affaissement relatif de la poche qui permet de constater que celle-ci est exempte de caillot.

Les vaisseaux iliaques primitifs sont à leur tour clampés immédiatement en amont de leur bifurcation. Ils ont une consistance relativement souple, ne pré-

sentant pas de plaque d'athérome et constitueront un bon matériel pour les anastomoses.

L'aorte est ensuite sectionnée au-dessus de l'anévrysme, puis celui-ci est basculé. Deux artères lombaires perméables doivent être liées.

Les artères iliaques primitives sont sectionnées en amont des clamps. La perte de substance entre l'aorte et les iliaques est de 15 cm environ. Le rétablissement de la continuité est assuré par un greffon aortique anastomosé en haut à l'aorte,

Fig. 15 (obs. n° 5). — Aortographie post-opératoire. Le greffon, long de 15 cm, présente un calibrage normal. Les axes iliaques sont bien injectés.

en bas, aux deux iliaques de la façon suivante : anastomose termino-terminale du greffon et de l'iliaque droite.

L'iliaque gauche, sensiblement plus longue, est branchée en latérale sur le flanc du greffon.

A l'ablation des clamps, les anastomoses sont perméables et le pouls immédiatement perçu au niveau des fémorales, des pédieuses et des tibiales postérieures.

La durée totale du clampage aortique pour la réalisation des trois anastomoses a été de 50 mn.

En fin d'intervention, on vérifie à nouveau que la coloration sigmoïdienne n'est pas altérée, la brèche péritonéale est ensuite refermée.

Fermeture de la paroi sur une lame de caoutchouc.

Les suites opératoires sont d'une grande simplicité. On n'observe ni hémorragie, ni troubles de transit intestinal et le malade quitte l'hôpital le 12e jour.

Nous avons fait effectuer, 1 mois 1/2 après l'opération, une aortographie de con-

trôle qui montre un greffon parfaitement calibré, sans aspect de distension ou d'obstruction, et des arbres iliaques parfaitement injectés.

Le malade présente des pouls égaux des deux côtés et perceptibles jusqu'aux extrémités. Ses oscillations sont parallèles et normales.

La pièce montre un anévrysme fusiforme à parois minces, calicifié en deux endroits et présentant à ce niveau un début de coagulation.

Examen histologique : l'intima très épaissie a perdu son endothélium et sert de base d'implantation à un énorme caillot cruorique. En un point, l'intima rompue laisse pénétrer une hémorragie interstitielle profonde. Certaines parties de l'intima contiennent une bouillie athéromateuse, d'autres sont riches en cristaux d'acides gras ou en dépôts calcaires. La musculeuse est réduite à une très mince couche fibreuse 10 à 20 fois moins épaisse que l'intima.

Deux observations, toutes récentes, de résection d'anévrysme abdominal suivie de greffe ont été publiées dans la littérature.

L'une par R. C. Brock. Énorme anévrysme sous-rénal englobant la bifurcation. L'incision d'abord médiane, dut être agrandie sur la 9e côte gauche après section du rebord costal. Après résection, la continuité fut rétablie par un greffon comprenant la bifurcation aortique. Les suites furent simples et les deux fémorales battent bien.

L'autre par C. Hardin, la réalisation technique en fut simple, mais la suture portait en haut sur une aorte très athéromateuse : décès le 29e jour par rupture au niveau de l'anastomose supérieure.

De la technique de la résection, nous dirons quelques mots :

La *voie d'abord* doit être large. Une longue médiane xypho-pubienne donne un excellent jour sur l'anévrysme. Il n'en est pas de même pour l'aorte sus-anévrysmale et Brock qui l'employa dut sectionner le rebord costal et s'agrandir sur la 9e côte.

Peu délabrante, la médiane est logique lorsqu'est décidée pré-opératoirement la réalisation d'une intervention palliative. Elle est insuffisante pour mener à bien une exérèse avec sécurité.

La para-rectale gauche, sous-péritonéale, lui sera préférée dès que la résection paraît possible. Dans un cas facile, chez un sujet maigre, elle peut suffire (obs. nº 5). En tous cas, il sera aisé de l'agrandir vers le thorax si besoin est.

La voie abdomino-thoracique, passant dans le 8e ou le 9e espace intercostal gauche est de beaucoup la voie la plus large et c'est à elle que nous donnons la préférence (obs. nº 4).

Bien entendu, la partie thoracique ne sera employée qu'à la demande après exploration de l'anévrysme par voie abdominale sous-péritonéale.

La dissection de l'anévrysme se fera après refoulement vers la droite du sac péritonéal. Il faut trouver le bon plan de clivage, au contact même de l'anévrysme et ne pas s'égarer dans les lames de tissu cellulaire condensées autour de l'ectasie. Il faut littéralement peler l'anévrysme, et ce sur son bord gauche, sa face antérieure, et aussi le plus possible vers la droite. La libération de la face antérieure ne peut se faire qu'après section de l'artère mésentérique inférieure, séparée avec soin de sa veine qu'il vaut mieux ménager. Une artère encore perméable sera au besoin clampée et l'état du côlon gauche contrôlé par une petite boutonnière péritonéale. On pousse alors la dissection à droite, jusqu'à atteindre la veine cave inférieure.

En haut, l'aorte en amont est découverte, en bas la bifurcation aortique; le jour obtenu sur l'artère iliaque primitive droite par cette voie gauche est largement suffisant.

C'est alors qu'un examen minutieux des parois artérielles va permettre de décider la résection.

Le contrôle de l'aorte est tout d'abord assuré par de simples lacs. En haut, après avoir repéré les rénales, la face postérieure de l'aorte est disséquée avec précaution, tout d'abord à l'aide d'une pince à canal artériel, puis d'un clamp carré à cystique. En bas les iliaques disséquées sont, elles aussi, entourées d'un lacs. Une hémorragie étant maintenant contrôlable, on termine la dissection de l'anévrysme latéralement, si besoin est.

Le clampage est réalisé par 3 clamps de Sellors, du côté de l'anévrysme de fortes pinces droites suffisent.

La résection débute par le haut. Il faut prendre grand soin lors de la section supérieure de ménager au maximum l'étoffe artérielle normale. L'anévrysme est basculé progressivement vers le bas et sa dissection postérieure est menée au petit tampon monté.

Les lombaires sont liées une à une (encore qu'elles soient thrombosées pour la plupart). C'est maintenant seulement que le temps vraiment difficile de la dissection devient possible : la séparation d'avec la veine cave inférieure. Une plaie de cette veine est à redouter, elle serait difficile à contrôler, aussi conseillons-nous d'abandonner sans hésiter certains fragments de la coque anévrysmale qui paraissent véritablement fusionnés avec la paroi veineuse.

La résection se termine par la section des deux iliaques primitives au-dessus des 2 clamps de Sellors inférieurs.

Le rétablissement de la continuité est réalisé à l'aide d'une homogreffe aortique conservée dans le liquide de Gross. Les extrémités sont débarrassées de leur adventice, les branches lombaires sont liées et la greffe mise en place.

Si l'on ne dispose que d'un greffon aortique simple (obs. n° 4), le montage se fera en latéro-terminale pour l'artère iliaque primitive gauche après réalisation des anastomoses termino-terminales de l'aorte et l'iliaque droite.

Si l'on dispose d'un greffon de fourche aortique, nous conseillons de débuter par la réalisation des deux anastomoses inférieures. Une erreur sur la longueur de greffon est, en effet, possible du fait des flexuosités des iliaques que va corriger leur dissection après l'ablation de l'anévrysme.

Ceci nous est arrivé dans l'observation n° 5; ayant débuté par l'anastomose supérieure, nous eûmes une trop grande longueur de greffe et ne pûmes employer la bifurcation sous peine de couder la greffe. La fourche de la greffe fut donc réséquée et la continuité rétablie comme dans le cas précédent.

Les anastomoses nécessitent, nous l'avons dit, une réalisation impeccable dans un tissu de bonne qualité; dans l'observation n° 4, il fut nécessaire de désobstruer une des iliaques primitives, cette conduite n'est logique que si l'obstruction athéromateuse est limitée, et si après endartériectomie la paroi artérielle n'apparaît pas trop fragile. Les surjets, à la soie n° 0, sont menés en 4/4 ou 5/5, en avant au moins ils sont renforcés d'un deuxième surjet qui s'appuie sur les deux lèvres artérielles

éversées. Il est peut-être utile enfin d'entourer les sutures d'un fragment musculaire. Après ablation des deux clamps inférieurs, l'étanchéité des sutures est complétée, si besoin, par quelques points séparés, puis le clamp supérieur est ouvert, mais très lentement, progressivement, pour éviter un collapsus brutal.

La paroi est refermée sur un drain lombaire. Il nous semble tout à fait inutile d'administrer des anticoagulants : les larges anastomoses à plein canal sur l'aorte restent perméables.

Les indications thérapeutiques *pour le segment* 5 devront tenir grand compte de ces possibilités de *résection*.

Celle-ci reste une intervention majeure, dont les risques per et post-opératoires sont importants. Elle ne saurait être discutée que chez des sujets relativement jeunes, en tout cas en bon état cardio-vasculaire, capables de supporter une intervention longue, peut-être hémorragique: la taille monstrueuse de l'anévrysme, des érosions vertébrales, à plus forte raison des signes de fissuration nous paraissent des contre-indications.

Dans les autres cas, à condition bien sûr de disposer d'une homogreffe aortique, la résection peut être tentée. Bien souvent on devra y renoncer du fait des constatations opératoires : erreur d'appréciation de la limite supérieure (englobement des artères rénales) et surtout importance de l'athérome. Il peut être difficile d'en juger. Sur le bout périphérique, iliaque, nous avons pu réaliser une suture correcte après désobstruction: sur le bout proximal, il nous paraît indispensable d'être beaucoup plus exigeant et de reculer devant une calcification des parois aortiques.

Les méthodes palliatives gardent donc bien des indications. Nous donnons la préférence au *Wrapping*, correct, complet, circulaire, après dissection de la totalité de l'anévrysme, il nous a donné de très bons résultats. Ce n'est guère qu'en cas d'extériorisation ou de fissuration que nous aurions recours au Wiring, sachant la réelle difficulté de son exécution correcte et l'inconstance de ses résultats.

Ces méthodes, pour palliatives soient-elles, paraissent sûrement supérieures à la classique ligature, partielle (et inopérante) ou totale (avec ses risques de rupture).

Anévrysme du segment 4.

Les anévrysmes du segment 4 proprement dit sont exceptionnels, malheureusement bien des anévrysmes de l'aorte abdominale dépassent les rénales et atteignent cette zone sous-diaphragmatique.

D'exérèse il n'en est pas question, et à notre sens, de Wrapping non plus, puisque celui-ci pour être effectif doit être circulaire : le danger de blessure de collatérales vitales serait trop grand pour tenter une dissection complète de ces anévrysmes.

Le Wiring lui-même est-il sans danger ? nous ne le croyons pas: la coagulation qu'il obtient est périphérique, et risque fort d'obstruer, rénales, mésentérique supérieure ou tronc cœliaque.

Ces anévrysmes sont donc d'une gravité exceptionnelle car on y est presque désarmé. Le mieux paraît de tenter une ligature de la partie

toute basse de l'aorte thoracique, mais une ligature lente, progressive, laissant à la circulation collatérale le temps de se développer et permettant alors une réinjection de l'aorte sous-jacente; on a le choix entre divers procédés, nous retiendrons celui de Boerema (striction progressive par laminaire), ou encore le simple enrobement avec striction modérée de l'aorte par des lames de polythène; il semble que la sclérose progressive permet d'obtenir une occlusion complète de l'aorte en quelques semaines.

Anévrysme de l'aorte descendante.

Seuls Lam et Aram ont actuellement tenté l'exérèse d'un tel anévrysme. Voici le résumé de leur observation :

Observation de Lam et Aram. — Homme de 56 ans, se plaignant de douleurs thoraciques très intenses. Syphilis connue. Découverte d'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante. Intervention le 2 Avril 1950. 6e côte gauche avec section des cols des 4e, 5e et 7e côtes. Anévrysme fusiforme de la taille d'un gros pamplemousse, laissant un court segment d'aorte saine au pied de la sous-clavière et atteignant en bas le diaphragme. Ligature de 6 artères intercostales à la partie toute supérieure. Clampage. Section. Intubation de l'aorte par un tube de lucite de 18 cm, d'un diamètre de 1,9 cm habillé d'une homogreffe aortique. Le temps de clampage nécessaire à la pose du tube a été de 24 mn et un incident oblige à un deuxième clampage de 15 mn. Fixation de la greffe, complètement en haut, aux 2/3 en bas. Les clamps sont à nouveau serrés, le tube de lucite retiré et l'anastomose inférieure terminée.

Le sac apparaît absolument flasque, vide de sang, aucune intercostale perméable ne semble le remplir. Il est laissé en place.

Dans les suites opératoires, parésie des deux membres inférieurs rétrocédant en 48 h. Sortie le 42e jour.

Admis à nouveau le 28 juin en très mauvais état. Tableau de suppuration. Décès le soir même, sans signe d'hémorragie.

A l'autopsie, les anastomoses sont perméables, la greffe est sur le point de se fissurer au contact de la poche anévrysmale qui est pleine de pus.

Médiastinite suppurée.

Nous pensons cette intervention justifiée.

Actuellement on doit pouvoir réussir la résection d'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante, encore limité, chez un sujet en bon état cardiaque, capable de supporter un bref clampage. Nos préférences iraient au procédé de Schaffer et Hardin, la mise en place des tubes de polythène étant plus simple que l'intubation aortique.

Recule-t-on devant l'exérèse, c'est alors peu probable que les conditions locales permettent un Wrapping total et le Wiring reste sans doute la seule méthode palliative capable de prolonger l'évolution.

Un cas particulier. L'anévrysme associé a une coarctation.

Obs. nº 6. — Tr... Jacques, 27 ans. Tableau typique de coarctation, fémorales à peine perceptibles. T. A. à 19-12 (bras gauche), 20-12 (bras droit). Dyspnée discrète. Gros cœur. Bloc de branches droit. Intervention le 8 Juillet 1952 (Ch. Dubost). Thoracotomie postérieure avec résection de la 5e côte. Il s'agit d'une coarctation typique mais compliquée d'un anévrysme gros comme une cerise développé sur l'origine de la première intercostale sous-jacente au rétrécissement (fig. 16).

Après contrôle de la sous-clavière, de l'aorte en amont et de l'aorte en aval du rétrécissement, après section et ligature du ligament artériel, l'aorte est sectionnée entre deux pinces de Potts de part et d'autre de la sténose. Le bout supérieur est libéré, le bout inférieur basculé pour ligature de deux intercostales gauches, d'une grosse artère œsophagienne et de deux intercostales droites.

La libération de ce segment d'aval est suffisante pour faire passer la section

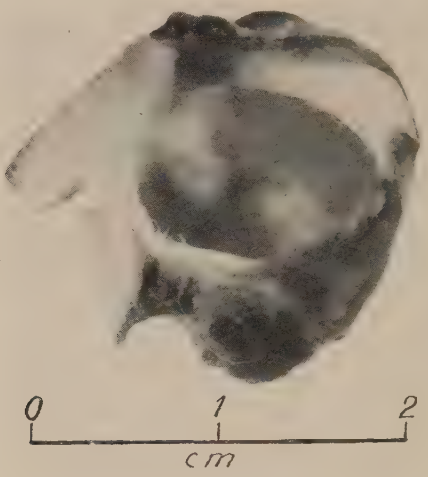


Fig. 16 (obs. nº 6). — Coarctation. Petit anévrysme, développé au niveau de l'origine d'une intercostale.

aortique au-dessous de l'anévrysme et pour le mobiliser assez vers le haut pour faire une anastomose aorto-aortique termino-terminale, sans interposition d'un greffon. Anastomose en 3/3 sans incident, étanche à l'ablation des clamps. Pleuralisation. Un drain déclive. Paroi habituelle en 5 plans.

Les observations d'anévrysme associé à une coarctation sont assez nombreuses et, en 1943, Alexander et Byron en avaient traité 1 cas par l'exérèse sans rétablissement de la continuité : leur opéré devait mourir 2 ans plus tard d'hémorragie cérébrale. Schumacker paraît être le premier à avoir réalisé l'intervention complète. Dans le cas de Swan et collaborateurs, l'anévrysme, important, laissa après son exérèse une perte de substance de 8 cm qui dut être greffée. Dans les 19 observations de coarctation traitées par Gross et qui nécessitèrent une greffe artérielle, nous relevons 3 cas d'anévrysmes associés.

Ces anévrysmes peuvent être de types divers (fig. 17). Exceptionnellement (1 cas de Santy), il s'agit d'une petite dilatation anévrysmale susjacente au rétrécissement.

En règle, l'anévrysme est sous-jacent, le plus souvent petit anevrysme sacciforme développé sur la paroi latérale aortique, parfois au niveau du départ d'une intercostale qui est elle-même dilatée (observation personnelle).

Plus rarement, dilatation fusiforme de l'aorte, mais rarement de taille importante (le cas de Swan, 8 cm, semble unique).

Leur pathogénie est discutée (comme, en général, celle des dilatations anévrysmales siégeant en aval d'un rétrécissement). On y retient cependant leur siège, fréquemment situé juste en face de l'orifice du rétrécisse-

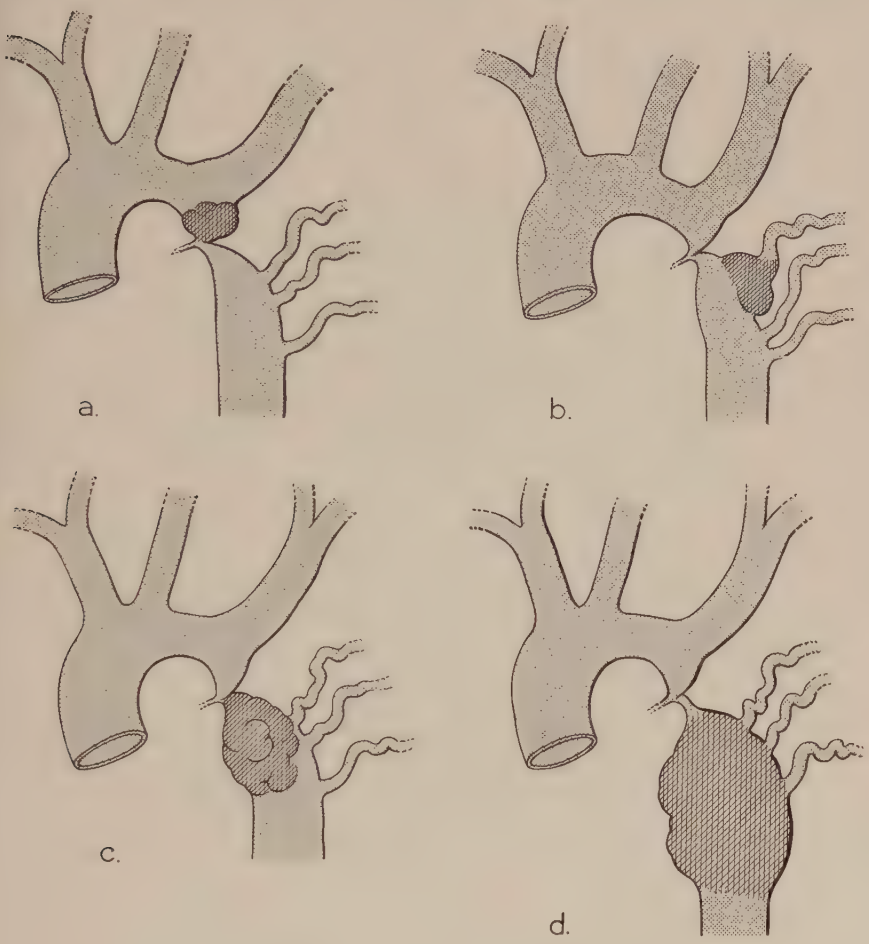


Fig. 17. — Coarctations associées à un anévrysme.
a) Petit anévrysme sus-jacent au rétrécissement (exceptionnel); *b*) Petit anévrysme sous-structural, développé au niveau de l'origine d'une intercostale; *c*) Autre type fréquent; *d*) Anévrysme fusiforme, de taille importante (rare).

ment comme si la paroi artérielle se laissait distendre par la force du jet sanguin sortant du gicleur aortique.

Du point de vue thérapeutique, ces anévrysmes ne nous retiendront guère. L'exérèse doit en être réalisée conjointement à celle du rétrécissement et elle le sera facilement. Tout est ici simplifié à l'extrême : pas de limite dans la durée du clampage (comme dans toute coarctation), parois artérielles saines, donnant toute sécurité aux sutures.

La greffe elle-même n'est pas toujours nécessaire, nous avons pu nous en passer en libérant le bout inférieur, d'autres artifices permettraient peut-être de l'éviter, telle l'anastomose de la sous-clavière sectionnée au bout périphérique de l'aorte, à la manière de Blalock.

Segment 2. Aorte horizontale.

En principe, l'exérèse n'est à tenter que pour les anévrysmes sacciformes développés au niveau d'une face muette. Le seul cas connu est celui d'Olivier Monod qui put mener à bien, par thoracotomie gauche (5e côte), la résection d'un anévrysme de la crosse et sutura la face latérale de la crosse aortique. Un point est à noter dans son observation, l'étiologie de cet anévrysme qui reste mystérieuse. Sûrement pas syphilitique, il serait peut-être dû à un diverticule congénital, ou à un processus d'aortite disséquante au début.

Que faire dans les cas courants de gros anévrysme de la crosse ?

Seuls Schaffer et Hardin ont osé pratiquer la résection de la crosse aortique. Voici le résumé de leur observation.

Observation de Schaffer et Hardin. — Noir de 60 ans, porteur d'un anévrysme syphilitique de la crosse aortique, déjà fissuré dans la plèvre droite.

Sternotomie transversale débordant à droite dans le 1er et à gauche dans le 3e espace intercostal. Mise en place de 4 tubes de polythène, établissant un shunt entre l'aorte à son origine, l'aorte descendante et les 3 branches de la crosse.

Fibrillation cardiaque irréversible.

Mise en place des clamps. Résection de la crosse aortique. Suture de l'homogreffe. Durée du clampage : 2 h 1/2.

Le cœur défibrillé cesse de battre 1 h après la fin de l'intervention.

Ce que nous avons dit des recherches expérimentales de C. Hardin lui-même fait paraître cette tentative comme déraisonnable, à l'heure actuelle. Peut-être sera-t-elle réalisable dans un proche avenir.

Les méthodes palliatives restent notre seule arme : encore faut-il savoir en user.

Dans les anévrysmes de la crosse *non extériorisés*, l'exploration est légitime par thoracotomie gauche ou mieux par sternotomie transversale agrandie dans les deux espaces qui donne un jour remarquable sur la totalité de la crosse. Un Wrapping complet n'est pas réalisable, la mise en place de simples bandes de polythène, défendue par certains, nous paraît un peu illusoire. Nous n'en avons guère obtenu de résultats. Il faut, pensons-nous, adjoindre la coagulation intra-sacculaire par Wiring et *Wiring à chaud*.

Lorsque l'anévrysme est *extériorisé*, la simple exploration est grevée d'une lourde mortalité par rupture per-opératoire. Il faut absolument y renoncer et pratiquer comme le conseille Thomeret, un *Wiring*, mais par *voie percutanée*, avec au besoin un contrôle radiologique per-opératoire, en prenant, rappelons-le, de grandes précautions d'asepsie.

Aorte thoracique ascendante.

Tuffier lia la base d'un anévrysme sacciforme de l'aorte ascendante, puis l'extirpa. Son opéré survécut 13 jours.

Nous crûmes couronnée de succès l'intervention suivante :

Obs. n° 7 (fig. 18, 19, 20 *a*, *b*, *c*, *d* et 21). — Mme V..., 41 ans, se plaint depuis quelques mois de vertiges et de palpitations, de sensations d'étouffement. Consultant en Novembre 1950, on découvre un centre de battements au 2e espace intercostal droit avec impulsion et choc systolique; il n'existe pas de frémissement

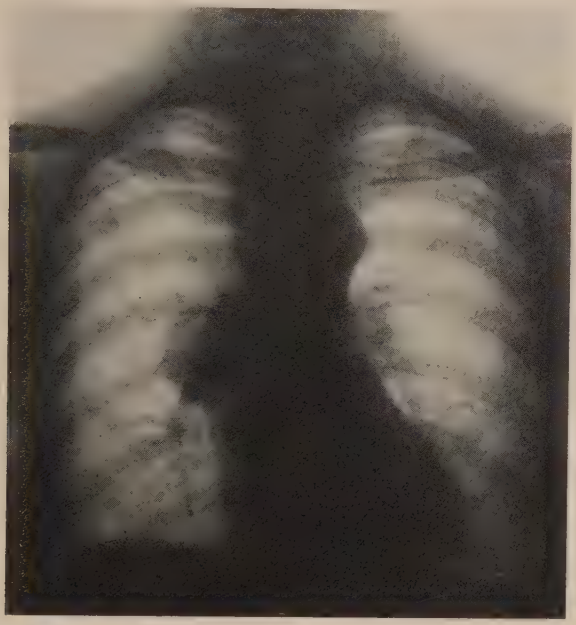


Fig 18 (obs. n° 7). — Anévrysme de l'aorte thoracique ascendante. Cliché de face.

à ce niveau. Par contre, un double souffle est audible, souffle systolique bref, souffle diastolique plus allongé et plus intense.

La T. A. est à 14-8. Les artères périphériques, les réflexes sont normaux.

La sérologie est positive depuis 1948, date à laquelle un traitement bismuthique, complété par la pénicilline fut entrepris sans qu'il soit possible d'obtenir la négativation du B.-W.

L'électrocardiogramme est normal.

L'examen radiologique fait découvrir, sur le bord droit du pédicule, une voussure extrêmement pulsatile, présentant au niveau du hile droit une image hémisphérique.

Le hile gauche est normal.

Par ailleurs, la silhouette cardiaque est normale, ainsi que l'arc moyen et l'hémicercle aortique.

Une angiocardiographie (docteur M. Durand) confirme le diagnostic d'anévrysme de l'aorte ascendante et permet d'en préciser les limites : il s'agit vraisemblablement d'une ectasie intra-péricardique, à égale distance de la base du cœur et de l'origine du tronc artériel brachio-céphalique.

Il est vraisemblable enfin que sa base d'implantation est large et qu'elle est reliée à l'aorte par un important pédicule; cette dernière présente un calibre nettement augmenté, ce qui laisse présumer qu'il sera possible de la clamper latéralement.

Intervention le 13 Juillet 1951 (Ch. Dubost). Thoracotomie droite antérieure avec résection de la 3e côte et sternotomie horizontale mordant sur le 3e espace gauche.

Le jour obtenu est excellent et permet de reconnaître que l'anévrysme gros comme une mandarine, semble développé presque entièrement dans le sac péricardique.

L'opération est conduite dans les temps suivants :

Ouverture du péricarde en avant de l'auricule droit. Le doigt introduit dans la

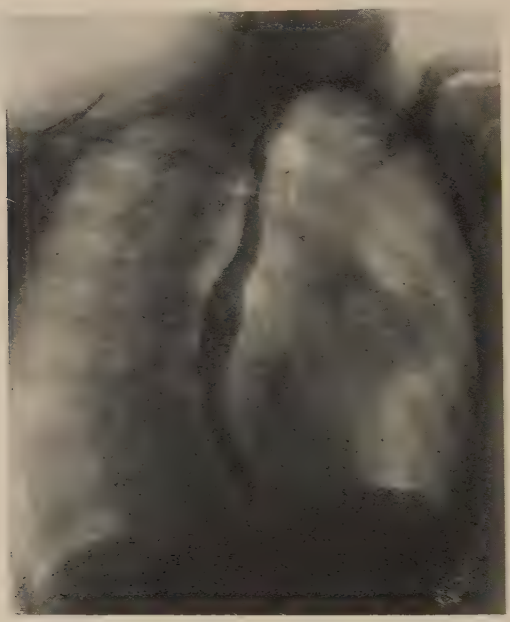


Fig. 19 (obs. nº 7). — Profil.

cavité péricardique peut faire le tour presque complet de l'anévrysme, sauf en arrière où la soufflure distend la ligne de réflexion du péricarde.

Dégagement de l'ectasie par en avant, puis par en arrière en se maintenant au ras des deux veines caves qui sont très au contact.

On arrive ensuite à libérer la circonférence entière de l'anévrysme et toute la face antérieure, de l'aorte ascendante.

Clampage latéral de l'aorte par deux clamps de Brock.

Résection des deux tiers environ de la poche.

En raison de l'impossibilité de suturer l'aorte en territoire sain, on est amené à pratiquer une suture par l'intérieur du sac, suture menée d'une extrémité à l'autre et complétée par 3 ou 4 étages supplémentaires de rapprochement des faces, jusqu'au bord libre qui est enfin suturé.

La suture, étanche à l'ablation des clamps, dessine une aorte ascendante à peu près normale comme calibre, mais doublée au niveau de la résection du sac d'un matelas de 1 cm environ d'épaisseur.

Quelques tissus péricardiques sont rabattus à la surface et on complète par la

mise en place d'une lame de cellophane qui entoure les faces antérieure et externe de l'aorte.

La lame est fixée par quelques points aux tissus pleuraux avoisinants.

Le péricarde est laissé largement ouvert.

La sternotomie est rapprochée par un fil de nylon en X.

Paroi, nylons perdus après aspiration.

L'examen histologique montre la présence de lésions de type athéromateux et de lésions spécifiques.

Suites opératoires : simples au début, elles se compliquent dans la 2e semaine

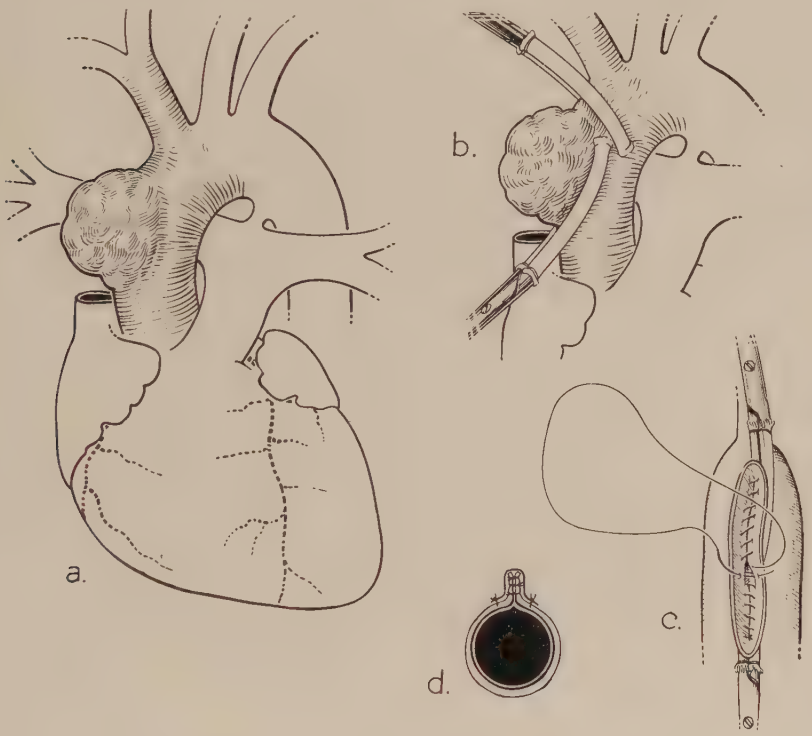


Fig. 20. — Schémas opératoires, *a*, *b*, *c*, *d*.

d'une très importante réaction fébrile de la base droite, due vraisemblablement à une irritation pleurale par la cellophane.

Les antibiotiques en viennent à bout en 15 jours.

On assiste à un nettoyage progressif de l'image thoracique opaque, que ne laisse plus en définitive persister qu'une opacité floue péri-hilaire.

La malade sort du service, apyrétique, 2 mois après son intervention.

En fait, cette femme devait mourir brutalement 6 mois plus tard par hémoptysie foudroyante (pas d'autopsie).

Nos sutures portaient en tissu pathologique, une nouvelle ectasie suivie de rupture a dû s'y reproduire.

Il nous paraît intéressant de souligner quelques points de cette observation.

1° La voie d'abord choisie a été la sternotomie horizontale, au niveau de la 3e côte droite réséquée. Cette incision nous a donné un jour considérable et nous a permis de manœuvrer très à l'aise dans le médiastin au contact de l'auricule et des veines caves.

2° La ligne de réflexion péricardique passait à cheval sur l'anévrysme : la séreuse a constitué une gêne au niveau de la partie postérieure de l'ectasie dans la région de la veine cave, qui était dangereusement proche et adhérente.

3° La poche anévrysmale, dont la paroi était d'une grande minceur,

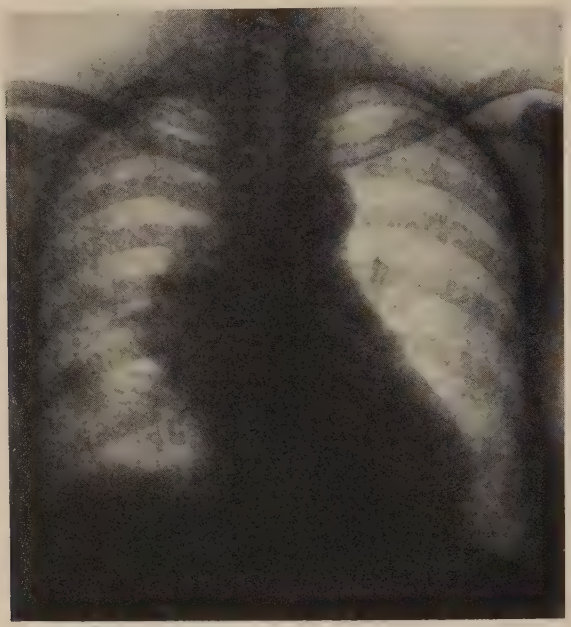


Fig. 21. — Cliché post-opératoire.

était libre de caillots. La paroi aortique voisine paraissait d'épaisseur et de consistance normales.

4° Après ablation du sac, nous n'avons pas voulu nous contenter d'une seule ligne de sutures : nous avons préféré faire trois étages superposés de surjets à l'intérieur des parois aortiques.

Nous avons ainsi obtenu une sorte de coussinet épais, doublant la paroi de l'aorte et constituant, à nos yeux, une garantie contre une possible déchirure. Nous avons enfin voulu parfaire et assurer le résultat par l'enrobement de l'aorte à l'aide d'une lame de cellophane fixée par quelques points à l'adventice vasculaire.

5° Nous pensons que la complication médiastine pleurale des suites opératoires peut être due à l'irritation créée par cette lame de cellophane.

6° 3 semaines après l'intervention, nous avons eu la surprise de constater la négativation de la sérologie, demeurée immuablement positive depuis 3 ans.

Cette négativation ne peut être le fait des faibles doses de pénicilline administrées à la malade.

Il faut y voir, croyons-nous, l'équivalent de la guérison de l'endocardite bactérienne après ligature du canal artériel infecté : l'ablation de la poche anévrysmale aura supprimé le foyer originel de la tréponémie.

Une telle tentative n'est justifiée que pour un anévrysme latéral.

Le Wrapping d'un anévrysme circulaire nous paraît dangereux, la dissection d'avec la veine cave supérieure et surtout d'avec l'artère pulmonaire pouvant entraîner des accidents incontrôlables. Sans doute, vaut-il mieux s'abstenir ou tenter d'un Wiring à chaud que l'on fera percutané en cas d'altération osseuse.

Conclusions.

Actuellement la majorité des anévrysmes de l'aorte sont des anévrysmes thoraciques, syphilitiques. Il est vraisemblable que ceux-ci se feront de plus en plus rares, la syphilis beaucoup moins fréquente guérissant le plus souvent sans séquelle. C'est là un fait heureux car le traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique reste assez décevant. Ils bénéficient de la chirurgie, mais l'acte doit être mené avec une prudence extrême, sous peine d'une mortalité considérable. Au niveau de la crosse, seul un anévrysme de taille encore modeste, sans aucun signe d'extériorisation, mérite l'exploration sanglante : un sac latéral pourra parfois être réséqué, mais l'on sait les dangers de rupture secondaire de ces sutures faites en terrain pathologique. La résection de la crosse suivie de greffe reste du domaine expérimental, il n'en va pas de même dans la cure des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante : la possibilité de clamper l'aorte thoracique après établissement d'un shunt est établie et la résection suivie de greffe mérite d'être tentée.

En pratique, cependant, l'opération qui sera le plus souvent pratiquée sera un Wiring, obtenant par électro-coagulation thermique une coagulation endo-sacculaire partielle et certainement salutaire.

L'anévrysme athéromateux de l'aorte abdominale est beaucoup plus accessible à la chirurgie. L'âge avancé du malade, la diffusion de l'athérome, un clampage aortique mal supporté pourront obliger à réaliser une simple intervention palliative. L'enrobement circulaire, total, de l'anévrysme par une lame de cellophane paraît réaliser une garantie provisoire, sinon complètement efficace contre la rupture.

Le pronostic sera beaucoup plus réservé devant un anévrysme extériorisé ou englobant les artères rénales, on pourra tenter un Wiring ou une ligature progressive de l'aorte sus-jacente; la légitimité de telles interventions est presque discutable devant l'inconstance de leurs résultats.

Mais la cure des anévrysmes abdominaux sous-rénaux par exérèse suivie de rétablissement de la continuité par greffe est maintenant entrée dans le domaine pratique. Elle nous a donné, et a donné à Brock de belles guérisons. Quel sera l'avenir éloigné de ces malades porteurs de longues homo-greffes, c'est là une question à laquelle nous ne saurions encore répondre.

Nous avons voulu montrer ici que l'anévrysme de l'aorte ne mérite plus l'effroi et l'aveu d'impuissance. C'est une affection chirurgicale, dont le siège, le type, l'étiologie seront précisés avec soin en vue de réaliser une thérapeutique active, souvent palliative, mais qui pourra être curatrice.

Bibliographie.

O. A. Abbott. — Clinical Experiences with the Application of Polythene Cellophane upon Aneurysms of the thoracic Vessels. *The Journal of Thoracic Surgery*, **28**, n° 4, 1949, p. 435-461.

J. Alexander, F. Byron. — Aortectomy of thoracic Anevrysm. *J. A. M. A.*, **126**, 1944, p. 1139.

I. Boerema. — La ligature lente dans le traitement de l'anévrysme. *La Presse Médicale*, n° 59, 19 Septembre 1951, p. 1205.

R. C. Brock. — Discussion on reconstructive arterial. *Proceedings Surgery of the Royal Society of Medecine*, 5 Novembre 1952, p. 115-121.

A. Carrel. — Experimental Surgery of the thoracic Aorta by the Method of Meltzer et Amer. *J. A. M. A.*, **54**, 1910, p. 25.

J. F. Cier et A. Geller. — L'occlusion de l'aorte thoracique. Étude expérimentale. *Lyon Chirurgical*, **46**, 1951, p. 562-572.

H. W. Clatworthy et R. L. Varco. — A small bore Polythene Shunt to prevent mechanical Shock after prolonged cross Clamping of the thoracic Aorta. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med*, **74**, 1950, p. 434.

W. S. Mac Cune et B. Blades. — The viability of long blood Vessel Grafts. *Annals of Surgery*, **134**, n° 4, Août 1951.

Ch. Dubost, M. Allary et N. Œconomos. — Traitement chirurgical des anévrysmes artériels. Le rétablissement de la continuité après exérèse par l'emploi de greffes artérielles. *La Sem. Hôp.*, Paris, **27**, n° 69, 18 Septembre 1951, p. 2678-2685.

Ch. Dubost et Heim de Balsac. — Anévrysme de l'aorte ascendante. Exérèse. Guérison. *Mémoires de l'Académ. de Chirurg.*, **77**, 26 Octobre 1951, p. 858-863.

Ch. Dubost, M. Allary et N. Œconomos. — A propos du traitement des anévrysmes de l'aorte. Rétablissement de la continuité par greffe d'aorte humaine conservée. *Mémoires de l'Académie de Chirurg.*, **77**, 18 Avril 1951, p. 381-383.

Ch. Dubost, N. Œconomos, A. Lemoine et F. Robert. — Anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale. Résection. Rétablissement de la continuité aorto-iliaque par une greffe d'aorte humaine conservée longue de 15 cm. *Mém. de l'Académie de Chirurgie*, **79**, 4 Mars 1953, p. 227-232.

N. E. Freeman et F. H. Leeds. — Greffe veineuse interne pour le traitement des anévrysmes et des thromboses de l'aorte abdominale. *Angiology*, n° 6, 2 Décembre 1951, p. 579-586.

R. E. Gross. — Treatment of certain aortic Coarctations by homologous Grafts. A report of nineteen Cases. *Annals of Surgery*, **134**, n° 4, Octobre 1951, p. 752-768.

C. A. Hardin, T. L. Batchelder et P. W. Schafer. — The temporary use of Polythene Shunts in the Resection and homologous Graft replacement of the aortic Arch in the Dog. *Surgery*, **32**, n° 2, Août 1952, p. 219-226.

C. A. Hufnagel. — Résection and Graft of the thoracic Aorta with minimal Interruption of the Circulation (abstract). *Bull. Ann. Surg.*, **34**, 1949, p. 38.

R. J. Izant, C. A. Hubay et W. D. Holden. — A non suture aortic Shunt. An experimental Study. *Surgery*, **33**, n° 2, Février 1953, p. 233-243.

J. Johnson, C. K. Kirby et S. D. Hardy. — Aneurysm Formation in experimental Vein Grafts in the Thoracic Aorta. *Surgery*, **33**, n° 2, Février 1953, p. 206-212.

C. R. Lam et H. H. Aram. — Resection of the descending Aorta for Aneurysm. A report of the use of a Homograft in a Case and an experimental Stury. *Annals of Surgery*, **134**, n° 4, Octobre 1951, p. 743-752.

L. Leger, L. Rouques et C. Couinaud. — Anévrysme de l'aorte abdominale. Tentative de traitement chirurgical. *La Presse Médicale*, n° 39, 15 Juin 1949, p. 548-549.

R. Leriche, J. Kunlin et C. Bœly. — Contribution à l'étude expérimentale de la suppression partielle ou totale de la circulation aortique à divers niveaux. *Lyon Chirurgical*, **46**, 1951, p. 405-410.

I. C. Middleman et N. W. Orey. — Cellophane Wrapping of an abdominal aortic Aneurysm. *Surgery*, nº 6, 25 Juin 1951, p. 895-899.

O. Monod. — Résection d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Suture latérale de l'aorte et conservation du cours du sang dans le vaisseau. Guérison à distance. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **75**, 19 Janvier 1949, p. 52-58.

J. Patel et P. Torre. — Chirurgie des anévrysmes aortiques; l'état actuel de la question. *La Presse Médicale*, nº 54, 18 Septembre 1948, p. 639-641.

C. A. Pettavel et J. P. Crosetti. - Anévrysme de l'aorte abdominale traité par le procédé du Wiring. *Mem. de l'Académie de Chirurgie*, **77**, p. 372-376.

P. W. Schafer et C. A. Hardin. — The use of temporary Polythene Shunts to permit Occlusion. Resection and frozen homologous Graft Replacement of vital Vessel Segments. *Surgery*, nº 2, 31 Février 1952, p. 186-200.

H. B. Schumacker. — Coarctation and Aneurysm of the Aorta. *Annals of Surgery*, **127**, 1948, p. 655.

H. Swan, C. Maaske, M. Johnson et R. Grouer. — Arterial Homografts, Resection of thoracic aortic Aneurysm using a stored human arterial Transplant. *Archives of Surgery*, **61**, 1950, p. 73.

D. de Takats et M. R. Marshall. — Surgical Treatment of Aneurysms of abdominal Aorta. *Archives of Surgery*, **64**, nº 3, Mars 1952, p. 307-319.

G. Thomeret. — Cure très heureuse par enveloppement de cellophane au polythène d'un anévrysme vrai de l'aorte abdominale. *Mem. de l'Académie de Chirurgie*, **77**, 10 Janvier 1951, p. 39-42.

G. Thomeret, J. Coursajet et P. Bardin. — Un cas d'anévrysme extériorisé de l'aorte thoracique traité par coagulation électrothermique intra-vasculaire. *Mém. de l'Académie de Chirurgie*, **77**, 24 Octobre 1951, p. 846-851.

A. G. Weiss et J. Witz. — Traitement des anévrysmes de l'aorte par enveloppement au cellophane polythène. Deux observations personnelles. *Mém. de l'Académie de Chir.*, **77**, 21 Novembre 1951, p. 1078-1083.

Centre d'Étude et Prophylaxie de l'Hydatidose. Ministère de la Santé Publique. République Orientale de l'Uruguay (Directeur : Docteur Velarde Pérez Fontana).

Le traitement chirurgical du kyste hydatique du poumon, par la méthode uruguayenne ou extirpation du périkyste.

Par M.

Velarde PEREZ FONTANA

(Montevideo, Uruguay).

Le 19 Décembre 1947, nous avons présenté à la Société uruguayenne de Pédiatrie de Montevideo, les 8 premiers cas de cette opération du kyste hydatique du poumon.

Jusqu'à présent, pendant 5 ans, nous avons opéré plus de 300 cas de kystes hydatiques du poumon dans notre service de chirurgie des enfants de l'Hôpital Pereyra Rossell et au Dispensaire de l'Hydatidose, de l'Hôpital Pasteur.

La technique opératoire est à présent bien établie et pratiquée dans le monde entier. C'est un résumé de notre communication au Ier Congrès Mondial d'Hydatidose, réuni à Alger en Mai 1951, que nous présentons ici.

Il y a 3 méthodes pour opérer le kyste hydatique du poumon :

1° La méthode de Thomas (1889) qui consiste en l'extirpation en un ou deux temps de la membrane parasitaire, avec ou sans marsupialisation du sac adventitiel.

2° La deuxième méthode consiste en l'extirpation du lobe pulmonaire où siège le kyste.

3° La troisième est l'opération que nous avons décrite en 1947, sous le nom de méthode uruguayenne et consiste en l'extirpation totale de la membrane fibreuse périkystique qui enveloppe la vésicule parasitaire. Nous avons décrit aussi les variétés de cette opération imposées par les conditions opératoires. Parfois il faut pratiquer une extirpation partielle du sac adventitiel, d'autres fois s'impose une lobectomie partielle ou segmentaire. Toutes ces éventualités ont été signalées dans notre travail original.

La méthode de Thomas était réalisée par plusieurs procédés. A. Posadas (1895) faisait un lambeau thoracique et extirpait la vésicule hydatique intacte, sans la crever. Après l'ouverture du sac adventice, qu'il fermait après l'extraction de l'hydatide, Posadas fermait le thorax sans drain.

Nos maîtres Lamas et Mondino (1916) décrivirent un procédé basé sur la méthode de Thomas. Opération en 2 temps. Ouverture du thorax par

résection d'une côte (parfois deux). Tampon de gaze pour provoquer des adhérences entre plèvre pariétale et plèvre viscérale. 9 jours après, ouverture du kyste, sans anesthésie, à travers les adhérences formées.

Le procédé de Lamas était considéré comme l'opération d'élection, sa technique était simple mais les suites opératoires et les complications immé-

Fig. 1. — Les deux portions anatomiques du kyste sont très bien différenciées dans la radiographie.

Une ombre ténue, de transparence semblable à celle du cœur, correspond à la portion d'implantation parenchymateuse du kyste. Le reste de l'image d'ombre, plus foncé, répond au sac d'expansion. Dans ce cas fut pratiquée une lobectomie. L'étude de la pièce opératoire démontra que la corrélation anatomo-radiologique était parfaite.

diates, suppuration pleurale, hémorragie post-opératoire, étaient très fréquentes. Les suites éloignées de l'opération furent très bien connues après que la bronchographie fut devenue de pratique courante.

Depuis 1936 nous avons abandonné l'opération de nos anciens maîtres Lamas et Mondino, pour opérer, sous anesthésie locale ou générale, à thorax ouvert, sans intubation, tous les kystes, hyalins ou suppurés.

C'est dans notre service de chirurgie d'enfants que nous avons eu l'occa-

sion de constater pendant les opérations, que le sac adventitiel très gros et à parois fibreuses, est une lésion irréversible.

L'installation d'un équipement d'anesthésie par intubation et d'un service de transfusion de sang et d'oxygénothérapie, nous donna la possibilité de tenter l'extirpation de la membrane fibreuse. Le matériel de kystes hyda-

Fig. 2. — Les deux portions anatomiques du kyste sont très bien différenciées dans la radiographie.

Une ombre ténue, de transparence semblable à celle du cœur, correspond à la portion d'implantation parenchymateuse du kyste. Le reste de l'image d'ombre, plus foncé, répond au sac d'expansion. Dans ce cas fut pratiquée une lobectomie. L'étude de la pièce opératoire démontra que la corrélation anatomo-radiologique était parfaite.

tiques que nous avons sous la main est le plus important qui ait jamais existé dans l'histoire de cette affection.

Notre conviction basée sur l'étude de la pathologie de la maladie c'est que la seule manière de guérir un kyste hydatique du poumon c'est de pratiquer l'ablation du sac fibreux qui entoure la vésicule parasitaire.

Tous les kystes hydatiques du poumon ont une implantation périphérique comme en général tous les kystes d'autres localisations viscérales.

Le kyste hydatique du poumon se compose de 2 parties, l'une parenchymateuse et l'autre fibreuse. La première répond à l'implantation primitive du parasite, la seconde à l'expansion hors du parenchyme par suite de la croissance du kyste. La portion parenchymateuse est en relation avec les bronches (de 3e ou 4e degré) et les vaisseaux artériels et veineux. L'entrée de la bronche principale dans la portion parenchymateuse de la zone périkystique forme un pédicule (fig. 8 et 9).

Le sac d'expansion, sous-séreux ou intra-scissural, est relié à la portion viscérale par un collet fibreux; cette dernière portion a la même structure que les membranes consécutives d'enkystement.

Tous les kystes hydatiques ont une topographie antérieure, comme l'arbre bronchique, tous les kystes ont un pédicule. Le kyste du poumon est

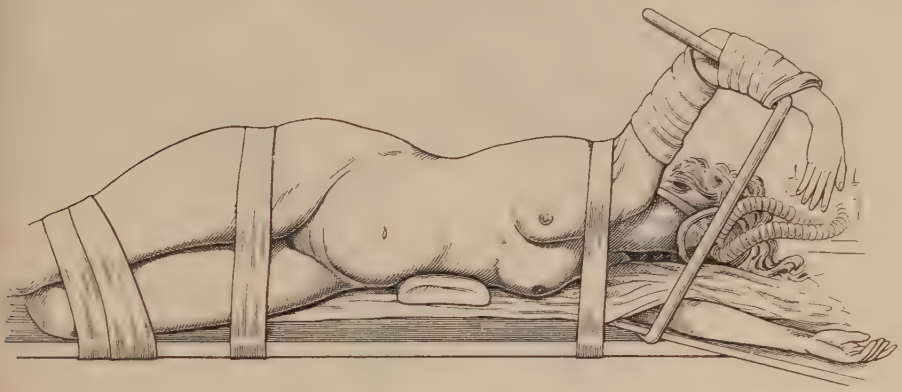


Fig. 3. — *Attitude du sujet.* Le sujet est placé dans la position de décubitus latéral en position oblique antérieure. Le thorax est soulevé par un coussin cylindrique. Le bras libre en abduction à 90° est fixé par un support. Le membre inférieur déclive avec flexion du genou et le membre libre en extension, sont fixés avec un bandage ou un ruban de sparadrap.

appendu au pédicule comme une poire à son pédoncule. Le pédicule peut être situé au-dessus ou au-dessous du kyste, en arrière ou en avant.

Les kystes des lobes inférieurs évoluant vers les scissures ont un pédicule inférieur. Tous les kystes postérieurs ont un pédicule antérieur.

La visualisation radiographique du pédicule peut être obtenue avec l'angiographie. Pour le travail de routine la radiographie de face, de profil et parfois une autre, en oblique antérieure, suffisent.

Le point d'implantation du kyste a une transparence voisine de celle du parenchyme pulmonaire. Le sac d'expansion donne une ombre plus dense, comme les réactions de la plèvre en général. Ces données sont très importantes pour déterminer le lieu de l'incision (fig. 1 et 2).

Technique opératoire de l'extirpation de la membrane périkystique. Anesthésie générale. Intubation.

Position du malade : décubitus latéral oblique antérieur. Le membre inférieur appliqué sur la table en flexion, l'autre en extension. Le membre supérieur pendu au pli du coude (fig. 3).

Incision : *Thoracotomie antérieure sans résection costale.* — Commencer l'incision sur la ligne chondro-costale un espace intercostal au-dessus de ce qui va être ouvert (fig. 4). On libère le bord antérieur du grand dorsal qui est ensuite élongé sous les doigts. La seconde couche musculaire formée par le grand dentelé en arrière est levée en une seule couche sous forme de lambeau. L'espace intercostal choisi est ouvert au bistouri (fig. 5). On récline le grand dorsal et, avec les ciseaux, on ouvre l'espace choisi, l'angle costo-vertébral en arrière. En avant, les muscles intercostaux sont coupés jusqu'au sternum. La main explore le thorax pour déterminer l'existence d'adhérences, le siège et le volume du kyste. La libération du poumon

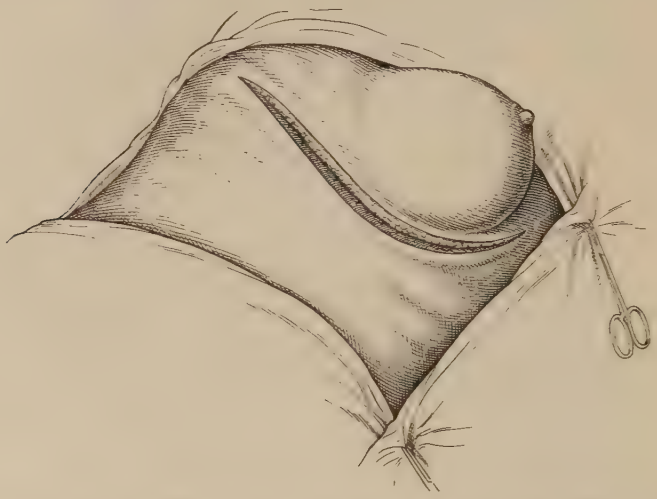


Fig. 4. — Il faut repérer l'incision avant de dresser le champ opératoire. L'incision commence à l'union chondro-sternale de la côte située au-dessus de l'espace intercostal qui doit être ouvert; elle descend, en forme curviligne, le long de l'espace qui est au-dessous de celui qui doit être ouvert, et remonte suivant la direction des côtes jusqu'à empiéter sur le bord antérieur du grand dorsal. L'incision va du bord externe de la digitation externe du grand droit antérieur de l'abdomen et dépasse en arrière le bord antérieur du grand dorsal.

est une condition indispensable pour bien opérer. Après l'exploration et la libération du poumon, les deux branches de l'écarteur de Finochietto sont introduites dans le thorax. La crémaillère ouvre doucement les branches, les articulations chondro-sternales cèdent par disjonction. Les côtes supérieures séparées se lèvent; les côtes inférieures sont poussées et le thorax s'ouvre. Présentation du kyste dans le champ opératoire et protection avec des compresses tièdes.

Dans les kystes hyalins, l'hydatide peut être enlevée entière à la manière de Posadas (fig. 7); si le kyste a donné lieu à une vomique ou est suppuré, ouverture du périkyste et aspiration à ciel ouvert.

L'étude des conditions d'implantation du kyste, la quantité de parenchyme utile, sont indispensables pour déterminer l'opération que l'on doit pratiquer.

Si le kyste occupe tout un lobe, la lobectomie est l'opération d'élection; si le kyste affleure par une grande surface, la résection segmentaire du pou-

mon est indiquée; si le kyste est petit et situé dans une ligule, l'ablation en bloc du parasite et du sac fibreux, pourra être pratiquée facilement. Si le kyste est logé par son sac d'expansion dans une scissure, il faudra le séparer doucement de son logis séreux (fig. 8).

On commence le décollement de la membrane périkystique sur le lieu

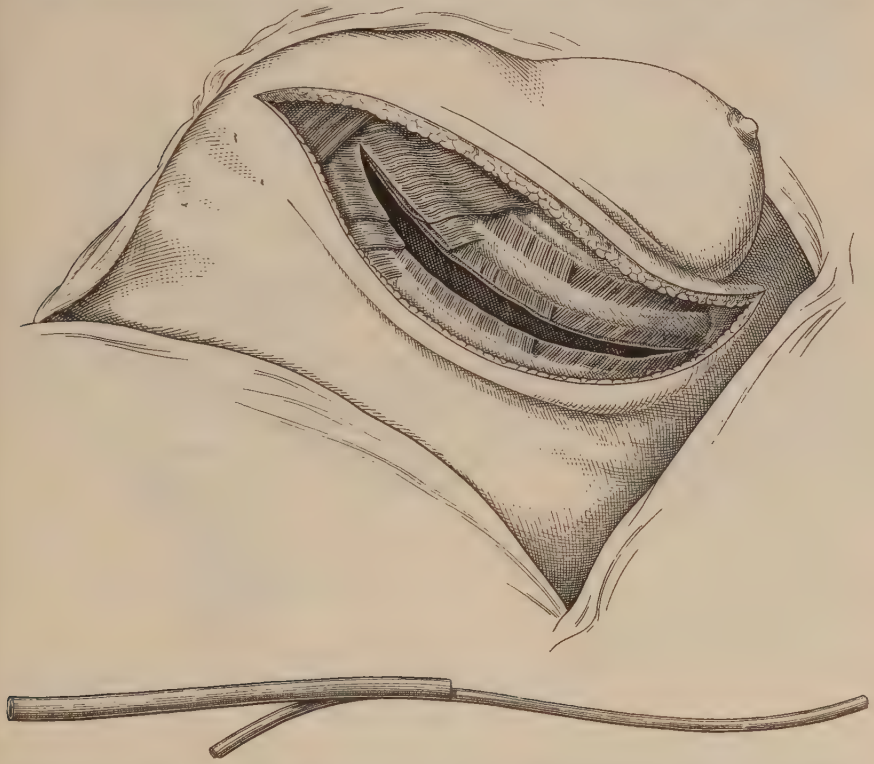


Fig. 5. - On soulève le bord supérieur de la plaie formant lambeau, sur une étendue de 3 à 5 cm.

Le bord antérieur du grand dorsal est libéré et élongé entre les doigts. Les fibres du muscle grand dentelé sont dissociées sur l'espace intercostal choisi pour la thoracotomie (le 6e espace est celui d'élection). L'espace est ouvert du sternum jusqu'à l'angle costo-vertébral, en coupant les muscles intercostaux, ou en décollant le bord supérieur de la côte inférieure avec la rugine. A travers l'ouverture, les doigts constatent l'existence d'adhérences pleurales aux bords de la plaie avant d'introduire les valves de l'écarteur.

où affleure la fibreuse en soulevant le parenchyme. A cet endroit, on ouvre le sac fibreux et avec des manœuvres soigneuses, on obtient un jour suffisant pour enlever la vésicule parasitaire ou hydatide intacte : c'est une affaire de patience. Quand il y a des difficultés, il est préférable d'isoler le champ opératoire avec des compresses et d'aspirer le contenu liquide et de faire l'extirpation de la membrane parasitaire vide. La stérilisation des scolex se fait avec une gaze imprégnée d'éther sulfurique. Après avoir évacué le parasite, il faut tamponner la cavité pour obstruer les orifices des bronches.

Le décollemen tde la membrane périkystique qui était amorcé, continue. Jusqu'au point d'implantation du sac fibreux dans le parenchyme pulmonaire, il n'y a pas de bronches ni de vaisseaux à lier. Il y a un clivage subséreux qui saignote en nappe. Quand le décollement arrive au collet du sac, il faut isoler chaque vaisseau et chaque bronche et les lier avec du catgut ou du fil de lin. Quand la membrane périkystique est en contact avec un gros pédicule pulmonaire, il faut aller doucement en isolant cha-

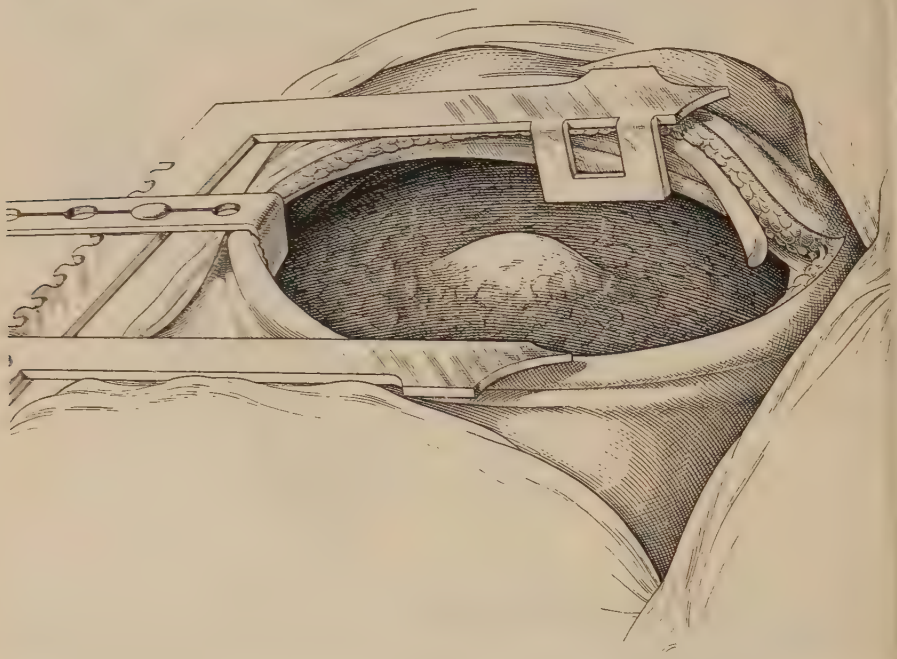


Fig. 6. — Les valves de l'écarteur de Finochietto sont introduites dans le thorax. L'action de la crémaillère produit la luxation de l'union chondro-sternale du bord supérieur de l'espace intercostal qui s'ouvre en éventail. Le bord inférieur se laisse repousser facilement. Le thorax s'ouvre à la mesure nécessaire pour explorer et exposer la lésion. Une troisième valve mobile et par conséquent enlevable, peut être fixée sur la tige de l'écarteur pour se faire jour à volonté (V. Pérez Fontana).
Dans la figure apparaît la portion sous-pleurale du sac d'expansion du kyste.

cun des vaisseaux. Quand le décollement est complet, il reste seulement le pédicule bronchique que nous lions avec un fil de lin. Après avoir coupé sur le moignon nous faisons une seconde ligature en transfixant la bronche avec une aiguille fine (fig. 9).

Une fois terminée l'extirpation du sac, l'anesthésiste augmente la pression intrapulmonaire pour le contrôle des petits bronches.

Si la cavité qu'occupait le kyste saigne, une compresse chaude arrête l'hémorragie en nappe. Quand on opère avec anesthésie au protoxyde d'azote, l'hémostase peut être réalisée avec l'électro-coagulation. La cavité peut rester ouverte comme le conseille Pesquiera de Lima. L'approxi-

mation et le retournement des bords effilochés peuvent être expéditifs pour arrêter le sang en nappe ou pour fermer les petits trous des bronchioles qui soufflent.

Drain. — On peut fermer la paroi sans drainage. Le pneumothorax hypertensif est toujours à craindre. Nous mettons toujours un double drain fermé (fig. 10 et 11). Un tube fin est fixé à la paroi antérieure, l'autre logé dans le sinus costo-diaphragmatique. Les deux tubes sont mis en connection avec un flacon d'eau. Le contrôle de l'hypertension et de l'hémorragie se fait aisément avec ce double drain fermé (V. Pérez Fontana). Le malade est transporté à son lit et tout de suite mis en position demi-assise et les drains connectés avec un flacon d'eau aseptique oxygénée, à demeure, avec sonde nasale, pendant 2 ou 3 jours.

Les suites opératoires sont habituellement sans complication. Le drain reste en place jusqu'au 5e ou 6e jour. Radiographie de contrôle. Le malade se lève le plus tôt possible, habituellement le 5e ou 6e jour après l'opération.

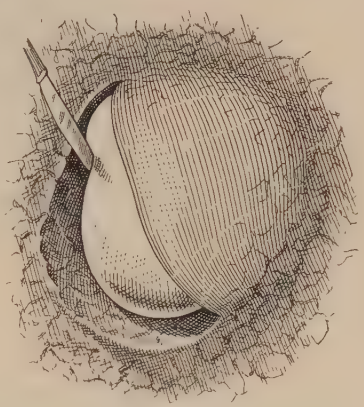


Fig. 7. — La membrane adventice a été coupée à la limite de la portion d'implantation parenchymateuse et du sac fibreux d'expansion; l'hydatide sort intacte entre les lèvres de l'incision.

Avantages de la méthode uruguayenne.

Les avantages de la méthode uruguayenne sont : 1° *La guérison radicale de la maladie* en évitant la propagation du processus fibreux qui, de la poche résiduelle conservée dans les autres méthodes, gagne le poumon tout entier, étouffe l'arbre bronchique et produit la bronchiectasie avec ses conséquences : suppurations, hémorragies, avec de graves répercussions sur l'état général. Nous avions constaté l'hypertension artérielle par glomérulonéphrite, les doigts hippocratiques et dans un cas encore hospitalisé, de graves altérations hépato-rénales. Nous avons pratiqué plusieurs lobectomies chez des personnes opérées par les anciennes méthodes. Nous avons à présent dans le service 2 enfants opérés par le procédé de Posadas avec des cavités résiduelles, hémoptysies et mauvais état général. L'un d'eux a une affection hépato-rénale sérieuse. Des cas semblables sont très fréquents.

2° *Mortalité opératoire et post-opératoire nulle.* Jusqu'à Décembre 1951, nous avons traité dans nos services, 240 kystes hydatiques du poumon, en 2 séries. La première série de 133 a été traitée par les procédés classiques. 115 étaient des enfants, 18 des adultes. 52 cas furent opérés par le procédé de Posadas, avec 8 décès. 81 avec le procédé de Lamas et Mondino, avec 5 décès. La moyenne des jours d'hospitalisation dans cette série a été de 90 jours.

La seconde série (après 1947) comprend 107 malades, dont 68 enfants

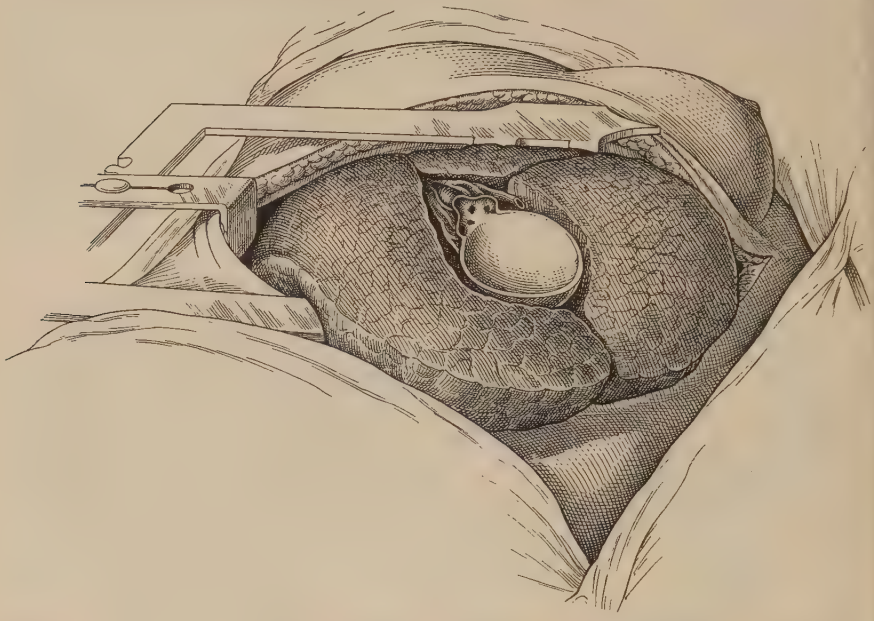


Fig. 8. — Dessin semi-schématique d'une section paralèlle à la surface du poumon pour montrer les deux portions du sac adventitiel qui sont séparées par un collet. La portion d'inflammation est vascularisée et en communication avec les bronches de 2e et 3e ordre. Le sac d'expansion a une vascularisation sous-séreuse et par des communications bronchiales.

et 39 adultes, tous opérés par la méthode uruguayenne, sans aucun décès, et avec une moyenne de séjour au service de 16 jours. Les malades sont, en

Fig. 9. — Demi-schématique. Représentation stéréographique du dessin antérieur.

général, en condition de sortir à la fin de la semaine qui suit l'opération, mais comme ils viennent de loin, de la campagne, nous préférons les laisser

dans le service, en observation, pendant une autre semaine, M. J. Brea et A. A. Santos de Buenos-Aires ont, avec notre méthode, une moyenne de séjour des opérés à l'hôpital, de 11 jours et de 26 jours avec le procédé de Posadas. J. Demirleau et Pernot de Tunez donnent une moyenne de 7 jours d'hospitalisation après l'extirpation de la membrane périkystique.

En 1947, en terminant notre communication à la Société uruguayenne de Pédiatrie (session du 19 Décembre), nous avons écrit : « La méthode opé-

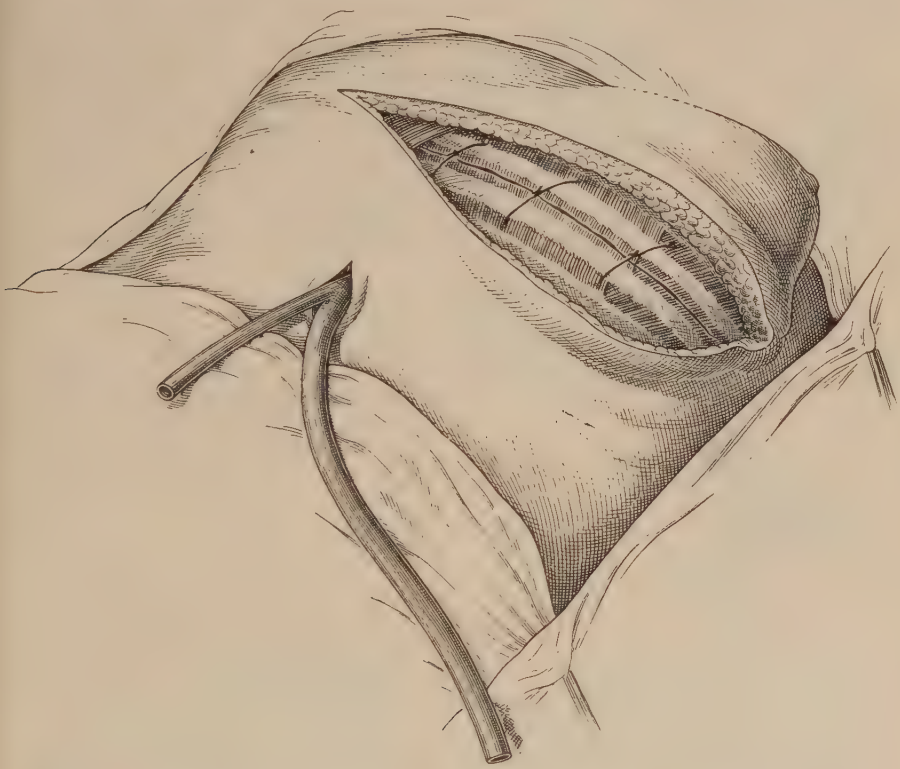


Fig. 10. — Fermeture de la thoracotomie. Rapprochement des cartilages luxés. Fixation des côtes avec des fils. La plèvre peut être suturée dans presque tous les cas. Drainage de la cavité pleurale par le système du double drain fermé (V. Pérez Fontana).

ratoire des kystes hydatiques du poumon que nous avons le plaisir de présenter aujourd'hui est originale tant dans sa conception théorique que dans sa réalisation.

Elle a sur la méthode argentine l'avantage de pouvoir être appliquée aux kystes intacts de même qu'aux kystes rompus et aux granulomes hydatiques. Cette méthode neuve, de facile exécution, qui permettra d'obtenir la guérison radicale de cette affection, trouvera une préférence d'application dans la clinique chirurgicale des enfants, parce qu'elle évitera l'apparition des séquelles tardives produites par la rétention et désagrégation de la membrane parasitaire. La méthode décrite peut être combinée avec les procédés

décrits dans les autres méthodes : extirpation partielle du sac adventitiel, marsupialisation, fixation à la paroi, lobectomie totale ou partielle, drain fermé de la cavité thoracique, ou fermeture totale du thorax. » (V. Pérez Fontana.)

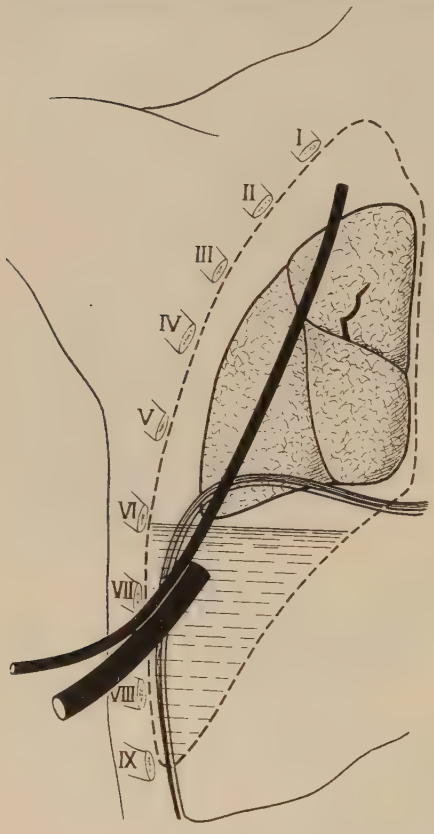


Fig. 11. — Un tube long, fin et flexible est fixé sur la paroi antérieure du thorax, au-dessus de la thoracotomie pour le contrôle gazeux. Un autre tube semi-rigide de gros calibre est placé dans la sinus-costo-diaphragmatique pour le contrôle des épanchements post-opératoires. Les tubes associés d'avance, sont plus facilement maniables. Le drain est inséré à travers une perforation de la paroi thoracique au bistouri, au point déclive, sur la ligne axillaire antérieure. Les deux tubes sont mis en relation avec un récipient contenant du liquide.

L'année suivante (1948), nous avons publié notre travail sur la pathologie du kyste hydatique du poumon. En 1949, avec les collaborateurs de notre service chirurgical, nous avons présenté les résultats d'une série de 75 cas avec les résultats opératoires. Dans cette série, il y avait 31 cas opérés avec nos directives annoncées en 1947 à la Société de Pédiatrie; 19 cas d'extirpation de la membrane périkystique, 6 lobectomies, 1 pneumonectomie.

Au Ier Congrès Mondial du Kyste hydatique, en hommage à notre savant maître M. F. Dévé, nous présentions une statistique de 200 cas sans mortalité.

A présent, notre série arrive presque aux 300 cas sans mortalité.

Les premiers malades opérés ont été contrôlés cliniquement et radiographiquement. Les résultats sont parfaits.

La bronchographie démontre seulement l'amputation de la bronche principale, qui était en communication avec la poche fibreuse extirpée et l'adaptation de l'arbre bronchique aux nouvelles conditions cinématiques du poumon.

En 1949, nous avons publié une série d'opérations d'extirpation de la membrane périkystique, avec étude radiographique post-opératoire.

La méthode uruguayenne a été adoptée par presque tous les chirurgiens du monde avec des indications plus ou moins étendues; mais considérée en principe comme la méthode idéale. C'est l'opinion de M. Olivier Monod de Paris, entre autres, de Curtillet et de M. H. Liaras son successeur dans la chaire de Chirurgie thoracique à Alger, de P. Valdoni à Rome, de Kourias

à Athènes, de Bello de Moraes à Lisbonne et de presque tous les chirurgiens de l'Amérique du Sud.

La bibliographie sur la méthode décrite est déjà très grosse. La plupart des chirurgiens des pays ravagés par le kyste hydatique ont adopté cette manière d'opérer.

Notre compatriote V. Armand Ugon rejette notre opération qu'il considère comme dangereuse et reste fidèle à la méthode de A. Posadas, avec les variations décrites par Allende et Langer, qu'il pratique par thoracotomie postérieure avec résection costale, Ugon trouve encore applicable l'opération de Lamas et Mondino, dans les cas de pneumothorax hydatique. Dans des cas semblables à celui que notre collègue présenta avec illustration radiographique et qui sont presque toujours des cavités hydatiques soufflées, avec rétention de la membrane germinative, nous avons fait 3 fois la lobectomie avec un grand succès. Dans les cas de kystes rompus avec rétention de membrane, l'extirpation du périkyste est applicable de même que dans les kystes intacts. P. Valdoni (1949) a publié une série d'observations de kystes suppurés de poumon fermés et guéris sans inconvénients.

Conclusion. — L'expérience, hélas ! du kyste hydatique du poumon que nous avons traité pendant plus de 30 ans dans notre pays avec un matériel très abondant, nous permet d'affirmer que l'extirpation de la membrane fibreuse périkystique avec la conservation totale ou partielle (lobectomie segmentaire) du parenchyme pulmonaire est l'opération de choix dans le traitement de cette affection.

Bibliographie.

Cette bibliographie contient seulement les travaux originaux de l'auteur et de ses collaborateurs sur ce sujet.

Pérez Fontana, V. — Nouvelle méthode opératoire du kyste hydatique du poumon (Communication à la *Société Uruguayenne de Pédiatrie*, **19**, 1947, XII), publié dans : *Archivos de Pediatria del Uruguay*, **19**, 1948, p. 5-37 ; *Semana Medica*, 1948, p. 283-290 (sans observations ni figures) ; Buenos-Aires, *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*, **7**, 1948, p. 267-300.

Pérez Fontana, V., en collaboration avec Rodriguez Castro, A. et Curbelo Urroz, J., Resultados del Tratamiento del quiste hidatico del pulmón en la Clin. Quide Ninos. Hospital Pereira Rossell (Communication à la *Société Uruguayenne de Pédiatrie* du 4 Août 1949). *Arch. Int. de la Hidatidosis*, **9**, 1949, p. 323-384.

Pérez Fontana, V. — Patologia del quiste hidático del Pulmón (*Arch. Int. de la Hidatidosis*). Rapport Officiel au IIe Congrès International d'Hydatologie, réuni dans *Azul*, 2-5 Mai 1948. *Arch. Int. de la Hidatidosis*, **8**, 1948, p. 47-85.

Pérez Fontana, V. — Métodos y Procedimientos operatorios en el Quiste Hidático del Pulmón. *Arch. Int. de la Hidatidosis*, **11**, 1950, p. 471-482.

Badano Repetto, J. L. — Drenaje del torax en las toracotomías. Trabajo del Dispensario de Hidatidosis del Hospital Pasteur. Director V. Pérez Fontana. *Arch. Int. de la Hidatidosis* **11**, 1950, p. 467-469.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

G. Gander. — **Tumeurs myo-vasculaires. Tumeurs glomiques, angiomyomes et hémangiopéricytomes** (*Arquivo de Patologia*, vol. **24**, n° 1, Avril 1952, p. 94-133, avec 19 fig. et 4 tabl.).

G. décrit, successivement, des tumeurs glomiques dont on sait que la première description a été faite par Pierre Masson et dont il apporte 8 cas originaux, des angiomyomes, tumeurs fréquentes dont il a une collection de 64 cas et que, pour certains caractères histologiques, il pense être des tumeurs glomiques ébauchées. Il y a trouvé, en effet, dans quelques cas les cellules épithélioïdes des tumeurs glomiques de Masson et des fibrilles nerveuses, qui n'y avaient pas été mises en évidence jusqu'à présent.

Ces angiomyomes réalisent la petite tumeur assez banale connue sous le nom de tubercule sous-cutané douloureux.

Il s'agit donc d'un mémoire intéressant et bien illustré.

P. Moulonguet.

R. C. Fareman (Cleveland). — **Tumeurs carcinoïdes : rapport de 38 cas** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 5, Nov. 1952, p. 838-855, avec 1 fig.).

Ce travail est basé sur 38 observations personnelles de tumeurs carcinoïdes, dont 5 sont données en détails. Ces tumeurs, contenant des cellules argentaffines, décrites, en particulier, par Gosset et Masson, sont encore discutées au point de vue de leur malignité.

Sur ces 38 cas, 19 siégeaient dans l'appendice, 14 dans le grêle et 5 dans le rectum.

17 étaient envahissantes en ce sens que des cellules étaient trouvées dans des couches de la paroi intestinale autres que la sous-muqueuse.

4 des tumeurs du grêle et 1 du rectum étaient malignes, comme le montraient des métastases dans les ganglions lymphatiques proches ou lointains.

F. résume en un tableau les 8 autres cas de tumeurs carcinoïdes malignes du rectum trouvés dans la littérature. Ils montrent que ces tumeurs malignes du rectum amènent une issue fatale plus rapide que les carcinoïdes malins du grêle.

F. conclut que tous les carcinoïdes sont des tumeurs potentiellement malignes.

M. Guimbellot.

John R. Hall, Charles Phillips et **Raleigh R. White** (Temple). — **Mélanome** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 2, Août 1952, p. 184-190).

Le mélanome survient presque toujours sur un nœvus pré-existant. Son origine épidermique est à peu près constante. Dans les 135 cas observés en 30 ans, la plupart concernent des sujets âgés de 30 à 50 ans et de 60 à 70 ans. Les localisations les plus fréquentes sont la tête et le cou.

Les auteurs distinguent 4 stades évolutifs : le stade I où la tumeur est à peine surélevée, le stade II où la tumeur a augmenté de volume et où la pigmentation a augmenté, le stade III avec envahissement ganglionnaire, le stade IV où la tumeur a dépassé toute possibilité chirurgicale.

La survie après 5 ans s'établit à 77 p. 100 pour le stade I, 43 p. 100 pour le stade II, 15 p. 100 pour le stade III et 0,06 pour le stade IV.

L'électrocoagulation est une thérapeutique néfaste et insuffisante. Tous les cas ainsi traités ont récidivé.

Le traitement de choix est l'excision chirurgicale. L'incision de la tumeur pour biopsie est contre-indiquée. Elle doit être retirée en masse et examinée aussitôt. Si l'on constate un mélanome, la seule chance de survie est une opération radicale, enlevant largement le tissu cellulaire, la graisse, les fascias voisins et les ganglions.

Quand le mélanome siège sous l'ongle, on ne doit pas hésiter à pratiquer la désarticulation du doigt et le curage ganglionnaire de l'aisselle.

Il importe surtout d'enlever préventivement tout nœvus pigmentaire.

ANDRÉ SICARD.

Warner Wells et **Neal Tsukifuji** (Hiroshima). — **Cicatrices présentées par les survivants du bombardement atomique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 2, Août 1952, p. 129-141, avec 19 fig.).

90 personnes ayant survécu aux brûlures ou aux blessures résultant de l'explosion des bombes atomiques de Hiroshima et de Nagasaki avaient été examinées de Décembre 1946 à Avril 1947 par Block et Tsuzuki qui constatèrent un grand nombre de chéloïdes et les attribuèrent plus à la dénutrition des blessés et à l'infection des plaies qu'aux effets mêmes de l'explosion atomique.

Les cicatrices de 63 de ces sujets furent réexaminées après un délai de 48 à 54 mois. Les blessures avaient été provoquées à des distances variant de 450 à 2 900 m du point de chute. Les malades furent classés en 2 groupes suivant qu'ils avaient présenté ou non la maladie des rayons (épilation, pétéchies, lésions bucco-pharyngées, diarrhée).

40 d'entre eux avaient présenté des chéloïdes qui, dans 15 cas, disparurent spontanément.

Des 63 sujets, 57 étaient améliorés, 1 restait dans le même état et 5 s'étaient aggravés (augmentation des rétractions cicatricielles et des déformations), dont l'un présentait de petits corps étrangers métalliques dans sa chéloïde.

13 de ces malades avaient été greffés. On ne note parmi eux aucune différence entre ceux qui avaient subi la maladie des rayons et ceux qui y avaient échappé.

Cette enquête, illustrée de documents photographiques, paraît montrer l'évolution spontanée favorable des brûlures provoquées par les explosions atomiques et le rôle négligeable de la maladie des rayons dans le résultat définitif.

ANDRÉ SICARD.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Leger, Petit, Arnaud, Hepp, Mathey et **Huguier**. — **Nouveau Précis de pathologie chirurgicale, t. IV; pathologie de l'œsophage, du thorax, du rachis et des seins** (Un vol., 2e édit., 663 p., 488 fig., Paris, 1953, Masson et Cie, édit.).

Nous signalons avec plaisir la parution de la 2e édition du tome IV du nouveau précis de pathologie chirurgicale qui est devenu depuis de nombreuses années, le traité classique de pathologie chirurgicale. Dans cette nouvelle édition *la pathologie de l'œsophage* a été rédigée par J. Hepp et contient d'importantes modifications sur les malformations congénitales, les maladies peptiques, les diverticules œsophagiens, les dyskinésies œsophagiennes, le cancer de l'œsophage et les varices œsophagiennes.

Les maladies du thorax sont traitées par J. Mathey avec un développement beaucoup plus complet que dans l'édition précédente principalement dans l'étude de la tuberculose, des suppurations pulmonaires, du cancer bronchique, des tumeurs du médiastin et enfin en ce qui concerne les maladies du péricarde et du cœur avec le traitement chirurgical des malformations congénitales du cœur et des gros vaisseaux.

Les maladies du rachis sont étudiées par P. Petit pour l'étude des malformations de la colonne vertébrale, par M. Arnaud pour les tumeurs du rachis et enfin par L. Leger pour les lésions traumatiques de la moelle, la pathologie du corps vertébral et celle de l'arc vertébral postérieur.

La pathologie de la région mammaire et du sein a été confiée à J. Huguier et Duperrat et comporte une étude très complète des diverses lésions de la glande mammaire avec les résultats du traitement chirurgical et du résultat par les agents physiques dans les diverses formes du cancer du sein.

L'extension de la pathologie chirurgicale dans le courant de ces dernières années rend bien difficile en effet la parution d'un Précis succinct et par un seul auteur. La formule adoptée par les directeurs du Nouveau Précis : augmentation sans cesse de l'importance des volumes et de l'iconographie, articles rédigés par les auteurs qui se sont spécialement intéressés à telle ou telle partie de la pathologie chirurgicale, est devenue une nécessité et dans sa forme actuelle l'ouvrage est assuré de son succès auprès de tous les étudiants et chirurgiens.

J. Sénèque.

B. Duhamel. — Chirurgie du nouveau-né et du nourrisson (Un vol., 308 p., 158 fig., Masson et Cie, édit., Paris, 1953).

Préfacé par le professeur M. Fèvre et dédié à la mémoire du professeur J. Leveuf, l'ouvrage de B. Duhamel est un excellent travail à la fois original et personnel. Il ne s'agit nullement d'un livre élémentaire pour étudiants, mais d'un ouvrage très documenté qui s'adresse à des chirurgiens de carrière; travail très consciencieux et d'une honnêteté scrupuleuse pour la rédaction duquel l'auteur a utilisé, avec grand profit, les documents et statistiques provenant de la Clinique Chirurgicale Infantile des Enfants-Malades. A la fin de chaque chapitre, l'auteur fait le relevé des cas observés, des interventions pratiquées et en publie les résultats. Il n'y a pas de chirurgien d'enfants qui ne se soit trouvé un jour devant l'angoissant problème d'une intervention chirurgicale grave à pratiquer sur un nourrisson; un organisme aussi fragile sera-t-il ou non en état de supporter cette intervention; quelles sont les possibilités de guérison, quels sont les cas pour lesquels il faut savoir prendre un risque, quels sont à l'opposé les cas pour lesquels toute intervention est vouée à un échec à peu près fatal ? Toutes ces questions sont minutieusement discutées dans cet ouvrage et si certaines interventions comme la sténose hypertrophique du pylore, l'invagination intestinale donnent dans l'ensemble d'excellents résultats, par contre, les interventions sur les voies biliaires (pour malformations congénitales), les interventions pour le mégacôlon, pour les formes graves d'imperforation anale sont encore grevées d'une mortalité élevée.

Le plan de l'ouvrage est le suivant :

I. *Généralités.* — Chirurgie du nourrisson et du nouveau-né, examen radiologique du nourrisson (par J. Sauvegrain); techniques anesthésiques; soins pré- et post-opératoires; matériel et techniques opératoires; malformations congénitales.

II. *Pathologie du nouveau-né.* — Syndromes asphyxiques et troubles de la déglutition; occlusions congénitales et ictères congénitaux; occlusions; malformations congénitales des voies biliaires; malformations de l'anus et du rectum; aplasies de recouvrement; tumeurs congénitales (tumeurs sacro-coccygiennes et angiomes).

II. *Pathologie du nourrisson.* — Le nourrisson vomit; les occlusions du nourrisson; les appendicites du nourrisson; les péritonites primitives; persistance du canal omphalo-mésentérique; les hernies inguinales; la pathologie accidentelle du tube digestif (corps étrangers; rétrécissements cicatriciels de l'œsophage; perforations instrumentales de l'œsophage); bec-de-lièvre; phimosis.

Cet ouvrage est illustré d'excellentes radiographies et par de très bons dessins de technique chirurgicale, spécialement en ce qui concerne la chirurgie médiastinale et la chirurgie du carrefour cardio-œsophagien.

J. Sénèque.

André Sicard. — **Précis de sémiologie chirurgicale (tête, cou, thorax, rachis, bassin osseux, membres)** (Un vol., 495 p., avec 220 fig., bibliothèque Carnot et Bariety. J. B. Baillière et fils, édit., Paris, 1953).

La formule est nouvelle. Les éditeurs nous proposent ici un *Précis de Sémiologie chirurgicale* et A. Sicard a été chargé de rédiger les chapitres concernant la tête, le cou, le thorax, le rachis, le bassin osseux et les membres.

Ce livre n'est pas un manuel de pathologie chirurgicale car il n'envisage pas la description générale des maladies et il ne fait aucune part aux théories pathogéniques ni à l'anatomie pathologique.

Restant uniquement sur le plan clinique, il envisage la pathologie sous l'angle régional et pas seulement sous celui de l'anatomie topographique un peu rigide mais bien sous celui de « l'anatomie clinique ». Les signes indispensables, ceux qui conduisent au diagnostic sont étudiés avec minutie; la façon de les rechercher, l'interprétation qu'il convient de leur donner, leur signification, est très clairement précisée.

Un bref rappel d'anatomie régionale précède l'étude des affections de chaque région considérée. Un court chapitre d'applications pratiques complète lorsqu'il y a lieu l'exposé clinique et c'est ainsi que la technique de certaines interventions de petite chirurgie de pratique courante telles que les infiltrations novocaïniques du ganglion stellaire par exemple sont exposées avec les manifestations objectives que donne une infiltration réussie.

Le chapitre consacré aux affections du rachis comporte un exposé très complet et largement illustré de la statique rachidienne, des déviations pathologiques de la colonne, de l'étude des mouvements, de la façon de mettre en évidence ou de compenser les attitudes anormales.

La technique radiologique est également étudiée tant en ce qui concerne les incidences à donner aux rayons pour étudier tel segment de la colonne qu'en ce qui concerne les repères essentiels à la lecture correcte des clichés.

Ce livre ne s'adresse donc pas seulement à l'étudiant qui, au commencement de ses études médicales, a besoin d'être initié à la recherche des symptômes, mais aussi aux médecins praticiens pour qui il constitue une sorte de synthèse récapitulative, vite consultée, permettant de replacer très vite une lésion peu courante de diagnostic d'emblée peu évident, dans le cadre de la pathologie régionale et de rafraîchir des souvenirs de pathologie chirurgicale parfois un peu lointains.

MARCEL ROUX.

Yves Bourde. — **Précis de séméiologie chirurgicale élémentaire** (2e édition revue par R. DE VERNEJOUL, 662 p., avec 222 fig., édition Doin et Cie, Paris, 1952).

Dans cette réédition du précis classique de B., de V. a utilisé les documents laissés par son prédécesseur et conservé l'esprit du livre. Comme le dit B. dans sa préface, c'est essentiellement le livre « du stagiaire qui arrive à l'hôpital dépourvu de toute connaissance théorique ou pratique » et auquel on apprend l'alphabet du chirurgien en faisant graviter tout un chapitre autour d'un signe majeur facile à mettre en évidence. L'ouvrage comprend 3 parties dans lesquelles se succèdent des notions de plus en plus complexes.

Dans la première partie (Séméiologie générale) sont passées en revue les principales affections cutanées, veineuses, nerveuses, osseuses.

La deuxième partie (Séméiologie régionale) étudie surtout les affections des membres, plus spécialement les traumatismes avec pour chaque région un exposé détaillé de l'exploration manuelle de celle-ci. Plus de 300 pages y sont consacrées. Tête, cou, thorax, abdomen, sont essentiellement traités en vue de la recherche et de l'interprétation de quelques symptômes essentiels (adhérences des tumeurs du sein, contracture abdominale, points douloureux, tels que le Mac Burney, palpation d'une tumeur abdominale, signes des hernies, principes du toucher vaginal ou rectal, etc.).

Des éléments de radiologie constituent une troisième partie d'une cinquantaine de pages, où l'étudiant se familiarisera avec la lecture d'un cliché d'œsophage, d'esto-

mac, du côlon, des voies biliaires. Quelques notions de phlébo- et artériographie terminent l'ouvrage.

Écrit dans une langue très claire, bien ordonné, de lecture agréable et facile, largement illustré de figures presque toutes demi-schématiques et très caractéristiques, ce livre méritera le succès qu'eut auprès des étudiants (pour apprendre) et des médecins (pour se remémorer), la première édition de cet excellent petit ouvrage.

M. Deniker.

M. Bürger (Leipzig). — **Les erreurs de diagnostic en clinique** (Un vol. de 481 p., avec 200 illustr., édition G. Thieme, Stuttgart).

Cet important ouvrage condense les résultats de multiples entretiens entre B., ses assistants et ses collègues appartenant à des disciplines diverses. Il se compose de deux parties très inégales. Une première partie traite les généralités. L'auteur s'y efforce d'arriver à une conception claire du diagnostic et de ses erreurs, question étroitement liée à l'évolution de nos conceptions sur la maladie en général. Il insiste sur l'importance et la nécessité de creuser à fond la question du diagnostic précoce, permettant l'application rapide et efficace d'une thérapeutique adéquate.

La seconde partie, représentant à elle seule près de 400 pages, comprend 21 chapitres, chacun d'eux se rapportant à une section différente de la pathologie organique : erreurs de diagnostic dans les affections du poumon, du cœur, des reins, du tube digestif, etc.

L'auteur a cherché à faire de son ouvrage un véritable guide pour le praticien embarrassé, en agrémentant son texte de nombreuses figures et protocoles d'autopsie. En même temps, pour rendre ses exposés plus vivants, 170 cas concrets sont présentés et discutés avec le faux diagnostic au début de l'observation et le vrai diagnostic, à la fin, ainsi que les étapes successives ayant permis de réfuter l'erreur.

Cet ouvrage fourmille de considérations et de conclusions souvent originales. Il sera consulté avec fruit, quelle que soit la discipline à laquelle appartient le lecteur.

M. Deniker.

Robert E. Gross et **Colin C. Fergusson** (Boston). — **La chirurgie chez les enfants prématurés** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 5, Nov. 1952, p. 631-641, avec 14 fig.).

A condition d'observer certaines précautions, la chirurgie des prématurés n'est pas aussi redoutable qu'on le suppose. 159 enfants prématurés ont été opérés pendant ces 15 dernières années pour une anomalie incompatible avec la vie (atrésie de l'œsophage, sténose du pylore, imperforation anale, hernie ombilicale, hernie diaphragmatique, tératome sacrococcygien...). Leur poids était égal ou inférieur à 5 livres. 10 enfants pesaient même moins de 3 livres (7 d'entre eux ont survécu). L'un d'eux pesait 2 livres et a guéri d'une anastomose œsophagienne pour atrésie.

La plupart des interventions ont été faites dans les 10 jours suivant la naissance.

Il n'y eut qu'un décès sur la table d'opération. 87 enfants quittèrent l'hôpital vivants (54 p. 100). 10 moururent par la suite d'accidents en rapport ou non avec leur anomalie. 4 restèrent mongoliens ou d'intelligence réduite. 71 eurent un développement normal et continuent à bien se porter.

Il est nécessaire de conserver les enfants en couveuse à température constante, sans vêtement, sans manipulation inutile, de les placer dans une atmosphère saturée d'oxygène, d'aspirer les mucosités bronchiques, de répéter les transfusions de sang, d'administrer avant et après l'opération de la vitamine K et des antibiotiques.

L'anesthésie locale est préférable chaque fois qu'elle est possible. Mais lorsqu'il faut pratiquer une laparotomie ou une thoracotomie, l'anesthésie générale au cyclopropane peut être utilisée. A condition de la confier à un anesthésiste compétent, elle est sans danger. L'intubation intra-trachéale qui favorise chez ces prématurés l'œdème laryngé doit être proscrite, sauf en cas d'urgence.

La technique opératoire doit être rapide et précise, sans exploration inutile. Les examens hématologiques seront réduits au minimum, étant donné la difficulté d'obtenir du sang.

Les injections de liquide seront faites avec prudence. La fréquence des œdèmes et le faible pouvoir excréteur des reins en rendent les grandes quantités dangereuses. Aucun enfant n'est jamais mort de déshydratation. 30 cm³ par livre de poids en 24 h sont largement suffisants. Les solutions salées sont contre-indiquées. Les sérums sucrés ou bicarbonatés sont préférables.

L'aspiration gastrique, quand elle est nécessaire, doit être intermittente. La fragilité de la muqueuse œsophagienne ne permet pas à la sonde d'être laissée en place longtemps.

L'alimentation doit être commencée aussi rapidement que possible.

Enfin il ne faut pas méconnaître l'importance de la douleur qui, chez l'enfant prématuré comme chez l'adulte, empêche le sommeil, gêne la respiration, perturbe l'équilibre nerveux. De petites doses de phénobarbital (2 à 6 mg toutes les 6 ou 8 h) devront être prescrites.

André Sicard.

G. Boudin, J. Barbizet, J. Herman et **J. L. Binet.** — **Réflexions sur un cas de tétanos guéri, traité successivement par hibernation artificielle et par curare de synthèse** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **69**, nos 1-2, 9 Janvier 1953, p. 31-37, avec 1 tabl.).

Observation peu instructive, parce qu'il s'agit d'un tétanos à incubation de 8 jours et dont la période d'état n'a été atteinte qu'au bout de 15 jours, ce qui paraît indiquer une gravité moyenne; parce que si, pendant les premiers jours, le traitement classique a été seul institué, la sérothérapie a été continuée après l'intervention des autres thérapeutiques jusqu'à totaliser 1 000 000 d'unités de sérum; parce que l'hibernation artificielle a été menée d'abord pendant 48 h, puis presque abandonnée, puis reprise sans que, d'ailleurs, jamais elle n'ait été poussée jusqu'à l'hypothermie véritable, permettant même à la température de remonter à 38°,8; parce que, enfin, une curarisation par voie rectale a été faite, qui paraît avoir été la thérapeutique responsable de la guérison.

P. Moulonguet.

J. Heymann. — **Sur le traitement actuel des brûlures** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 4, 1952, p. 451-459 avec 6 fig.).

Après avoir rappelé l'importance d'un traitement général bien conduit, l'auteur a utilisé dans 47 cas de brûlures graves un nouveau produit : sulfamide-gel; il mentionne également les résultats favorables obtenus par l'application locale de Badional-gel à 10 p. 100 (Bayer). Le pansement est laissé en place pendant 48 h et renouvelé ensuite de la même manière chaque jour ou tous les 2 jours jusqu'à cicatrisation complète.

J. Sénèque.

J. Francillon (Lyon) et **P. Truchet** (Chambéry). — **Chirurgie plastique cutanée. Pratique courante** (Un livre de 186 p. 220 fig., 1953, G. Doin et Cie, édit.).

Le livre de Francillon et Truchet est avant tout un manuel à l'usage du chirurgien praticien. Celui-ci ne peut plus négliger les ressources de la chirurgie cutanée réparatrice, à la vérité assez mal codifiée ou tout au moins peu diffusée avant les travaux nés de la dernière guerre mondiale, principalement dans les pays de langue anglaise.

Francillon et Truchet se sont proposé de mettre à la portée du chirurgien praticien confronté de façon très fréquente dans sa pratique courante avec des problèmes élémentaires de chirurgie plastique cutanée, un certain nombre de « recettes » faciles à exécuter et largement illustrées par une iconographie schématique et précise.

Après un rappel histo-physiologique de la structure de la peau et du mécanisme général de la cicatrisation, les auteurs envisagent successivement les principes techniques

des lambeaux et des autoplasties, puis étudient le problème des greffes libres et après un court chapitre concernant les conditions générales de prise des greffes et la préparation de l'opéré, donnent les indications générales de la réparation plastique cutanée suivant la nature de la zone à recouvrir et la région anatomique où siège la perte de substance à combler. C'est ainsi que sont étudiés en particulier les problèmes de la réparation d'une perte de substances cutanée de la main ou des doigts, du talon, du cuir chevelu, de la face et qu'est évoqué le problème de la réparation des escharres de décubitus, des ulcères de jambe, de l'éléphantiasis nostras.

On voit que ce livre s'est voulu essentiellement pratique et on peut lui prédire un accueil empressé de la part des chirurgiens de discipline générale.

MARCEL ROUX.

H. U. Buff. — **Hautplastiken (Plasties cutanées)** (Un vol., 135 p., 173 illustr., Georg Thieme, édit., Stuttgart, 1952).

Voici le premier ouvrage paru en langue allemande depuis la guerre qui tienne compte des progrès réalisés au cours de celle-ci et dans les années qui viennent de s'écouler.

Après une rapide étude sur le rôle de la peau dans les phénomènes de cicatrisation, l'auteur envisage la technique et les indications des greffes libres et des lambeaux pédiculés plats ou tubulés. Cet ouvrage bien illustré et bien présenté n'apporte, en fait, aucun élément nouveau, mais sera certainement précieux pour les chirurgiens de langue allemande.

MOREL-FATIO.

H. J. Wissfeld. — **Sur l'anesthésie au magnésium** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 4, 1952, p. 419-427).

L'effet central du magnésium, décrit par Meltzer, pour des narcoses chez l'homme est pharmacologiquement inexpliqué. L'auteur a étudié expérimentalement sur l'animal les effets du magnésium qui provoquerait un blocage de l'impulsion nerf-muscle qui ne se produit qu'à partir d'un certain pourcentage de magnésium dans le plasma; l'étendue de la narcose est restreinte et à cause de ses dangers l'anesthésie ne peut se maintenir à cause de sa réversibilité immédiate. Pendant l'anesthésie intra-veineuse la fréquence respiratoire préserve d'un dosage excessif; cette méthode semble surtout indiquée chez les animaux, mais le dosage réclame une stricte surveillance. Il n'a pas été fait sur l'animal d'expériences de narcoses combinées.

J. SÉNÈQUE.

P. Hillemand, E. Gilbrin et **Duchange.** — **Invagination jéjunale par léiomyosarcome du jéjunum** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **69**, nos 3-4, 30 Janvier 1953, p. 113-116).

Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital pour une autre affection et qui présente brusquement des vomissements très abondants avec des troubles de l'équilibre hydro-électrique et de l'azotémie.

Après cessation de ces accidents, une hémorragie intestinale se produit; la radiographie démontre une dilatation du duodénum et de la partie initiale de l'intestin grêle avec un arrêt en forme convexe de la colonne barytée.

Le malade meurt subitement avant qu'on ait pu prendre une décision opératoire et l'autopsie démontre une invagination de la première anse jéjunale, secondaire à une tumeur polypeuse, que l'examen histologique révèle être un léiomyosarcome.

A propos de cette observation, les auteurs insistent sur la richesse des informations que doit donner un examen radiologique correct de l'intestin grêle. Ils font une petite revue des sarcomes de l'intestin.

P. MOULONGUET.

APPAREIL LOCOMOTEUR

E. L. Compere et **S. W. Banks** (Chicago). — **Abrégé illustré des traitements des fractures** (Un livre, 420 p., 223 fig. Chicago).

C'est la 3e édition d'un petit livre qui, depuis 1943, a connu le succès. Par sa concision, et la perfection des schémas, il représente un guide utile. Ce n'est pas un traité complet, mais une mise au point très sérieuse de la plupart des nombreux travaux qui ont paru récemment dans le monde entier.

Trois chapitres ont été entièrement repris : les fractures pathologiques, la nécrose aseptique de l'os et les fractures de la hanche.

Ce livre s'inscrit dans la série des *Year Books* qui rendent si grand service.

André Sicard.

Burghard Breitner (Stuttgart). — **Accidents et lésions du sport** (Un vol. de 180 p., avec 34 fig., édition F. Enke, Stuttgart).

Cette nouvelle édition (la première datait de 1937) vient de paraître dans la collection *Neue deutsche Chirurgie* de Brüns. C'est un livre qui intéressera les sportifs pour les inciter à la prudence, ainsi que les confrères spécialisés en médecine sportive, qui y trouveront maints renseignements utiles d'ordre clinique et thérapeutique.

Après une introduction sur l'histoire du sport et son évolution, B. passe tout d'abord en revue les différents tissus (peau, muscles, vaisseaux, nerfs, etc.) et régions du corps (thorax, abdomen, crâne, etc.), en indiquant les principales lésions observées chez les sportifs. Puis dans une seconde partie, beaucoup plus étoffée, il reprend méthodiquement tous les sports, depuis la gymnastique aux agrès jusqu'à l'aviation en passant par le foot-ball, la boxe, les sports d'hiver, etc., etc.

Dans chaque chapitre, il s'efforce de dégager les différents mécanismes qui conditionnent telle ou telle lésion selon le sport envisagé.

Certains chapitres sont particulièrement étudiés et agréables à lire : les fractures de la main chez les boxeurs, le mécanisme du K. O., les fractures des skieurs, les lésions vertébrales des plongeurs, etc.

En bon Allemand, il n'oublie pas au chapitre : Escrime, de donner quelques détails sur les blessures faciales des « mensuren », ces duels à la rapière chers aux étudiants d'Outre-Rhin. Un important chapitre de thérapeutique et une abondante bibliographie terminent l'ouvrage.

Nul doute que cette nouvelle édition n'ait le même succès que la première.

M. Deniker.

H. Scheffel. — **Sur la formation de pseudarthroses dans les fractures des os longs** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 4, 1952, p. 467-474 avec 6 fig.).

Sur 285 cas de fraction de jambe, il a été relevé 11 cas de pseudarthroses, soit un pourcentage de 3,7 p. 100. L'auteur attire l'attention sur le rôle néfaste des esquilles osseuses interposées entre les fragments osseux, quand elles gênent la coaptation des surfaces fracturées. Il montre la nécessité d'intervenir chirurgicalement dans ces cas pour pratiquer soit une synthèse au fil métallique, soit un enchevillement central.

J. Sénèque.

W. Green et **H. Banks** (Boston). — **Ostéochondrite disséquante chez les enfants** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **35-A**, n° 1, Janvier 1953, p. 26-47, avec 9 fig.).

G. et B. relatent leur expérience portant sur 27 cas d'ostéochondrite disséquante observés chez des enfants âgés de moins de 15 ans. 19 d'entre eux ont guéri sans opération.

36 articulations étaient atteintes; le genou 32 fois, le coude 3 fois, la tibio-tarsienne 1 fois.

25 articulations atteintes sur 36 ont été soignées par le repos et l'immobilisation sans intervention opératoire ; 9 ont été traitées par opération (7 genoux, 1 coude et 1 tibio-tarsienne).

G. et B. estiment que l'ostéochondrite disséquante résulte d'une nécrose aseptique atteignant la substance osseuse sous-cartilagineuse. Ils ne se prononcent pas sur l'étiologie de l'affection qui reste dans le doute. On invoque en général le traumatisme qui agit soit directement soit indirectement en interrompant la circulation dans l'os sous-cartilagineux.

L'ostéochondrite n'est pas rare chez les enfants. Elle peut guérir spontanément, même quand il y a apparence de séquestre, quelquefois sans laisser de déformation ultérieure.

Il faut attendre pour intervenir ; « dans la majorité des cas, l'intervention chirurgicale n'est pas indiquée ».

ALBERT MOUCHET.

A. Borellini et **C. Camurati** (Gênes). — **Contribution à l'étude étiopathogénique de l'ostéopétrose** (*Minerva Medica*, Nov.-Déc. 1952, p. 339-347, avec 6 fig.).

Les auteurs ont examiné très minutieusement une fillette de 11 ans atteinte d'ostéopétrose aux membres, à la colonne vertébrale et au bassin.

Des examens radiographiques, des examens de laboratoire très complets, un examen histologique d'un fragment de tibia prélevé par biopsie, ne leur permettent pas de retenir une des multiples hypothèses pathogéniques auxquelles a donné lieu l'ostéopétrose. Mais, frappés par la forte proportion d'œstrogènes révélée par leurs recherches, ils pensent que l'ostéopétrose provient d'une « erreur génétique qui produit une dysendocrinie susceptible d'influer sur la maturation de l'os ».

ALBERT MOUCHET.

Heinz May. — **Le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires** (Un vol. de 221 p., avec 101 fig. et 1 planche en couleurs, édit. Ferdinand Enke, Stuttgart).

Cet ouvrage constitue une bonne mise au point de l'état actuel de cette importante question, écrite en collaboration avec W. Lang, Richard May et F. Novotony.

Dans une première partie (100 p.), les auteurs font un exposé d'ordre général sur la fréquence des tuberculoses ostéo-articulaires, leurs rapports avec les accidents du travail, l'anatomie pathologique, le diagnostic radiologique, les différents traitements depuis la psychothérapie et le repos au soleil qu'à l'intervention chirurgicale en passant par la radiothérapie, le traitement par hypérémie, la diététique, les médications.

La seconde partie est essentiellement consacrée au mal de Pott et à la coxalgie qui, sur une centaine de pages, en comprennent 65. Toutefois les autres localisations sont loin d'être sacrifiées et les études des tuberculoses du genou et de l'épaule en particulier sont très bien venues.

De très bonnes reproductions radiographiques et 1 planche en couleurs demi-schématique sur la marche des abcès froids pottiques, illustrent cet ouvrage, que complète une importante bibliographie.

M. DENIKER.

Paul H. Curtiss et **Philip D. Wilson** (New-York). — **Comparaison des greffes homogènes conservées et des greffes autogènes fraîches avec ou sans administration de cortisone** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 2, Fév. 1953, p. 155-161, avec 10 fig.).

Deux sortes d'interventions expérimentales ont été faites sur 16 chiens par C. et W.

Ils pratiquèrent d'une part sur le cubitus une résection diaphysaire sous-périostée de 2 cm et remplacèrent la perte de substance par une greffe homogène congelée qu'ils avaient prélevée au même niveau sur un autre chien, 2 semaines auparavant.

La greffe, calculée légèrement plus longue que la résection, fut maintenue par la pression et fixée à chacune de ses extrémités par un fil métallique. La même opération fut faite sur la patte opposée, le segment réséqué étant remplacé par celui qui avait été enlevé sur le premier cubitus, réalisant ainsi une greffe autogène fraîche.

Ils prélevèrent, d'autre part, sur le fémur un fragment cortical de 1 cm de large et 5 cm de long, qu'ils débitèrent en 3 fragments. Chaque fragment fut lui-même divisé en deux, les deux parties étant accolées et fixées par leurs faces spongieuses. L'un d'eux fut bouilli dans du sérum pendant 10 mn. Le deuxième fut laissé tel quel réalisant un greffon frais. Tous deux furent immédiatement placés dans les muscles paravertébraux, à distance des vertèbres. Le troisième fut congelé et implanté dans les mêmes conditions au bout de 2 semaines.

Quelques chiens reçurent de la cortisone à raison de 1 mg par livre de poids. Les injections furent commencées 2 jours avant la greffe et continuées jusqu'au contrôle du transplant.

Ces contrôles furent faits à des périodes échelonnées entre 2 et 16 semaines et précisés par l'histologie.

Chez les chiens ayant reçu de la cortisone, on ne constata aucune régénération osseuse pendant les 2 à 4 premières semaines. Cette constatation est expliquée par l'effet inhibiteur de la cortisone sur la formation du tissu de granulation qui est nécessaire pour la production du cal. Mais, au bout de 16 semaines, la régénération osseuse se révéla histologiquement normale, comme si la cortisone n'avait eu qu'un effet retardateur sans empêcher la prise du greffon, que celui-ci ait été homogène conservé ou autogène frais.

Chez les chiens n'ayant pas reçu de cortisone, le processus de réossification fut dans les premières semaines un peu plus lent pour les greffes conservées que pour les greffes fraîches. Mais finalement les unes et les autres prirent dans des délais identiques.

Sur des transplants paravertébraux, on fit les constatations suivantes : de l'os nouveau se forma 8 fois dans les greffes conservées et fraîches, mais 5 fois seulement dans les greffes bouillies. L'union des deux fragments osseux accolés fut obtenue 3 fois au niveau des greffes fraîches, 2 fois au niveau des greffes conservées et 1 fois au niveau des greffes bouillies.

Les greffes bouillies ont donc un pouvoir de régénération bien inférieur, mais les greffes conservées et fraîches, si elles ont une évolution un peu différente, prennent de façon sensiblement identique.

André Sicard.

Erwin R. Jennings,[1] Arlie R. Mansberger, Edward P. Smith et **George H. Yeager** (Baltimore). — **Une nouvelle technique de réparation primitive des tendons** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 5, Nov. 1952, p. 597-600, avec 9 fig.).

Cette technique consiste à faufiler dans les deux bouts sectionnés du tendon un fil de tantale tressé. Il est introduit dans le bout distal au moyen d'une aiguille droite et dans le bout proximal au moyen d'une aiguille courbe. Les deux extrémités du tendon sont mises en contact. Les deux bouts du fil traversent la peau et sont fixés à des boutons extérieurs qui maintiennent sa tension (fig. 1). Le fil est facilement rétiré quand la cicatrisation du tendon est obtenue. Il peut être surveillé par la radiographie.

Cette méthode très simple s'applique aussi bien aux tendons extenseurs qu'aux tendons fléchisseurs, à la main comme aux doigts.

Elle a été employée pour réparer 21 tendons chez 14 malades. Il y eut 14 bons résultats, 4 résultats moyens et 3 échecs. Les 5 cas de suture des fléchisseurs en dehors des gaines n'ont donné que des succès. Les mauvais résultats ont été observés pour la suture des fléchisseurs au niveau de leurs gaines.

Chez un malade, on réintervient 6 mois plus tard pour retirer un névrome du médian, ce qui permit d'explorer les tendons. Certains avaient été suturés à la soie suivant

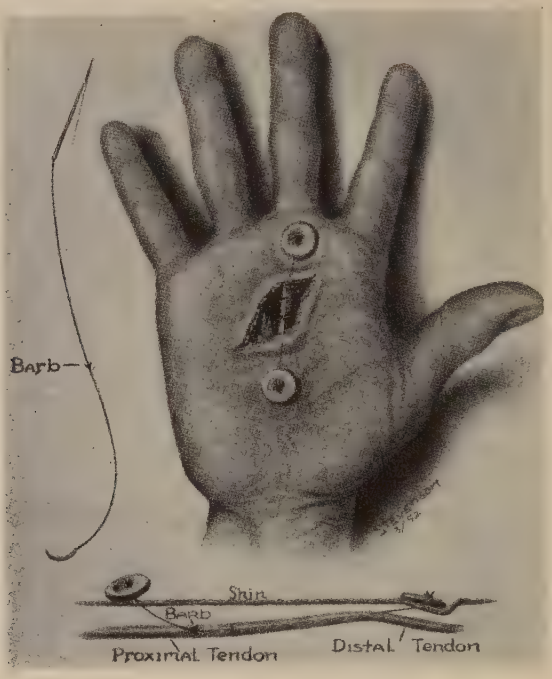


Fig. 1.

la technique classique, d'autres suivant la technique décrite. Le résultat fonctionnel était bon dans les 2 cas, mais les premiers étaient indurés et entourés de tissu réactionnel, tandis que les seconds étaient restés lisses et d'aspect normal.

André Sicard.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

O. Raisch (Stuttgart). — **Sur la ligature de l'hypogastrique dans les hémorragies des artères fessières** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **78**, n° 5, 1953, p. 208-214, avec 1 fig.).

La loi générale de la ligature de l'artère blessée *dans la plaie* se trouve en défaut en ce qui concerne les artères fessières; ici la ligature doit porter à distance sur le tronc même de l'hypogastrique.

La ligature de l'hypogastrique n'entraîne aucun danger d'ischémie; elle est depuis longtemps pratiquée sans ennuis au cours d'opérations pelviennes; expérimentalement, même bilatérale, elle se montre dénuée de tout inconvénient, en raison de la richesse de son territoire en anastomoses, notamment avec l'hémorroïdale supérieure (relevant du système mésentérique), l'épigastrique (relevant de l'iliaque externe), la spermatique ou l'utéro-ovarienne (branches directes de l'aorte).

On pourrait penser qu'en raison même de la richesse de ces anastomoses, la ligature de l'hypogastrique n'amène pas au niveau des fessières une hémostase absolue; en pratique, cependant la diminution de l'afflux sanguin est telle que l'hémorragie cesse.

C'est, en outre, une intervention facile alors que la recherche et la découverte d'une artère fessière dans la profondeur d'un grand délabrement musculaire, ou mieux encore en milieu infecté, comporte de grosses difficultés techniques et des risques de dissémination septique.

Au cours des anévrysmes, la ligature de l'artère hypogastrique se montre suffisante et l'extirpation seconde du sac devient inutile.

R. a traité 8 blessés, dont 2 présentaient de graves délabrements musculaires de la fesse; 2 fois l'hémorragie avait été primitive; 6 fois secondaire, en relation avec les progrès de l'infection, elle n'est apparue qu'au 10e à 25e jour; dans 1 cas elle ne survint que 21 jours après une hémostase primitive locale.

Dans tous les cas, l'auteur s'est porté directement sur l'hypogastrique, sans pour celà renoncer au traitement rationnel de la plaie fessière. Il a toujours vu la réparation se faire dans des conditions satisfaisantes, avec un beau tissu de granulation, témoin d'une irrigation suffisante; la guérison a toujours été obtenue en 8 à 10 semaines, une plastie cutanée n'ayant été nécessaire que dans 1 seul cas.

R. emploie de préférence la voie sous-péritonéale, qui lui donne le maximum de sécurité du côté de l'uretère.

R. Gueullette.

Walter R. Wilkinson (Huntington). — **Anévrysme aortique abdominal** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 1, Janv. 1953, p. 82-86, avec 4 fig.).

A propos de 1 cas traité par la cellophane, W. fait une courte étude des anévrysmes de l'aorte abdominale.

Son malade, âgé de 67 ans, en excellente santé apparente, fut hospitalisé pour une polyarthrose du rachis et des épaules. En l'examinant, on constata une masse pulsatile et expansive, mobile latéralement, de la dimension d'une grosse orange. En dehors de constipation et d'une vague douleur de l'hypochondre gauche, il n'existait pas de signe fonctionnel.

L'exploration radiographique du tube digestif montra seulement un déplacement du duodénum suggérant la localisation rétro-péritonéale de la tumeur, mais l'urographie fut normale.

Une laparotomie, pratiquée sans diagnostic précis, fit découvrir un anévrysme fusiforme de l'aorte, de 8 à 12 cm de long, s'étendant du bord inférieur du duodénum à la bifurcation et présentant deux petites zones amincies sur sa face antérieure. Cette première intervention fut seulement exploratrice. 1 mois plus tard, on réintervint. De la cellophane (avec 1,5 mil. polythène) fut placée autour de l'aorte au-dessus de la poche et autour de l'origine des iliaques. Trois plus grands fragments superposés furent suturés devant l'anévrysme. Enfin de la cellophane simple fut placée par-dessus le tout pour protéger les uretères et éviter qu'ils ne soient inclus dans la fibrose secondaire. Il ne fut pas possible de suturer complètement le péritoine postérieur.

Malgré une douleur abdominale intense et des signes sub-occlusifs apparus au 5e jour et qui cédèrent à l'aspiration, les suites opératoires furent relativement simples. Un œdème important apparut au niveau des deux jambes, d'abord à droite au bout de 2 semaines, puis à gauche au bout de 4 semaines. Cet œdème fut attribué à la compression des veines iliaques par le tissu fibreux réactionnel. Il commença à diminuer après 1 mois.

Revu 1 an plus tard, ce malade se portait bien. Il présentait seulement de petites douleurs abdominales intermittentes. La tumeur n'avait pas augmenté de volume. Elle était indurée et non mobile. Le pouls était normal aux deux membres inférieurs. L'œdème avait disparu.

André Sicard.

E. G. Hardy et **Charles Noon** (Norfolk). — **Embolies aortique et axillaire simultanées (Traitement chirurgical suivi de succès complété par une valvulotomie)** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 14, 24 Janv. 1953, p. 170-172).

Il s'agissait d'une femme de 42 ans atteinte d'un rétrécissement mitral rhumatismal, qui, étant hospitalisée à l'occasion d'une poussée évolutive avec décompensation cardiaque, fit un syndrome brutal d'embolie de la bifurcation aortique et de l'artère axillaire gauche. Elle fut opérée 30 mn après le début des accidents. L'intervention consista, après abord des deux fémorales et constatation de leur état spastique et de leur vacuité, en un abord par voie trans-péritonéale de la bifurcation aortique qu'occupait un caillot remontant jusqu'à 1 cm de la bifurcation. L'aorte fut incisée immédiatement au-dessus de la bifurcation après qu'elle ait été préalablement clampée en amont et les caillots furent refoulés par expression douce de chacune des deux iliaques primitives. L'intervention terminée, tous les vaisseaux battaient largement à l'exception de l'artère iliaque externe et de la fémorale du côté gauche. La fémorale gauche fut alors ouverte et une aspiration de l'iliaque externe pratiquée par cette voie. Comme l'état de la malade était tout à fait satisfaisant l'axillaire fut abordée à son tour par voie trans-pectorale. Un caillot occupait le 1/3 inférieur du vaisseau. Il fut extrait par artériotomie.

Les suites opératoires furent satisfaisantes en ce sens qu'il n'y eut pas de gangrène et que la vitalité des membres intéressés fut préservée, mais le pouls périphérique ne reparut nulle part. A noter qu'il ne fut pas utilisé d'anticoagulant.

3 mois plus tard la malade subissait une valvulotomie mitrale dans le but d'améliorer l'état cardiaque et de prévenir le retour de phénomènes emboliques.

Depuis la dernière opération qui date de 10 mois l'état de la malade apparaît considérablement amélioré. Elle peut parcourir un mille sans fatigue ni claudication, monter des escaliers sans essoufflement et vaquer sans peine à ses travaux de ménagère.

MARCEL ROUX.

William Klingensmith, Amarillo et **Frank V. Theis** (Chicago). — **Embolectomie des artères iliaque et fémorale (Revue critique des cas observés au Cook County Hospital de 1946 à 1951)** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **150**, n° 14, 6 Déc. 1952, p. 1393-1396, avec 1 fig. dont 3 tabl.).

Frappés des résultats secondaires souvent décevants des embolectomies, les auteurs ont repris l'étude de 19 malades ayant subi au Cook County Hospital au cours des années 1946-1951 une embolectomie fémorale ou iliaque; les résultats de cette enquête apportent une note franchement pessimiste.

Parmi les 19 malades étudiés, 15 moururent à l'hôpital, 3 subirent une amputation au-dessus du genou. Chez un seul la restauration fonctionnelle fut satisfaisante.

Si le résultat de l'embolectomie paraît assez souvent immédiatement et spectaculairement favorable, le cours du sang se rétablissant aussitôt après la levée de l'obstacle, les échecs secondaires viennent d'ordinaire de la réapparition du processus thrombosant. D'autre part, ces malades qui présentent la plupart du temps de graves lésions cardiaques succombent, soit à de nouvelles embolies, soit à une défaillance cardiaque.

Le pronostic de l'embolectomie semble dominé par un certain nombre de facteurs : la durée de l'obstruction artérielle qui, pour laisser espérer un succès, ne doit pas être supérieure à 8 h; le siège de l'obstruction au niveau de la bifurcation d'un gros vaisseau permettant un abord en amont de l'obstacle sur la partie la plus large du vaisseau, ce qui évite un rétrécissement secondaire du fait de la suture de l'artériotomie; la qualité de la paroi artérielle malheureusement souvent altérée; l'âge des malades; enfin, le pronostic étant nettement plus favorable chez les sujets jeunes.

MARCEL ROUX.

Frank V. Theis (Chicago). — **Thrombose de l'aorte terminale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 4, Oct. 1952, p. 505-511, avec 3 fig.).

F. T. reconnaît l'individualité clinique du syndrome décrit par Leriche en 1940. Il en a observé 29 cas, ce qui représente 1,6 p. 100 des malades examinés pour des troubles artériels des membres inférieurs (6 cas furent des découvertes d'autopsie). Ces cas concernent 16 femmes et 13 hommes, dont 7 diabétiques.

Le diagnostic peut être fait sans difficulté quand l'occlusion de la bifurcation est complète, mais il importe de faire un diagnostic plus précoce et, pour cela, de se baser sur les troubles circulatoires périphériques évoluant progressivement, la claudication intermittente, la douleur des hanches et des muscles de la cuisse, l'absence du pouls, les courbes oscillométriques, la réponse de la température cutanée aux vaso-dilatateurs, les calcifications de l'aorte visibles sur les radiographies.

L'aortogramme n'est pas nécessaire pour faire le diagnostic ni pour décider du choix du traitement.

La thrombose massive rapide avec gangrène précoce des extrémités est rare. Elle est difficile à différencier de l'embolie.

F. T. n'est pas partisan de la résection de la bifurcation. Elle permet rarement l'exérèse du bout proximal du thrombus et supprime inutilement les petits vaisseaux collatéraux formés à travers ce thrombus qui assurent un peu de circulation périphérique.

Il donne sa préférence à la sympathectomie lombaire bilatérale qui a toujours un heureux effet sur l'importance fonctionnelle et qui améliore la circulation périphérique, comme le prouvent l'oscillométrie et la lecture de la température cutané après l'opération.

Il est de plus très important de réduire le cholestérol du sang qui est souvent élevé. Dans 62 p. 100 des cas l'hypercholestérolémie dépassait 300 mg.

André Sicard.

Clarence Crafoord et **Tor Hiertonn** (Stockholm). — **1 cas de thrombose de la bifurcation aortique traité chirurgicalement** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 2-3, Déc. 1952, p. 81-86, avec 4 fig.).

Homme de 31 ans, présentant une thrombose progressive de la bifurcation aortique, confirmée par la radiographie. Le thrombus, en Y, put être libéré après incision de l'aorte et de l'iliaque gauche. Une lésion de la face postérieure de l'aorte fut réparée par surjet. 1 mois plus tard, la guérison clinique et radiologique se maintenait.

Métivet.

L. R. Sauvage et **H. N. Harkins** (Seattle). — **Une étude expérimentale des effets de la conservation sur le destin des homogreffes aortiques et veino-caves chez le porc en état de croissance** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 3, Sept. 1952, p. 439-458, avec 17 fig.).

S. et H. donnent les résultats de 50 greffes homologues, retardées, de courte longueur, d'aorte ou de veine cave inférieure, conservées dans des solutions de Ringer ou de Tyrode, additionnées de sérum homologue, ces greffes étant faites sur des porcs en état de croissance.

La durée de la conservation de la greffe avant l'implantation n'a pas d'influence nette sur la thrombose, ou ses changements de dimensions avec la croissance de l'hôte.

L'incidence de troubles de dégénérescence de plaques d'athérome et de calcification est en relation douteuse avec la durée de la conservation.

Les greffes aortiques de courte longueur augmentent de dimensions avec la croissance, mais plus lentement qu'elle.

Les greffes de veine cave inférieure tendent à rester stationnaires ou à décroître de diamètre après leur implantation dans des pertes de substance de l'aorte abdominale.

Les liquides de Ringer ou de Tyrode, avec 10 p. 100 de sérum homologue, à une température légèrement au-dessus de 0°, sont les meilleurs milieux de conservation.

M. GUIMBELLOT.

René Fontaine. — **Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle** (Un vol., in-8, 138 p., *L'Expansion scientifique française*, éd., 1952).

La grande expérience personnelle de l'auteur repose, entre autres, sur 40 surrénalectomies et 45 splanchnico-sympathectomies parmi lesquelles 19 sous-diaphragmatiques et 26 thoraco-lombaires. L'observation de ces malades donne aux conclusions, d'ailleurs très modérées, du professeur Fontaine, un intérêt tout particulier. Se trouve confirmée la valeur de la chirurgie dans les tumeurs cortico- ou médullo-surrénaliennes et, par conséquent, celle des épreuves pharmacologiques permettant de les déceler. L'hypertension permanente due à une néphropathie unilatérale justifie l'intervention sur le rein malade. Par contre, l'acte opératoire n'est guère indiqué dans l'hypertension d'origine rénale indiscutable, dans les formes malignes primitives et dans les formes symptomatiques de la soixantaine. En tous cas, lorsque le recours à la chirurgie semble nécessaire, on doit surtout en attendre la suppression des poussées paroxystiques. L'association surrénale et thoraco-lombaire paraît une bonne formule d'avenir.

CL. OLIVIET.

O. C. Julian, W. S. Dye, J. H. Olwin et **P. H. Jordan** (Chicago). — **Chirurgie directe de l'artério-sclérose** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 3, Sept. 1952, p. 459-474, avec 10 fig.).

J., D., O. et J. montrent les aspects cliniques et artériographiques des segments d'artères obstruées ou malades par artério-sclérose. Ils décrivent la résection et le remplacement de ces segments par une greffe veineuse; la fémorale superficielle, la saphène fournissent de bons greffons. Lorsque la résection porte sur l'artère superficielle, et qu'on la remplace par la saphène, ils décrivent une technique personnelle consistant à sectionner l'artère en haut, la saphène en bas, et à suturer le bout proximal de la saphène au bout proximal de l'artère: on réalise ainsi une anastomose artério-veineuse provisoire en anse; ils réséquent ensuite le segment artériel malade; puis ils sectionnent la saphène au niveau de sa crosse, et la renversent de haut en bas pour l'anastamoser au bout inférieur de l'artère au-dessous de la résection. Le courant sanguin est donc inversé dans le greffon veineux. Cette pratique permet à la greffe veineuse d'être parcourue par un courant sanguin pendant toute la durée de l'opération ou presque, et ainsi de ne pas se dessécher.

Ils font également des thrombo-endarriectomies, ou intimectomies, par une technique personnelle d'éversion des couches artérielles externes flexibles.

Ils ont fait 19 greffes veineuses pour remplacer la fémorale superficielle sur 18 malades, 2 fois avec des autogreffes de veines fémorales superficielles, 14 fois avec des autogreffes de saphènes et 3 fois avec des homogreffes de saphène. 12 de ces 19 greffes restaurèrent la circulation avec retour du pouls et amélioration de la fonction. Il y a eu 7 échecs.

6 malades subirent des intimectomies; 5 portaient sur l'artère iliaque primitive ou externe, avec 3 succès et 2 échecs: 1 portait sur l'artère fémorale superficielle avec succès suivi seulement pendant 3 mois.

Une bifurcation aortique a été remplacée par une homogreffe aorto-iliaque.

M. GUIMBELLOT.

Robert A. Nabatoff, Arthur S. W. Touroff, Milton Gross et **Sigmund Brahms.** — **L'utilisation expérimentale de la veine cave comme greffe autogène pour réparer des pertes de substance sur l'aorte du chien** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 1, Janv. 1953, p. 87-92, avec 4 fig.).

Dans ce premier travail expérimental, les auteurs ont étudié la circulation collatérale et la pression veineuse à la suite de la résection de la veine cave inférieure, depuis les veines rénales jusqu'aux veines iliaques.

20 chiens, observés pendant plus de 2 ans, n'ont présenté aucune séquelle apparente.

La pression veineuse, mesurée au niveau de la poplitée, après une élévation de courte durée, redevient normale.

Les phlébographies post-opératoires montrent une riche circulation de retour par les veines vertébrales, hypogastriques et pariéto-abdominales. La circulation collatérale a été vérifiée, après sacrifice des animaux, par des injections de vinylite.

Il est donc possible d'envisager la veine cave comme matériel de greffe aortique chez l'homme.

André Sicard.

Roald Adelstern Jensen (Oslo). — **Thrombo-embolies post-opératoires observées de 1940 à 1948** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 4, Juil. 1952, p. 263-275, avec 4 graph.).

Statistique portant sur 15 442 opérations pratiquées de 1940 à 1948 dans 2 hôpitaux d'Oslo.

Dans l'ensemble, la thrombo-embolie fut observée dans 2 p. 100 des cas; un peu plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

La fréquence de la complication augmente avec l'âge. Elle fut de : 3,3 p. 100 de 10 à 60 ans, et de 2,8 p. 100 au-dessus de 60 ans, dans l'un des hôpitaux; et de 2,8 p. 100 entre 40 et 60 ans, et de 5 p. 100 au-dessus de 60 ans, dans l'autre hôpital.

La fréquence de la thrombo-embolie a considérablement diminuée pendant la guerre, pour augmenter progressivement depuis la fin des hostilités. Bien que l'auteur ne puisse donner une explication certaine de ce fait, il pense qu'il est dû à l'amaigrissement des malades pendant la guerre. Cette diminution de la fréquence de la thrombo-embolie coïncide avec une diminution de la mortalité par lésions cardio-vasculaires générales, pendant la guerre.

Métivet.

P. Tagariello (Padoue). – **L'obstruction intermittente de la veine sous-clavière** (*Omnia Medica*, vol. **30**, fasc. 3-4, Mai-Août 1952, p. 215-249).

L'auteur étudie et définit ce syndrome caractérisé par : douleur, turgescence des veines, cyanose, tuméfaction du membre supérieur, augmentation de la pression veineuse. Provoqué toujours par un mouvement déterminé, ou une attitude du membre, il disparaît immédiatement dès que cesse la cause apparemment provocatrice.

Il décrit le cas d'une jeune femme de 18 ans chez qui ce syndrome apparaissait à l'occasion des mouvements d'élévation des bras, ou des travaux de ménage.

La phlébographie montre un arrêt brusque à la partie terminale de la veine sous-clavière.

L'intervention permet la section d'un ligament vertébro-pleural qui étranglait la veine. La guérison clinique fut *immédiate, totale et définitive*.

Cependant, 3 mois plus tard, une phlébographie de contrôle montra une image identique à l'image pré-opératoire. On en conclut que l'image d'arrêt ne pouvait avoir aucune signification pathologique ou diagnostique.

De nombreuses phlébographies sur des sujets normaux confirmèrent cette hypothèse, un *arrêt* ou une *sténose* étant parfois constatés chez des sujets à circulation normale.

Ceci tient à une valvule de la sous-clavière, *valvule terminale*, dont le mécanisme fonctionnel entraîne l'ouverture ou la fermeture pour un temps très court. Le film pris lors de la fermeture de la valvule montrera une image d'arrêt. La manœuvre de Valsava, qui gène la circulation de retour des veines du cou et du membre supérieur, permet aisément d'obtenir une telle image.

Aussi, celles décrites comme des obstructions intermittentes de la sous-clavière, n'en sont-elles pas, si elles ne s'accompagnent d'un syndrome clinique net.

J. Assali.

John Paul North et **Oscar J. Wollenman** (McKinney). — **Occlusion d'origine veineuse au cours des thrombophlébites** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 6, Déc. 1952, p. 665-670, avec 3 fig.).

A propos de 3 cas de thrombose veineuse mésentérique survenue chez des malades ayant des antécédents de thrombophlébite des membres inférieurs, N. et W. discutent la pathogénie de l'affection et la rattachent à la thrombo-angéite oblitérante.

Les signes abdominaux sont apparus 19 mois, 2 ans et 2 ans 1/2 après la phlébite initiale.

L'un des malades fit deux accidents successifs à 2 mois d'intervalle. Après une résection du sigmoïde, il fallut lui faire une résection du jéjunum.

Le diagnostic n'a été fait qu'en cours d'intervention qui conduisit nécessairement à une entérectomie.

2 malades guérirent. Le 3e mourut au 9e jour par gangrène de l'intestin due à une thrombose extensive de la veine mésentérique supérieure.

Dans 1 cas, la thrombose s'était développée sur une phlébite préexistante. Dans les deux autres, il s'agissait d'une thrombose d'une veine normale. Les artérioles de la paroi intestinale étaient le siège d'une légère réaction inflammatoire, mais en aucun cas, on ne trouva de thrombose artérielle.

14 cas semblables ont été retrouvés dans la littérature.

André Sicard.

R. Rossi et **M. Servello** (Padoue). — **Recherches expérimentales sur la ligature de la veine cave inférieure** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **29**, fasc. 10, Oct. 1952, p. 640-569).

1° Ligature de la veine cave inférieure. Pratiquée au-dessous des veines rénales, elle n'entraîne pas la mort de l'animal. Après une première période de paralysie du train postérieur, et d'œdème traduisant une stase grave, on assiste à la constitution d'une circulation collatérale fonctionnellement suffisante en l'espace de 25 à 30 jours (photoplétysmographie, phlébographies).

2° Dans un second groupe d'animaux, on pratique par suture latérale une sténose de la veine cave sus-diaphragmatique, en réduisant sa lumière des deux tiers. Ce qui entraîne le développement d'une circulation collatérale jusque dans les membres postérieurs. Ce réseau bien constitué au bout de 20 jours, présente cependant des rameaux de calibre inférieur à ceux observés après ligature de la veine cave.

La circulation intra-hépatique s'en trouve réduite. Les formations capillaires ne sont pas visibles sur les hépatogrammes, les troncs veineux semblent amputés. Ceci est dû à l'œdème du parenchyme qui étrangle les petits vaisseaux. L'examen histologique le confirme.

3° Dans une troisième série d'expériences, on pratique la ligature de la veine cave inférieure après avoir créé une sténose comme dans les cas ci-dessus. Les suites opératoires sont beaucoup plus bénignes et la récupération fonctionnelle est totale en 15 jours, ayant bénéficié de la circulation collatérale provoquée par la sténose de la veine cave sus-diaphragmatique.

Si l'on admet que le cadre de l'hypertension veineuse par sténose de la veine cave est superposable du point de vue purement dynamique, à celui de l'hypertension par décompensation cardiaque, on peut conclure que :

Les modifications circulatoires entraînées par la ligature de la veine cave inférieure sont temporaires, car on assiste à la formation d'une circulation collatérale proportionnelle au degré d'hypertension, ou plus exactement au développement d'un réseau déjà formé en partie.

Ceci confirme ce que l'on sait des suites de la ligature de la veine cave inférieure, en état de pression normale (par exemple incidents opératoires) entraînant des œdèmes de longue durée, et des suites de ligature de la veine cave en hypertension (phlébothrombose, décompensation cardiaque). Dans ces derniers cas, il n'est pas rare de n'observer aucun phénomène de stase après la ligature.

J. Assali.

J. Bastos, A. Salvador et **A. Sampaio Tavares.** — **Hypertension portale** (*Gazeta Medica Portuguesa*, vol. **5**, n° 4, 4e trim. 1952, p. 553-568, avec 20 fig.).

Des recherches expérimentales sont rapportées, concernant l'hypertension portale. Elles ont été menées sur le chien. Il s'est agi, ou bien d'une oblitération totale ou partielle de la veine splénique, quelquefois associée à l'oblitération de la veine gastro-épiploïque gauche, ou bien d'une oblitération du tronc veineux coronaro-splénique, ou bien d'une oblitération de la veine porte elle-même.

Ces actions sur le système veineux porte ont parfois été associées à des sympathectomies.

Les conclusions de ces recherches sont l'impossibilité d'obtenir une véritable splénomégalie, l'apparition de varices œsophagiennes en l'absence de splénomégalie, enfin la formation très rapide de voies de dérivation veineuse néoformées.

La sympathectomie paraît avoir joué un rôle adjuvant dans la formation de cette circulation de remplacement.

Ce travail est illustré de bonnes figures, reproductions de radiographies des systèmes veineux porte et cave chez les animaux opérés.

P. Moulonguet.

Leif Efskind (Oslo). — **Pathogénie de l'hypertension portale** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 2-3, Déc. 1952, p. 157-161, avec 5 fig.).

Étude de 2 cas bien particuliers d'hypertension portale observés chez l'enfant.

1° Fille de 8 ans, opérée à 6 ans de hernie ombilicale avec fièvre post-opératoire pendant quelques jours. Syndrome d'hypertension portale progressif. Splénectomie d'une grosse rate; anastomose spléno-rénale. Mort au 13e jour. Persistance d'une veine ombilicale avec de grosses lésions d'ancienne phlébite.

2° Garçon de 4 ans, opéré à l'âge de 2 mois de hernie ombilicale; grosse fièvre post-opératoire jugulée par la pénicilline. Syndrome d'hypertension portale avec grosse hématémèse. Splénectomie avec anastomose spléno-rénale. Veine splénique partiellement oblitérée. Il existait de nombreuses et anciennes adhérences de l'épiploon à la région de l'ombilic.

L'auteur pense que ces dispositions anatomiques ont pu expliquer l'extension de l'infection au territoire splénique, dont l'hypertension portale a été la conséquence tardive.

Métivet.

NERFS

R. A. Wise et **G. F. Asbury** (Portland). — **Neurinomes malins des nerfs périphériques** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 5, Nov. 1952, p. 874-882, avec 11 fig.).

W. et A. apportent 3 observations de neurinomes malins des nerfs périphériques traités chirurgicalement.

1° Homme de 25 ans. Tumeur à marche rapide de la portion axillaire du nerf médian droit. Ablation, 14 mois plus tard large récidive : désarticulation inter-scapulothoracique. Après 8 mois réintervention pour récidive dans les extrémités sectionnées

des racines de C7, C8, D1. Puis au bout de 4 mois laminectomie pour récidive au niveau de C 7. Enfin mort 18 mois plus tard.

2e Homme de 54 ans. Volumineux neurinome du nerf du grand dorsal. Ablation. 3 mois plus tard récidive. Amputation inter-scapulothoracique. Guérison persistant depuis 2 ans.

3e Homme de 31 ans. Tumeur de la lèvre inférieure qui est enlevée. 6 mois plus tard, récidive. Il s'agit d'un neurinome malin du nerf dentaire inférieur. Ablation de la moitié gauche du maxillaire inférieur avec section du nerf à la base du crâne. 1 mois plus tard, on fit une ablation totale du ganglion de Gasser, qui était partiellement envahi. Guérison persistant 1 an plus tard.

M. Guimbellot.

P. Mosetti (Gênes). — **Sur un cas rare de neurinome englobé dans le plexus brachial** (*Minerva Chirurgica*, an. 8, n° 1, 15 Janv. 1953, p. 8-10).

Une femme de 32 ans accuse depuis 3 ans des douleurs dans le membre supérieur droit. On a pensé à une métastase d'une tumeur thyroïdienne opérée 10 ans auparavant et pratiqué des séances de radiothérapie sans résultat. Les douleurs très aiguës sont constantes, irradiant de l'épaule jusqu'à l'extrémité des doigts, dans le territoire du médian.

On sent dans le creux sus-claviculaire une tumeur dure, fixée, extrêmement douloureuse à la palpation.

Par une incision sus-claviculaire, on découvre une tumeur du volume d'un œuf de cane, englobée dans les racines du plexus brachial, et particulièrement dans la fourche du médian.

La dissection en est très difficile, mais est menée à bien sans lésions nerveuses ou vasculaires.

Tous les phénomènes douloureux disparaissent en 1 mois.

Il s'agit d'un neurinome de type fibrillaire avec des caractères certains de bénignité.

J. Assali.

CRANE ET ENCÉPHALE

Robert C. Bassett (AnnArbor). **Carl F. List** (Grand Rapids) et **Lloyd J. Lemmen** (AnnArbor). — **Traitement chirurgical des anévrysmes intra-crâniens** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 6, Déc. 1952, p. 701-708, avec 5 fig.).

Le traitement des anévrysmes intra-crâniens ne peut être établi sans un diagnostic précis. Il faut être fixé sur le siège et les dimensions de la lésion, ainsi que sur l'existence éventuelle d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, sous-durale ou intra-cérébrale. Si l'examen neurologique indique les signes de localisation, c'est l'angiographie cérébrale qui donne les meilleurs renseignements. Elle est faite avec du diodrast par ponction percutanée de la carotide. Dans le cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë, il est préférable d'utiliser l'anesthésie générale pour éviter tout effort et tout mouvement du malade.

Les risques de l'angiographie (aphasie, hémiparésie) ne sont pas négligeables, mais ils ne sont pas plus grands dans les anévrysmes que dans les autres lésions du cerveau.

Même avec une technique angiographique parfaite, un anévrysme peut ne pas être mis en évidence. 4 des cas rapportés et découverts à l'intervention n'avaient pas été visualisés par la radiographie.

Sur 73 cas, 29 ont été traités par la ligature cervicale de la carotide avec une mortalité de 3,4 p. 100, 25 par la ligature intra-crânienne avec une mortalité de 40 p. 100 et 18 par les deux ligatures combinées avec une mortalité de 50 p. 100.

La ligature intra-crânienne offre une guérison meilleure, mais sa mortalité est trop élevée, tandis que la ligature extra-crânienne est bénigne, mais donne un pourcentage

élevé d'hémiparésies (dont le plus grand nombre, il est vrai, rétrocède complètement) et expose à des hémorragies itératives.

Elle est néanmoins la méthode de choix comme premier traitement. On la complète par une ligature intra-crânienne si les troubles persistent ou récidivent. Les deux temps opératoires ont été faits de 2 jours à 13 mois d'intervalle.

La vaso-constriction qui s'établit généralement autour de l'anévrysme agit en arrêtant l'hémorragie, mais elle favorise indiscutablement l'hémiparésie. Les vaso-dilatateurs et les blocages sympathiques doivent néanmoins être proscrits.

André Sicard.

RACHIS ET MOELLE

S. de Seze. — 8 entretiens sur le rôle du disque intervertébral dans les syndromes douloureux de la charnière lombo-sacrée (*Exp. scientifique française*, 46 pages).

On trouve réunies dans cette monographie 8 leçons sur un sujet que De Sèze connaît particulièrement bien. La pathologie de la charnière lombo-sacrée est de connaissance relativement récente. Les travaux de De Sèze et de son école ne cessent de lui apporter une contribution importante et ont ouvert un chapitre thérapeutique qui, jusqu'à ces dernières années, n'avait suscité qu'un intérêt restreint.

Longtemps le lumbago a été considéré comme une affection musculaire ou articulaire. Le rôle du disque intervertébral était méconnu. C'est pourtant lui, qu'il agisse par affaissement, par arthrose, par hernie, par glissement vertébral, qui est responsable de la plupart des syndromes douloureux. C'est encore lui qui est en cause dans les anomalies transitionnelles de la charnière.

L'articulation lombo-sacrée comporte, du point de vue physiologique, non pas 1, mais 2 disques-charnières, entre lesquels le travail de la dynamique lombo-sacrée est harmonieusement réparti, ce qui explique que les deux derniers disques lombaires se partagent le triste privilège de la lombo-sacralgie.

Les traitements médicaux et les indications opératoires sont exposés avec l'expérience de l'auteur et avec son parfait éclectisme, car, s'il est de ceux qui ont contribué à faire progresser les techniques chirurgicales, il est aussi celui qui a mis au point la vertébrothérapie et qui vient de montrer l'action de la cortisone sur la lombalgie et sur la sciatique.

André Sicard.

J. Dohr (Bonn). — **L'emploi du curare comme agent favorisant les réductions ostéo-articulaires, et notamment la luxation des vertèbres cervicales** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 49, 1952, p. 2399-2404, avec 6 fig.).

La réduction de la luxation cervicale impose une exacte reposition anatomique, suivie d'une longue immobilisation.

En dehors des conditions purement ostéo-articulaires, elle est souvent rendue difficile du fait de la tonicité des muscles de la nuque; celle-ci se trouve ici exagérée, non seulement en raison des attritions, contusions ou hématomes musculaires, mais encore parce que la musculature doit suppléer au rôle statique déficient des os et des articulations.

Les manœuvres classiques de réduction, suivies de l'application de l'appareil de Glisson sont bien souvent suivies de récidive à plus ou moins longue échéance.

Dans un cas personnel, l'auteur a vu le déplacement se reproduire après deux tentatives, la première faite sous anesthésie locale, la seconde sous Évipan. L'emploi du curare à dose faible (60 U.) lui a permis une réduction aisée, avec perception nette de ressaut; il a appliqué alors une minerve plâtrée; mais la radiographie lui montra que les apophyses n'étaient pas en place; en fait, 8 jours plus tard, la luxation s'était reproduite.

C'est alors qu'il a été amené à employer la technique qu'il décrit et représente, et dont les points principaux sont les suivants : curare, manœuvres de réduction sous forte extension par l'appareil de Glisson, puis pendant la pose de l'appareil plâtré, relâchement de la traction axiale: la minerve est laissée en place pendant 4 mois (6 mois et plus peuvent être nécessaires dans les formes graves). Le résultat fut excellent et durable.

D. insiste en terminant sur l'aide considérable que lui a apporté le curare; bien que les doses ici employées ne doivent être capables d'influencer la musculature respiratoire, il est nécessaire cependant de n'utiliser cette drogue qu'en cas d'indications formelles, et lorsque les conditions techniques sont réalisées qui permettront l'intubation immédiate et la mise en œuvre de la respiration contrôlée.

R. Gueullette.

A. Vogl (Glückstadt s. Elbe). — **Une suture de la moelle** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 51, 1952, p. 2489-2494, avec 2 fig.).

Tout essai d'allongement, toute suture directe après avivement est d'exécution impossible au niveau de la moelle; la tubulisation y est sans effet. Il faut recourir à la greffe autoplastique vivante (la greffe libre ne donne rien), et si possible du volume de la moelle.

A la double amputation ou désarticulation de cuisse, qui a été proposée pour simplifier les soins chez le paraplégique (et exécutée), il apparaît préférable à l'auteur de sacrifier un seul membre, d'utiliser le nerf sciatique comme matériel de greffe, et un fragment de la veine fémorale pour reconstituer un sac dural.

Voici l'opération que propose V. : 1er temps; dissection et libération du sciatique depuis l'échancrure jusqu'à la malléole; sectionné à son extrémité inférieure, le nerf est remonté à travers la musculature de la fesse et les muscles des gouttières vertébrales aussi haut que possible au niveau de la lésion médullaire, et fixé; tout le système d'irrigation centrale du tronc nerveux est ainsi conservé; 2e temps : ouverture du canal vertébral au niveau de la lésion médullaire, avivement du bout supérieur de la moelle, et suture avec le sciatique; 3e temps : après revascularisation, avivement du bout inférieur de la moelle et suture avec le tronc nerveux sectionné à la demande, sans traction; c'est à ce moment que la veine fémorale prélevée peut être utilisée pour refaire une enveloppe médullaire.

Cette méthode, qui emploie un nerf vivant, éviterait la mort ou la sclérose du greffon. Les temps 1 et 2 pourraient être fusionnés, mais ce serait aggraver une intervention sévère chez un malade déjà fatigué.

V. a appliqué cette technique chez un blessé de 42 ans présentant une section de la moelle à hauteur de D12; il en relate le protocole opératoire détaillé, à peu de détails près, conforme au plan théorique exposé ci-dessus; les différents temps ont été pratiqués sous anesthésie à l'évipan, complétée par une infiltration locale à la novocaïne. Pénicilline et streptomycine ont aidé à la simplicité des suites.

Quant à la reprise de la fonction médullaire, il ne saurait être question de l'apprécier avant quelques mois ou années.

R. Gueullette.

ŒIL ET ORBITE

W. Mck Craig et **H. W. Dodge** (Rochester). — **Traitement chirurgical de l'exophtalmie progressive** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 3, Sept. 1952, p. 366-374, avec 4 fig.).

L'exophtalmie progressive de la maladie de Graves, surtout après thyroïdectomie, entraîne des troubles importants des globes oculaires, qui peuvent nécessiter des interventions destinées à décomprimer le contenu de l'orbite. A la Clinique Mayo, 28 opérations par voie transcrânienne, dont 21 bilatérales, ont été pratiquées depuis 1934 avec un décès opératoire.

M. et D. utilisent le procédé de Naffziger légèrement modifié. Anesthésie au pentothal. Ponction lombaire dont l'aiguille, laissée en place, est reliée à une seringue de 50 cm³. Incision suivant la racine des cheveux sur le front et les tempes. Taille d'un volet osseux comprenant tout le frontal. La dure-mère des lobes frontaux est décollée de l'os. L'aspiration de 45 cm³ de liquide céphalo-rachidien dans la seringue permet l'affaissement de la dure-mère et des lobes frontaux et la mise à nu du plafond des orbites. Ces plafonds sont réséqués sur toute leur étendue sauf au niveau des canaux optiques. L'aponévrose des orbites est incisée crucialement. Le liquide de la seringue est alors refoulé dans l'espace céphalo-rachidien, ce qui remet en place la dure-mère et les lobes frontaux. Le volet osseux est remis en place et la peau refermée.

Chez tous les opérés, sauf un, les progrès de l'exophtalmie furent arrêtés, et il y eut le plus souvent une diminution de la saillie oculaire.

M. Guimbellot.

NEZ

E. Schmidt. — **Une nouvelle voie dans la chirurgie plastique du nez** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 4, 1952, p. 385-413 avec 57 fig.).

L'auteur publie un article très richement illustré de technique chirurgicale pour réparer le squelette détruit du nez. La charpente osseuse est prélevée sur le cartilage costal; la peau manquante est généralement prélevée à l'aide de lambeaux pédiculés sur la région frontale; dans la reconstitution souvent difficile des ailes du nez et l'auteur utilise des lambeaux modèles en se servant du cartilage de l'oreille. De nombreuses figures démonstratives montrent les lésions avant l'intervention et le résultat obtenu.

J. Sénèque.

BOUCHE

J. Conde. — **Technique de la chirurgie des cancers des lèvres** (*Arquivo de Patologia*, vol. **24**, n° 1, Avril 1952, p. 1-77, avec 66 fig.).

Il faut signaler cet article qui est fort intéressant au point de vue technique et admirablement illustré de photographies et de schémas. 43 observations sont rapportées.

Il semble qu'au Portugal, la chirurgie n'ait pas été abandonnée en ce qui concerne le traitement des cancers de la lèvre.

Suivant l'étendue de la lésion et son siège, 8 techniques sont préconisées et expliquées par des schémas. Les plasties dérivent pour la plupart, de la technique de Camille Bernard (décrite en France en 1853) que l'auteur ne paraît pas connaître, puisqu'il la rapporte à Lima Basto et à Antonio Martins.

Les chirurgiens intéressés par cette question auront intérêt à consulter ce clair et très beau travail.

P. Moulonguet.

P. Gibert, E. Wallon et **Andrieux.** — **Sarcome de la langue développé sur la cicatrice d'un épithélioma traité par le radium 15 ans auparavant** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*, t. **39**, n° 4, 1952, p. 445-449, avec 3 fig.).

Nouvel exemple d'un sarcome apparu sur la cicatrice d'un épithélioma de la langue traité longtemps auparavant par radiumpuncture.

Il s'agissait d'un épithélioma spinocellulaire du bord gauche et de la base de la langue. La guérison s'est maintenue 15 ans, après une élimination par radionécrose d'un fragment du maxillaire inférieur.

A ce moment, est apparue une gêne et une saillie de la région amygdaloglosse; la biopsie a révélé qu'il s'agissait d'un sarcome. Un nouveau traitement par radiumpuncture a été entrepris. Il est récent.

Les auteurs font un rappel des cas analogues déjà publiés.

P. Moulonguet.

COU

N. H. Brodersen (Christiana). — **Ligature de la carotide primitive après plaie par coup de couteau** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 2-3, Déc. 1952, p. 148-152).

Lésion de la carotide primitive par coup de couteau, chez une femme de 20 ans. Ligature de l'artère. Aphasie transitoire. Conservation de la force de la main; mais troubles de la coordination musculaire qui persistaient après 17 mois.

MÉTIVET.

T. Winship, B. Godwin et **E. van Creveld** (Washington, D. C.). — **Les tumeurs du glomus jugulaire** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, fasc. 4, 1952, p. 249-245, avec 1 fig.).

Revue générale sur ces tumeurs rares dont 65 cas seulement ont été publiés dans la littérature. Elles se développent aux dépens de corpuscules minuscules situés dans l'oreille moyenne au voisinage du golfe de la jugulaire le long du nerf de Jacobson. Leur structure est analogue à celle des tumeurs du corpuscule carotidien. Elles peuvent éroder l'os, comprimer certains nerfs crâniens. La mortalité actuelle de 21,5 p. 100 doit baisser quand l'affection sera plus souvent et plus précocement reconnue.

A. GERMAIN.

LARYNX ET TRACHÉE

O. F. Grimes et **H. Brodie Stephens** (San Francisco, Calif.). — **Le traitement chirurgical de l'hypopharynx, du larynx et du haut œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 3, Septembre 1952, p. 246-255, avec 9 fig.).

L'abaissement de la mortalité opératoire observé durant ces dernières années dans la chirurgie des lésions cancéreuses extensives du carrefour œso-digestif, est due non seulement aux perfectionnements de la technique opératoire mais aussi aux progrès de l'anesthésie, à une meilleure compréhension des problèmes de physiologie cardio-respiratoire inhérents à cette chirurgie, à l'usage des antibiotiques et enfin à la réanimation sanguine.

Les cancers de l'hypopharynx, du larynx et de la partie haute de l'œsophage s'apparentent beaucoup plus aux lésions malignes intra-orales qu'aux épithéliomas du tractus gastro-intestinal. Il s'agit, en effet, dans la plupart des cas de cancers malpighiens conservant pendant longtemps une évolution purement régionale sans métastases lointaines.

Pendant une période de 3 ans s'étendant de 1949 à 1952, les auteurs ont opéré 17 cas de tumeurs cancéreuses avancées englobant l'hypopharynx, le larynx et la partie supérieure de l'œsophage. Dans un premier temps, ils pratiquent un curage ganglionnaire cervical unilatéral associé à une exérèse de l'œsophage cervical et de l'hypopharynx et à une ablation du conduit laryngo-trachéal. Une trachéostomie est instituée. En ce qui concerne le rétablissement de la continuité digestive, l'opération s'apparente un peu à celle mise au point par Wookey dans l'ablation des cancers de la partie haute de l'œsophage. Un lambeau cutané est invaginé devant le plan pré-vertébral, conformé en gouttière et suturé sur les 3/4 de sa circonférence à l'hypopharynx et à l'œsophage. Dans un deuxième temps, 3 mois après, le tube cutané est complété. Les résultats obtenus par cette méthode sont encourageants. 12 malades sur 17 sont vivants de 1 à 36 mois après l'opération, 9 de ces malades présentent cependant une petite fistule salivaire.

A. GERMAIN.

O. T. Clagett, H. J. Mœrsch et **J. H. Grindlay** (Rochester). — **Tumeurs trachéales intra-thoraciques; développement des techniques chirurgicales pour leur ablation** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 3, Sept. 1952, p. 530-532, avec 8 fig.).

Les tumeurs de la trachée sont rares; elles s'observent surtout chez l'homme, entre 40 et 70 ans, et sur les parois latérales du tiers inférieur. C. M. et G. en étudient les symptômes, le diagnostic et la structure histologique et passent en revue les différentes techniques essayées pour leur traitement.

Ils ont traité par résection chirurgicale 4 cas, survenus chez 3 hommes et 1 femme, à 47, 49, 59 et 69 ans. 3 d'entre eux étaient des cylindromes et 1 était un carcinome à cellules squameuses. 1 opéré est mort de broncho-pneumonie 6 jours après l'opération, et 1 autre est mort de récidive locale et de métastases pulmonaires 2 ans après l'opération. Un 3e est encore vivant 11 mois après, et le 4e 1 an plus tard.

La meilleure technique pour réparer les brèches de résection ne peut être encore précisée. L'usage du fascia renforcé de fils métalliques peut suffire pour des petites brèches, mais non pour des grandes. L'introduction d'un tube de polythène, entouré de fascia, a parfois été bien tolérée.

M. Guimbellot.

Bert H. Cotton (Beverly Hills, Calif.) et **Joao R. F. Penido** (Rio de Janeiro). — **Résection de la trachée pour cancer. A propos de 2 cas** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 3, septembre 1952, p. 231-245, avec 13 fig.).

Après avoir passé en revue les différents travaux publiés sur le traitement chirurgical des tumeurs de la trachée, C. et P. présentent 2 cas de cancers de la portion intra-thoracique de la trachée traités par résection circonférentielle suivie de prothèse au moyen d'un tube d'acier inoxydable.

La voie d'abord utilisée combinait une incision cervicale verticale à une sternotomie médiane et à une thoracotomie droite dans le 2e espace. Elle a donné un jour très satisfaisant.

Dans les suites opératoires, une sonde endotrachéale passée par le nez fut laissée pendant 3-4 jours pour mener à bien de fréquentes aspirations et pour obvier à la fermeture glottique risquant d'entraîner de l'emphysème sous-cutané. La sonde a été bien tolérée chez les 2 malades.

Dans les 2 cas, le résultat immédiat a été satisfaisant. Il se maintient tel respectivement 16 et 6 mois après l'intervention.

A. Germain.

BRONCHES

E. J. McGrath, E. A. Gall et **D. P. Kessler** (Cincinatti, Ohio). — **Le cancer bronchique primitif multicentrique** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 3, Septembre 1952, p. 271-283, avec 7 fig.).

Contrairement à l'opinion généralement répandue touchant à l'unicité des foyers néoplasiques dans le cancer primitif des bronches, la pratique des sections larges et multiples des pièces anatomiques a montré la fréquence des cancers bronchiques comportant plusieurs points d'origine.

L'étude est basée sur 87 pièces anatomiques, dont 50 provenaient d'autopsies et 37 d'exérèses chirurgicales. Dans 5 de ces cas, il existait de façon évidente macroscopiquement 2 cancers primitifs sur le même lobe ou sur des lobes différents. Dans 25 autres cas, l'étude microscopique a montré des plages néoplasiques accessoires moins évoluées et disposées, soit en contiguïté directe avec la tumeur principale, soit suffisamment à distance pour qu'on les considère comme des lésions distinctes. Dans 53 p. 100 des cas, la tumeur principale présentait 2 à 5 aspects histologiques différents suivant les endroits.

L'ensemble de ces observations anatomo-pathologiques constitue, pour les auteurs, un argument de poids en faveur de la fréquente origine multicentrique du cancer bronchique primitif qui ne se manifeste cliniquement qu'après la fusion de ces différents foyers, indépendants au début.

A. Germain.

R. Sauvage, H. Le Brigand et **M. Merlier.** — **A propos du traitement chirurgical du cancer primitif des bronches** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, nos 34-35-36, 12 Décembre 1952, p. 1302-1308).

Le but de cette communication, faite devant des médecins, est de montrer la relative bénignité de la chirurgie du cancer bronchique et aussi sa relative efficacité.

La statistique porte sur 144 cas. 53 fois, il fallut se borner à une thoracotomie exploratrice, 91 exérèses furent possibles. La mortalité opératoire est allée régulièrement en décroissant, passant de 20 p. 100 au chiffre de 5 p. 100, que les auteurs considèrent comme devoir être atteint régulièrement à l'heure actuelle.

L'analyse des morts opératoires met en évidence les accidents suivants : syncope cardiaque, emphysème médiastinal, atélectasie du poumon restant, thrombose des cavités cardiaques droites; tous paraissent devoir être maintenant peu fréquents grâce aux progrès de l'anesthésie, à l'usage des anticoagulants et à la perfection des détails opératoires.

Par contre, les morts de la première année ne paraissent pas devoir diminuer dans l'état actuel de la technique. Ce sont surtout des récidives, soit locales, soit à distance que la pneumonectomie élargie n'évite pas à coup sûr. Quant aux décès par insuffisance respiratoire, ils doivent être prévus par une exacte appréciation de la valeur fonctionnelle.

Après la première année, les morts par récidive du cancer sont moins nombreuses, et on peut espérer qu'au bout de 5 ans, 25 p. 100 seront vivants, mais avec une infirmité partielle car presque tous les malades âgés de plus de 50 ans supportent mal la surdistension du poumon restant, consécutive à la pneumonectomie.

En terminant, les auteurs insistent sur les difficultés de diagnostic dans certains cas, c'est-à-dire dans les cancers périphériques. L'exploration chirurgicale ne permet pas toujours de résoudre le problème diagnostique que les examens pré-opératoires ont laissé en suspens.

A l'heure actuelle, le traitement chirurgical reste le meilleur traitement du cancer bronchique.

P. Moulonguet.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

J. Meisenburg (Halle). — **Sur l'évolution de la physionomie du goitre en Allemagne Centrale durant ces dernières années** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 48, 1952, p. 2351-2364).

A l'encontre des observations de von Zacher, qui a constaté dans la région nord de la Saxe un accroissement important des goitres avec manifestations toxiques (tel que ceux-ci représenteraient 56 p. 100 de la totalité des goitres opérés), l'auteur, dans la partie sud de la province, n'a relevé qu'un pourcentage de 36 p. 100.

Ses recherches ont porté sur 577 cas, bien étudiés cliniquement et histologiquement; il a noté 93 Basedow vrais, 90 goitres avec hyperthyréose, soit un total de 183 cas avec manifestations thyréo-toxiques.

Ces résultats, si différents par rapport aux chiffres avancés par von Zacher, doivent s'expliquer par une étude très poussée des caractères histologiques. M. insiste notamment sur la signification des formations décrites par Sanderson, que, avec de nombreux auteurs, il considère chez les jeunes au-dessous de 25 ans, comme un aspect de crois-

sance normal de la thyroïde. De même, chez les gens âgés, il se refuse à voir là un élément d'hyperactivité, hormis les cas évidemment où elles se trouvent associées avec d'autres caractères cliniques ou histologiques témoignant de l'hyperthyréose.

L'auteur appuie ses affirmations sur un nombre important de chiffres tirés de l'analyse de ses cas, et qu'il groupe en une série de tableaux.

R. Gueullette.

L. Seed et **B. Jaffe** (Chicago). — **Résultats du traitement du goitre toxique par l'iode radio-actif** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **13**, n° 1, Janvier 1953, p. 107-119).

Ce très important travail fait le point actuel du traitement des goitres toxiques par l'iode radio-actif. Il s'agit d'une étude statistique, portant sur l'ensemble des cas publiés en Amérique, c'est-à-dire plus de 1 700 cas. D'après S., il est probable que ce chiffre ne représente que le quart environ des cas réellement traités. L'expérience est donc suffisante pour juger de façon concluante l'efficacité et les dangers de cette thérapeutique. Mais, bien entendu, il s'agit d'une statistique très disparate, puisqu'elle comprend des cas traités par des doses très différentes et ne donne donc pas de renseignements sur la meilleure technique à utiliser.

Dans l'ensemble, une rémission satisfaisante fut obtenue dans 80 p. 100 des cas; l'hypothyroïdie survint dans 9 p. 100 des cas et dans 11 p. 100 des cas les résultats furent insuffisants ou incomplets.

Les complications furent peu nombreuses et aucune ne fut sérieuse. L'atteinte de la génétique et l'action carcinogénétique restent des possibilités purement théoriques.

L'administration d'iode radio-actif est le traitement de choix dans la plupart des goitres toxiques diffus après 45 ans.

Les malades ayant un goitre volumineux sont très difficiles à guérir et il est probablement préférable de les opérer.

La chirurgie reste le traitement de choix pour les goitres nodulaires toxiques.

La dose utile dépend de la capacité de fixation iodée de la thyroïde. Dans le goitre toxique diffus, cette capacité est d'ordinaire de 70 p. 100 environ; dans ces conditions, il suffit de donner 6 à 8 millicuries comme dose initiale. Cette dose peut être descendue à 4 millicuries si les symptômes sont légers ou le goitre très petit, ou remontée à 15 ou 20 millicuries si le goitre est très volumineux ou les symptômes sévères.

Dans le goitre nodulaire, la capacité de fixation de la thyroïde est plus faible. Si elle est au-dessous de 20 p. 100, il ne faut pas utiliser d'iode radio-actif. La dose moyenne initiale est d'ordinaire 20 millicuries et peut être portée à 35 si le goitre est volumineux.

R. Rivoire.

Yngle Edlung et **Tor von Schreeb** (Falun). — **Analyse d'un matériel chirurgical de thyrotoxicose** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 3, Juin 1952, p. 194-204, avec 3 graph.).

Étude de 435 cas de thyrotoxicose, opérés de 1936 à 1950 :

1° La mortalité globale a été de 8 p. 100.

2° On a observé à peu près autant de goitres nodulaires que de goitres diffus, sauf pendant les 5 dernières années où la fréquence des goitres nodulaires a été plus élevée.

3° Une tendance à opérer des gens de plus en plus âgés est certaine; cela tient à ce que l'on observe de plus en plus de goitres nodulaires, qui se voient surtout chez les gens âgés (maximum de fréquence des goitres diffus, entre 30 et 40 ans; maximum de fréquence des goitres nodulaires, entre 50 et 60 ans).

4° La mortalité générale assez élevée tient à la fréquence de goitres nodulaires toxiques chez des gens âgés. Les auteurs pensent, qu'après 50 ans, un traitement médical doit être tenté, sauf en présence de volumineux goitres entraînant des troubles de compression. Les goitres diffus volumineux doivent être opérés à tout âge, tandis

que les goitres diffus de petit volume et de médiocre toxicité doivent être traités médicalement.

5° Les auteurs étudient le traitement de la crise toxique, et insistent sur les bons effets de la procaïne par voie intra-veineuse.

MÉTIVET.

J. A. Lièvre, S. Blondin et **A. Abaza. — Un nouveau cas d'ostéose parathyroïdienne opéré et guéri** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, nos 34-35-36, 12 Décembre 1952, p. 1295-1302, avec 2 fig.).

Il s'agit d'un cas où le diagnostic d'ostéose parathyroïdienne a pu être fait, avant l'apparition des signes d'ostéose. Mais le malade ne s'étant pas décidé dès alors à l'intervention, lorsqu'il est revenu en consultation, des lésions squelettiques étaient apparues. C'est la démonstration de ce fait que le trouble humoral peut être, grâce à ses caractéristiques biologiques, dépisté avant qu'il ait produit ses graves conséquences sur le système osseux.

Homme de 35 ans atteint de lithiase rénale bilatérale associée à une fatigue générale et à une polydipsie.

Le dosage de calcium montre une augmentation sensible, atteignant et dépassant 150 mg à certains examens. Le phosphore est bas et les phosphatases normales. Le rapport calcium protéique-calcium diffusible est normal. Un bilan calcique est positif mais avec une élimination urinaire très élevée et une élimination fécale très faible.

Sur ces signes et malgré des radiographies squelettiques normales, le diagnostic d'hyperparathyroïdisme est porté.

Un an plus tard, sont apparues des douleurs squelettiques et les radiographies montrent des lésions géodiques de l'os iliaque, du tibia, du cubitus. L'hypercalcémie persiste.

L'intervention sous anesthésie locale découvre successivement les régions hilaires des deux lobes thyroïdiens, respecte les parathyroïdes supérieures des deux côtés et enlève, après vérification par un examen histologique extemporané, une tumeur parathyroïdienne inférieure droite, grosse comme une cerise. Il s'agit d'un adénome parathyroïdien à cellules principales.

Les suites sont bonnes. La soif disparaît. Les chiffres de dosage redeviennent normaux. Le seul incident est, 48 h après, l'apparition de signes de tétanie qui sont traités par le chlorure de calcium et le dihydrotachystérol. Ce traitement doit être continué pendant plusieurs semaines.

La guérison est complète et les lésions osseuses sont réparées au bout de quelques mois.

P. MOULONGUET.

ŒSOPHAGE

R. L. Anderson (Tulsa, Okla). — **La rupture de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 4, Octobre 1952, p. 369-388).

A l'occasion de 4 cas personnels qui tous ont guéri malgré un traitement chirurgical retardé, A. fait une revue générale de cette question des ruptures spontanées de l'œsophage, encore mal connue malgré plus d'une centaine de cas publiés dans la littérature.

On entend par rupture spontanée une lésion de déchirure de l'œsophage sur un organe présumé normal avant l'accident et en dehors de tout accident traumatique. Les conditions étiologiques sont assez imprécises. La rupture, qui nécessite une élévation brutale et importante de la pression à l'intérieur de la lumière œsophagienne (rôle possible du vomissement), survient avec prédilection au niveau de la partie la moins résistante de l'organe : la portion terminale de l'œsophage thoracique. Par ailleurs, un certain nombre de facteurs sont fréquemment présents pour expliquer une altération possible de l'œsophage terminal : maladie ulcéreuse, œsophagite, alcoolisme, malnutrition avec hypoprotidémie et inversion du rapport sérine-globuline.

La lésion siège le plus souvent dans les derniers 8 cm de l'œsophage thoracique, pouvant se poursuivre sur l'estomac. C'est une déchirure longitudinale de 2 mm à 8 cm, généralement postéro-latérale gauche.

Frappant le plus souvent l'homme de 35 à 55 ans, l'affection débute brutalement, souvent après un repas abondant ou l'ingestion d'un breuvage alcoolique. Précédée ou non par des vomissements, elle se caractérise par une violente douleur épigastrique rétrosternale ou thoracique, tandis que peut s'installer un état de choc avec ou sans dyspnée et cyanose concomitantes.

Il n'est pas rare à l'examen de trouver une contracture épigastrique qui, trop souvent, fait conclure à une perforation d'ulcère, surtout si l'emphysème sus-sternal ou des signes d'épanchement pleural sont peu nets ou absents. Il est très utile de pratiquer un cliché radiologique qui montre un signe négatif d'importance, l'absence de niveau gazeux sous-diaphragmatique et par contre des signes d'épanchement gazeux ou liquidien ou mixte intra-thoracique. Le diagnostic, en cas de doute, peut être confirmé par la ponction du liquide pleural pour y rechercher l'acide chlorhydrique ou par l'ingestion de baryte ou de lipiodol montrant la fuite hors de l'œsophage du liquide de contraste.

Malgré la netteté du tableau clinique dans beaucoup de cas, l'erreur diagnostique est fréquente. Outre la perforation d'ulcère qui est l'erreur la plus communément commise, il faut citer : la thrombose mésentérique, l'occlusion intestinale, la pancréatite aiguë, l'embolie pulmonaire, la rupture de la vésicule, le pneumothorax spontané, etc.

Le pronostic, autrefois effroyable, a été amélioré par l'usage des antibiotiques, les transfusions sanguines et par l'intervention chirurgicale prompte. Il est des cas où l'on peut se contenter de drainage pleural associé à l'intubation gastrique quand on voit le malade au bout de 48 h ou plus. Les complications et les séquelles sont fréquentes cependant avec ce mode de traitement conservateur et l'idéal est de recourir sans tarder, dès le diagnostic posé, à la thoracotomie et à la réparation de la brèche œsophagienne. La guérison est bien plus rapide et de meilleure qualité.

A. Germain.

Helge B. Wulff et **Arne Malm** (Malmö). — **Considérations sur la dilatation de l'œsophage et sur son traitement** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 6, Oct. 1952, p. 445-458, avec 5 fig.).

Après un bref exposé étiologique, clinique et diagnostique de l'affection, les auteurs exposent le résultat de leur expérience clinique et de leurs expériences sur le chien.

La cardioplastie selon la technique de Marwedel-Wendel donne des résultats satisfaisants si la sténose du cardia est bien corrigée; mais elle est souvent compliquée d'œsophagite peptique, d'ulcères peptiques, d'hémorragies, source d'anémie. La cause en est la perte du contrôle sphinctérien, ce qui permet le reflux du suc gastrique acide dans l'œsophage.

Cet inconvénient est évité par l'opération de Heller qui, à en juger par l'expérience des auteurs, ne trouble pas le fonctionnement du sphincter. Au début, les auteurs n'étaient guère satisfaits des résultats obtenus par l'opération de Heller; mais leurs résultats sont devenus très satisfaisants dès qu'ils ont pratiqué de longues incisions.

Cette intervention est, pour eux, l'intervention de choix. Quand existe de l'hypersécrétion gastrique, ils la complètent par une double vagotomie.

Métivet.

Tyge Cl. Gertz (Copenhague). — **Résultats éloignés de la dilatation de l'œsophage, traitée chirurgicalement.** — **Leif Efskind** (Oslo). - **Discussion.** — **Frank Bergan** (Oslo). — **Discussion** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 6, Oct. 1952, p. 459-466).

Cl. Gertz apporte les résultats éloignés de 22 cas de dilatation de l'œsophage, traités chirurgicalement.

Les meilleurs résultats obtenus le furent après opération de Heller (9 très bons résultats sur 11 cas). La cardioplastie par le procédé de Gröndahl donne de mauvais

résultats : soit par réapparition du spasme, soit par production d'œsophagite peptique.

Efskind, des résultats éloignés de 26 cas, tire les conclusions suivantes : dans les cas légers ou vus précocement, on doit recourir à la dilatation; elle a donné de bons résultats dans 8 cas.

Dans les cas plus avancés ou plus graves, on doit recourir à l'opération de Heller. L'auteur abaisse l'œsophage de 8 à 10 cm, le fixe au diaphragme, et pratique une incision de 15 cm, suivie d'un très large décollement musculo-muqueux.

Bergan décrit un œsophagoscope dilatateur combiné qui lui a donné toute satisfaction pour pratiquer les dilatations.

MÉTIVET.

P. E. A. Nylander (Helsinki). — **Diverticule thoracique de l'œsophage. 2 cas particulièrement intéressants** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 6, Oct. 1952, p. 476-480, avec 9 fig.).

1° Femme de 39 ans, présentant depuis 3 ans : des douleurs thoraciques et de la dysphagie, avec des crises d'asthme. Ablation d'un diverticule relié par un tractus à la face inférieure de la bronche droite. Guérison complète.

2° Femme de 37 ans, présentant un très gros diverticule sus-diaphragmatique, contenant un myome du volume d'une noix. Guérison par résection et œsophago-gastrostomie.

MÉTIVET.

J. Ten Kate. — **Un cas de diverticule congénital de l'œsophage thoracique** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, fasc. 4, 1952, p. 277-282, 7 fig.).

L'auteur décrit le cas d'un nourrisson de 5 jours amené avec le diagnostic d'atrésie œsophagienne. L'exploration chirurgicale par voie extra-pleurale permit de se rendre compte qu'il s'agissait d'un diverticule de l'œsophage avec sténose valvulaire sous-jacente sans fistule trachéo-œsophagienne. La guérison fut obtenue simplement par anastomose entre le diverticule et l'œsophage sous-jacent.

A. GERMAIN.

J. Ten Kate. — **Principes et difficultés du traitement de l'atrésie congénitale de l'œsophage** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, fasc. 3, 1952, p. 161-188, avec 18 fig.).

Après quelques brèves considérations sur l'historique de la question et la description des différents types anatomiques d'après la classification classique de Vogt, l'auteur insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce basé sur l'histoire de crises d'étouffement à chaque tentative d'alimentation, sur les données du cathétérisme œsophagien au moyen d'une sonde uréthrale associé à la radiographie après instillation de quelques centimètres cubes de lipiodol. La présence d'air dans l'estomac objective la communication entre l'œsophage et l'appareil trachéo-bronchique.

L'affection étant toujours mortelle, il n'existe pratiquement pas de contre-indication opératoire, mais il est évident que les lésions pneumoniques, l'existence de malformations associées et la prématurité grèvent lourdement les chances de succès du traitement chirurgical.

Un traitement pré-opératoire de 24 h est mis en œuvre et comprend : l'oxygénothérapie, l'aspiration des sécrétions pharyngées, l'administration d'antibiotiques, de vitamines et une perfusion de sérum glucosé.

La méthode idéale de correction chirurgicale est l'anastomose entre les deux bouts de l'œsophage après ligature de la fistule quand elle existe. Dans les cas où la suture directe est impossible il faut se rabattre sur les œsophagoplasties intra- ou pré-thoraciques. L'exploration intra-thoracique de la lésion est menée de préférence par voie droite extra-pleurale avec section de la crosse de l'azygos en s'appliquant à ne pas blesser la plèvre. L'anesthésie de choix est l'anesthésie générale au cyclopropane-oxygène sans intubation. La chirurgie de l'atrésie de l'œsophage est techniquement

très difficile. En particulier, la suture œsophagienne est grevée de sérieuses chances d'insuccès. Les soins post-opératoires réclament une attention soutenue pour combattre les complications respiratoires parfois brutales et toujours sévères et présider à l'alimentation des nourrissons opérés.

La gastrostomie est pratiquée systématiquement à titre complémentaire si l'anastomose a été effectuée sous une tension tant soit peu excessive. Quand l'enfant arrive dans un état déplorable contre-indiquant toute tentative d'exploration thoracique, l'auteur recommande une jéjunostomie selon la technique de Mandl.

En ce qui concerne les suites lointaines, il est signalé des troubles d'évacuation pylorique par spasme ou sténose hypertrophique, quelques cas de sténose cicatricielle au niveau de l'anastomose qui nécessitent quelques séances de dilatation.

Durant les 2 dernières années, Ten Kate a traité 12 cas d'atrésie congénitale de l'œsophage. 4 furent jugés inopérables. Sur 2 des 8 cas restants, seule une exploratrice put être pratiquée. Dans un troisième cas, une jéjunostomie fut seule possible. Une anastomose directe a été faite dans les 5 cas restants avec 2 morts.

A. Germain.

N. L. Leven, R. L. Varco, B. C. Lannin et **L. A. Tongen** (Minneapolis). — **Le traitement chirurgical de l'atrésie congénitale de l'œsophage et de la fistule trachéo-œsophagienne** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 4, Octobre 1952, p. 701-719, avec 4 fig.).

Ce travail est une rapide revue générale de l'atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule œso-trachéale, et une analyse de 103 cas personnels observés depuis 1939. Dans 7 cas, on n'a pas opéré; dans 5 autres, on a fait une simple gastrostomie et les malades sont morts.

Cependant la précocité du diagnostic, les soins pré- et post-opératoires ont permis d'obtenir de nombreux succès par les méthodes d'anastomose avec fermeture de l'orifice fistuleux de la trachée. 23 fois, on a fait l'anastomose des 2 segments de l'œsophage en plusieurs temps opératoires et 13 opérés sont vivants.

Mais l'idéal est de faire, quand c'est possible, la libération des deux bouts de l'œsophage et leur anastomose bout à bout en une seule séance. 68 malades ont été opérés par cette méthode et 46 sont vivants.

La technique opératoire et le traitement des complications possibles sont exposés.

M. Guimbellot.

J. K. Berman, P. S. Test et **B. A. McArt** (Indianapolis, Ind.). — **Un cas de fistule congénitale œsophago-gastrique de l'adulte** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 5, Novembre 1952, p. 493-501, avec 4 fig.).

Le cas rapporté par les auteurs tire son intérêt de la rareté des communications inter-œsophago-bronchiques d'origine congénitale chez l'adulte. En outre, il est exceptionnel, quel que soit l'âge, d'observer une communication avec la bronche du lobe inférieur gauche. Enfin et surtout on a trouvé une anomalie vasculaire double (canal artériel de siège habituel associé à un autre canal reliant l'aorte et l'artère lobaire inférieure) pouvant avoir joué un rôle dans la production de la fistule œsophago-bronchique. Le cas fut traité par 2 interventions successives, fermeture de la fistule et résection pulmonaire, en raison de la longueur et de la difficulté de la première.

A. Germain.

M. H. Ravitch, H. T. Bahnson et **T. N. P. Johns** (Baltimore, Md). — **Considérations sur la chirurgie radicale et palliative du cancer de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 3, Septembre 1952, p. 256-270, avec 4 fig.).

Les résultats tardifs de la chirurgie d'exérèse dans le cancer de l'œsophage sont extrêmement décevants spécialement en ce qui concerne les lésions hautes du 1/3 moyen ou du 1/3 supérieur. La raison tient essentiellement à la disposition anatomique de l'œsophage, descendant verticalement dans le médiastin postérieur au contact d'organes

vitaux (pédicule pulmonaire, aorte) et à la distribution lymphatique empêchant une ablation en bloc de la lésion et des aires ganglionnaires tributaires. Les auteurs pensent donc que les efforts doivent être essentiellement dirigés dans le sens de la thérapeutique palliative et du rétablissement de la déglutition.

Dans les tumeurs manifestement inextirpables, l'irradiation, soit par tube de radium, soit par radiothérapie profonde, peut donner des résultats temporaires intéressants. On peut utiliser aussi à titre isolé ou complémentaire à l'irradiation, une opération de court-circuitage, de préférence une œsophagoplastie pré-thoracique.

Dans les cancers du 1/4 inférieur, la résection suivie d'œsophago-gastrostomie constitue le traitement de choix pour les lésions réséquables. Les lésions inextirpables sont justiciables au premier chef d'une plastie intra-thoracique en utilisant le grêle avec un montage en Y selon la technique de Roux.

Dans les lésions du 1/3 moyen extirpables, 3 procédés sont utilisables avec des indications particulières à chacun d'eux : 1° la résection suivie d'œsophago-gastrostomie, 2° la résection suivie d'œsophagoplastie pré-thoracique, 3° la résection suivie de prothèse.

Pour les lésions inextirpables, chez des malades fatigués, la plastie pré-thoracique suivie d'irradiation constitue une solution à discuter.

Enfin, les lésions situées près de l'apex du thorax sont justiciables avant tout de l'œsophagoplastie pré-thoracique avec ou sans résection ou irradiation complémentaire.

A. Germain.

L. H. Camara-Lopes (Sao Paulo, Brésil). — **1 cas d'œsophagoplastie intra-thoracique au moyen du côlon après œsophagectomie pour cancer** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **25**, n° 2, Février 1953, p. 205-214, avec 6 fig.).

Un cas de cancer étendu d'œsophage thoracique du 1/3 moyen est extirpé par œsophagectomie subtotale sans possibilité de rétablissement immédiat de la continuité. Celle-ci est effectuée au bout de 3 mois. L'auteur a réalisé une œsophagoplastie intra-thoracique au moyen d'une anse isolée sur le côlon transverse et anastomosée en haut à l'œsophage en bas au cardia. En dépit de la mort du malade le 11e jour post-opératoire par suite d'une péritonite diffuse due au lâchage de la suture intestinale, C.-L. pense que ce mode d'œsophagoplastie mérite d'être connu et essayé dans certains cas de cancer ou de rétrécissement cicatriciel.

A. Germain.

J. M. Miller, M. Guisberg et **C. P. Scarborough** (Fort Howard, Md). — **Un cas d'œsophagoplastie pré-thoracique opéré avec succès** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **25**, n° 1, Janvier 1953, p. 107, avec 4 fig.).

Il s'agissait d'un malade de 25 ans présentant une sténose œsophagienne cicatricielle sévère compliquée de perforation médiastinale avec fistule broncho-œsophagienne. Après drainage de l'abcès médiastinal et fermeture de la fistule, se posait le problème de la reconstruction œsophagienne. Celle-ci fut effectuée selon la technique décrite par Longmire et Ravitch en utilisant une anse grêle isolée reliant sous la peau de la région pré-thoracique, l'œsophage cervical à l'estomac. Malgré la longueur de l'opération menée en un temps, le danger de fistulation au niveau de l'anastomose et un résultat cosmétique médiocre, le succès a été complet.

A. Germain.

GLANDE MAMMAIRE

H. E. Stephenson, S. Gross, S. L. Gumpart et **H. W. Meyer** (New-York). — **Cystosarcomes phyllodes du sein** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 5, Nov. 1952, p. 856-863).

Les auteurs apportent en un tableau 15 nouveaux cas de cystosarcomes phyllodes du sein et font une revue générale de la question de ces tumeurs. Elles doivent être rangées à mi-chemin entre les adénofibromes, et les fibrosarcomes à tendance maligne.

Ce sont des tumeurs rares; plus de 190 cas seulement ont été publiés. Elles surviennent à tout âge entre la puberté et la sénilité : les 15 cas nouveaux avaient de 19 à 65 ans. L'affection est très rare chez l'homme. La menstruation, la lactation, la grossesse sont sans influence sur l'évolution; 2 des 15 cas étaient des femmes ménopausées, 5 étaient célibataires, au moins la moitié n'avaient jamais été enceintes. Aucun traumatisme antérieur n'était noté. 7 avaient une petite tumeur stationnaire, avant l'augmentation brusque de son volume. Celui-ci est toujours considérable; un des 15 cas avait 19 cm de diamètre.

5 cas firent, après intervention, des récidives locales. Un fit des métastases à distance; ces métastases ont toujours lieu par voie sanguine.

Le traitement de choix consiste, après biopsie à l'aiguille, ou examen de coupes congelées, à faire une mastectomie simple, sans ablation des pectoraux, ni curage de l'aisselle. Les récidives locales se sont faites dans les 21 premiers mois; elles doivent être traitées par excision large, suivie de greffes cutanées. La radiothérapie est sans effet.

M. Guimbellot.

R. Mineo (Catone). — **Sur l'association cancer-tuberculose du sein** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **29**, fasc. 12, Déc. 1952, p. 878-885).

L'auteur fait un rappel de nombreux travaux et opinions antérieurs.

Son observation concerne une femme de 59 ans opérée pour un cancer du sein, et chez laquelle l'examen histologique confirme le diagnostic de cancer (adéno-carcinome) et, en outre, découvre dans la masse tumorale et dans les ganglions des signes indiscutables de tuberculose.

Il pense que la tuberculose a favorisé le développement du cancer.

J. Assali.

A. S. Sluis (Rotterdam). — **Résultats obtenus dans le traitement du cancer du sein par l'association radio-chirurgicale** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, fasc. 4, 1952, p. 285-290).

612 cas de cancer du sein traités à l'Institut Radiothérapique de Rotterdam, dont 384 de première main, constituent le matériel de cette étude. La classification des cas a été effectuée selon la nomenclature de Steinthal. Il a été décompté 68 cas du stade I, 165 du stade II, 33 cas du stade intermédiaire entre I et II. Tous ces cas ont été traités par l'association de chirurgie radicale à la radiothérapie post-opératoire. Les pourcentages de survie au delà de 5 ans ont été respectivement de 20, 39 et 58. 17 cas ayant dépassé les frontières d'une chirurgie radicale raisonnable ont été néanmoins traités par l'association radio-chirurgicale mais sans aucune guérison. Enfin 101 cas n'ont subi qu'un traitement radiothérapique avec 20 p. 100 de guérisons. Dans les cas opérables, le traitement chirurgical le plus radical possible complété par l'irradiation est donc la thérapeutique de choix.

Dans les cas *inopérables*, tous les efforts palliatifs doivent être faits pour diminuer la douleur, guérir les ulcérations, enrayer momentanément l'extension du processus néoplasique et améliorer l'état général. L'association radio-chirurgicale comporte, là encore, de nombreuses indications.

A. Germain.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

F. G. King (Jacksonville). — **Correction chirurgicale du thorax en entonnoir** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 5, Nov. 1952, p. 798-810, avec 8 fig.).

K. a opéré 6 malades pour thorax en entonnoir, avec de bons résultats suivis pendant des périodes variant de 2 à 4 ans. Il n'y a eu aucune mortalité. L'âge des malades variait de 8 mois à 16 ans; il y avait 5 garçons et 1 fille. La déformation avait été

constatée à la naissance mais s'aggravait ensuite. Le ligament sous-sternal ne paraît pas avoir joué un rôle important dans l'étiologie de ces cas; on ne l'a constaté qu'une fois et il n'était pas sous tension.

L'intervention consiste à réséquer les cartilages costaux inférieurs des deux côtés pour aborder la face postérieure de l'appendice xyphoïde, et libérer celui-ci de toutes ses attaches postérieures. La résection de l'appendice xyphoïde et d'une longueur plus ou moins considérable de presque tous les cartilages costaux a été pratiquée souvent. Une ostéotomie manubrio-sternale peut être indiquée, surtout chez l'adulte. Chez les très jeunes enfants la simple section du ligament sous-sternal et une incision transversale du tendon central du diaphragme peuvent parfois suffire. Les complications, rares, ont consisté en pneumothorax et hémothorax.

M. GUIMBELLOT.

Gustaf E. Lindskog et **Warren L. Felton** (New Haven). — **Thorax en entonnoir** (*Surgery. Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 5, Nov. 1952, p. 615-622, avec 2 fig.).

L. et F. rapportent 8 cas de thorax en entonnoir. Sauf 1, ils concernent des sujets du sexe masculin et, sauf 2, ils ont été opérés avant la puberté. La déformation a toujours été constatée dès la naissance. Aucun cas n'a de caractère familial.

Un seul malade présentait des troubles cardiaques avec un électro-cardiogramme

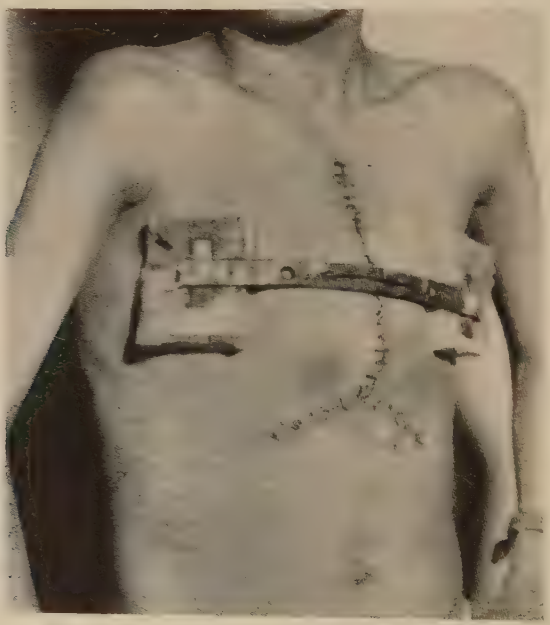


Fig. 1. — La prothèse fixée au sternum sur la ligne médiane et s'appuyant latéralement sur les côtes.
L'incision en Y a été remplacée par une simple incision médiane (LINDSKOG et FELTON).

anormal. Tous les autres tracés électro-cardiographiques étaient normaux. 6 malades, avaient un déplacement du cœur vers la gauche. Tous présentaient des troubles respiratoires et, à un degré plus ou moins marqué, une cyphose dorsale.

La technique suivie fut celle de Brown; incision médiane, résection des cartilages costaux sur toute l'étendue de la déformation, ostéotomie transversale du manubrium avec redressement du sternum, fixation du sternum dans la position de correc-

tion au moyen d'une prothèse externe. Celle-ci est formée d'une lame de métal malléable fixée sur la ligne médiane au sternum par 2 fils métalliques, adaptée à la forme du thorax et prenant point d'appui sur les côtes, près de la ligne axillaire (fig. 1). Le lever se fait dès le 2e jour. La prothèse est retirée entre le 12e et le 15e jour.

Il n'y eut aucune mortalité. Dans 2 cas, les fils de traction se brisèrent les 2e et 6e jours. On dut réintervenir pour les replacer. Dans 1 cas, se produisit une complication pleurale qui céda à l'aspiration et à la chimiothérapie. Dans 3 cas, se formèrent sur la cicatrice des chéloïdes, que les auteurs attribuent au siège de l'incision.

Le résultat fut satisfaisant, tant au point de vue fonctionnel qu'esthétique, dans 7 cas.

Il paraît dépendre surtout de la précocité de l'intervention. C'est entre 4 et 7 ans qu'il faut intervenir.

André Sicard.

A. de Matteis (Rome). — **Neurofibrome du médiastin antéro-supérieur** (*La Chirurgia toracica*, an. **5**, n° 6, Décembre 1952, p. 449-459, avec 10 fig.).

Le siège de ce neurofibrome fait l'intérêt de cette communication, car il est très peu fréquent. Il s'agit d'une femme de 23 ans. Les seuls signes sont constitués par une gêne à la hauteur de la moitié supérieure de l'hémithorax gauche. La radio montre la tumeur qui est enlevée par thoracotomie antérieure gauche, en réséquant la 2e côte, du sternum à la ligne axillaire moyenne.

Ces tumeurs sont, en général, solitaires, encapsulées, attachées à un nerf dont on peut souvent les séparer sans dommage.

Hamperl, Blads et Dugan (1946), Efskind et Liavaag (1950) ont décrit des neurofibromes du pneumogastrique. Barlett et Adam, en 1945, ont trouvé la même lésion appendue à un récurrent. Dans le cas rapporté ici, il ne fut pas possible de savoir de quel nerf la tumeur tirait son origine.

Les auteurs soulignent encore la difficulté de trouver des critères histologiques de la malignité.

Louis Barraya.

POUMON ET PLÈVRE

H. Warembourg et **P. Graux** (Lille). - **Pathologie et structure pulmonaires** (94 fig., 32 pl., 215 p., Masson et Cie, éditeurs, 1953).

Après un historique très complet, l'ouvrage comporte une première partie où est rappelée l'anatomie générale de l'arbre bronchique, de l'arbre artériel et veineux pulmonaire, des artères bronchiques, du système lymphatique et des nerfs du poumon.

La deuxième partie, à notre avis la plus originale, est un essai d'anatomie *synthétique* des lobes, segments, scissures et bronches : en ce sens que les données de l'anatomie classique, de la clinique, de la radiologie et de la bronchoscopie y sont rassemblées et confrontées de façon à préciser et harmoniser la connaissance que chacune de ces disciplines, prise isolément, peut donner de ces divers éléments. Cette partie comprend un véritable atlas radiologique de 32 grandes pages, où manquent malheureusement les tomographies tant verticales qu'horizontales.

Enfin une troisième partie, consacrée à la pathologie pulmonaire, étudie les formes localisées des pneumopathies, bronchopathies et broncho-pneumopathies (pneumonies, abcès, tuberculose, cancer, etc...), les rétractions et dilatations lobaires. Quelques pages sont consacrées aux données de l'angiopneumographie, une allusion finale est faite aux perspectives d'avenir des résections segmentaires.

Ce livre est destiné à remplacer l'ouvrage précédent des mêmes auteurs (*Pathologie des zones pulmonaires*); il connaîtra sans doute lui-même des éditions ultérieures, qui pourront bénéficier en particulier d'une terminologie définitive, actuellement pré-

parée par la Commission internationale de la nomenclature pour le Congrès Fédératif international d'Anatomie de 1955, et aussi de l'admirable travail de G. Cordier et C. Cabrol sur l'*Anatomie des pédicules segmentaires.*

J. C. Rudler.

G. L. Crenshaw et **D. F. Rowles.** — **Le traitement chirurgical de l'emphysème pulmonaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 4, Octobre 1952, p. 398-410, avec 5 fig.).

Les facteurs étio-pathogéniques de l'emphysème pulmonaire sont encore mal connus. Les auteurs pensent que le bronchospasme d'une part, et un défaut de vascularisation du parenchyme d'autre part, jouent un grand rôle dans la production de l'emphysème. Ils ont, à partir de ces données, mis au point une tactique opératoire visant, après thoracotomie : 1° à éradiquer les zones parenchymateuses atteintes de dégénérescence fonctionnelle irréversible; 2° à énerver le système bronchique par vagotomie et sympathectomie de D3 à D9 de façon à agir sur le bronchospasme; 3° à réaliser une pleurectomie pariétale et un poudrage au talc pour amener une vascularisation supplémentaire au parenchyme. Ils ont traité par cette méthode 11 cas d'emphysème pulmonaire à un stade avancé. Les malades ont bien supporté l'acte opératoire malgré leur pauvre réserve respiratoire. Une seule mort a été déplorée au 13e jour par fuite alvéolaire persistante. Tous les autres malades ont semblé tirer un bénéfice immédiat et tardif de l'intervention.

A. Germain.

Biancalani (Turin). — **La chirurgie d'exérèse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire** (*Minerva medica*, an. **44**, vol. **1**, n° 8, 27 Janvier 1953, p. 208-209).

L'expérience de l'auteur est encore restreinte : il insiste principalement sur l'urgence de l'exérèse dans les cavernes insufflées sous pneumothorax où il y a menace de rupture. Il en est de même dans la persistance de cavités résiduelles sous thoracoplastie.

Les risques opératoires ne sont pas supérieurs aux exérèses faites pour d'autres lésions pulmonaires, mais le risque d'infection tuberculeuse du parenchyme pulmonaire restant est grand dans les suites opératoires.

Aussi le difficile est d'estimer la résistance du malade à l'extension du processus tuberculeux. A ce propos, l'auteur proteste à son tour contre l'usage indiscipliné des antibiotiques en dehors des actes opératoires.

Olivieri.

U. Agostini et **L. Pancotto** (Padoue). — **Sur le traitement des cavernes géantes. Indications relatives des différentes techniques chirurgicales** (*La Chirurgia toracica*, an **5**, n° 5, Octobre 1952, p. 396-405, avec 12 fig.).

Comme il est classique les auteurs proposent de définir ainsi les cavernes lorsqu'elles dépassent 6 cm de diamètre. Ils y joignent certaines lésions ulcératives multiples qui, par leur groupement et leur aspect, font craindre une évolution équivalente. Quelques auteurs ont proposé le pneumothorax intra-pleural, mais la plupart considèrent ces cas comme une indication chirurgicale. Omodei-Zorini est favorable au pneumothorax extra-pleural même dans ces cas, mais il n'est pas suivi. La thoracoplastie donne de pauvres résultats. Biancalana et Ruggeri ont rapporté des suites meilleures en associant la thoracoplastie, l'apicolyse et l'enclavement de l'omoplate. Graf, Schmit, Brunner et Tosi ont fait un premier temps de plombage paraffiné avant la thoracoplastie mais ils ont eu des accidents importants. De Rougemont et Mayer ont préconisé le plombage extra-musculo-périosté avec des billes en acrylique. Monaldi a proposé dans certains cas son aspiration, soit comme intervention autonome, soit comme premier temps avant une thoracoplastie de consolidation.

Garcia Bengochea avec beaucoup d'autres pratiquent la cavernostomie lorsque l'état général et les lésions opposées contre-indiquent les autres thérapeutiques.

Enfin, l'exérèse a apporté sa contribution au traitement de ces cavernes, mais les auteurs la considèrent comme particulièrement grave vis-à-vis des lésions de ce type.

Tel est l'historique de la question pour les auteurs italiens qui concluent en étant très dicrets sur les possibilités de l'exérèse. Suivant les cas, ils ont eux-mêmes employé l'aspiration, la thoracoplastie avec apicolyse ou la thoracoplastie ascendante.

Louis Barraya.

J. H. Forsee (Denver). — **Lobectomie pour tuberculose pulmonaire** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 5, Nov. 1952, p. 828-837, avec 9 fig.).

Ce travail est basé sur 219 cas de lobectomies pour tuberculose pulmonaire, opérés de 1947 à 1951. La lobectomie a été pratiquée sur 146 malades pour des lésions cavitaires, sur 57 pour des lésions non cavitaires, sur 16 pour des tuberculoses soupçonnées, mais non prouvées.

Les lobes enlevés furent 108 fois le lobe supérieur droit, 5 fois le lobe moyen droit, 23 fois le lobe inférieur droit, 67 fois le lobe supérieur gauche, 6 fois le lobe inférieur gauche, 10 fois les lobes supérieur et moyen droits.

75 p. 100 des opérés avaient de 20 à 40 ans; 10 p. 100 de 17 à 19 ans; 13 p. 100 de 41 à 50 ans; 2 p. 100 plus de 51 ans. La grande majorité étaient des militaires.

La mortalité précoce et tardive (54 mois) a été de 3,7 p. 100. Les complications ont été peu nombreuses : fistules broncho-pleurales dans 3,2 p. 100 des cas; empyème dans 2,7 p. 100.

F. admet, pour la lobectomie dans la tuberculose pulmonaire, quatre principes : 1° la tuberculose est une maladie générale et la lobectomie ne peut pas prétendre à enlever la totalité de la maladie active; 2° avant la lobectomie, dans les lésions actives, le malade doit être traité par la streptomycine et le P. A. S. pendant 6 à 12 mois; 3° la lobectomie du lobe supérieur, doit être précédée, ou accompagnée, ou suivie par une thoracoplastie portant sur les 5 premières côtes; 4° après la lobectomie une période d'hospitalisation variable, mais en général de 1 an au minimum, est nécessaire.

M. Guimbellot.

Morris Rubin et **Sidney Mishkin** (New-York). — **La résection dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants et les adolescents** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 6, Déc. 1952, p. 751-761, avec 7 fig.).

La résection doit avoir sa place dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant avec les mêmes indications que chez l'adulte.

30 enfants âgés de 7 à 16 ans, ont été opérés. Ces cas concernent tous, sauf 1, des filles, 19 des malades étaient nègres.

La résection fut, dans 21 cas, le premier traitement. 7 enfants avaient subi auparavant un pneumothorax et 2 un pneumopéritoine. L'opération a toujours été faite chez des enfants apyrétiques, ayant augmenté de poids et après un traitement préopératoire de streptomycine.

Dans 27 cas, on a pratiqué une pneumonectomie. Dans 2 cas, on fit une lobectomie en raison de lésions récemment stabilisées du côté opposé. Dans 1 cas l'enfant mourut au début de l'opération.

En dehors de ce décès, il y en eut un autre 8 h après l'opération dans un syndrome d'asphyxie.

Tous les autres malades ont guéri et ont été suivis de 6 mois à 3 ans. 25 restent en excellent état. 2 présentent une tuberculose évolutive du côté opposé.

André Sicard.

E. J. Zerbini (Sao Paulo, Brésil). — **La résection pulmonaire dans le traitement de la tuberculose** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **25**, n° 1, Janvier 1953, p. 82-94).

Le travail comprend l'analyse de 103 cas de résections pour tuberculose pulmonaire effectuées de Février 1946 à Janvier 1951, dont 53 pneumonectomies, 49 lobectomies et 1 résertion segmentaire. Les 76 cas opérés après Décembre 1948 ont subi à titre

systématique, dans le pré- et post-opératoire, un traitement à la streptomycine. Ils ont comporté de meilleurs résultats que ceux obtenus dans la série précédente.

En ce qui concerne les complications post-opératoires Z. note :

1° Des lésions de dissémination dans 7,8 p. 100 des cas, plus fréquentes après lobectomie.

2° Des lésions de réactivation d'anciens foyers dans 18,4 p. 100 des cas, plus fréquentes après pneumonectomie.

3° Des fistules bronchiques avec empyème dans 12,1 p. 100, plus fréquentes après lobectomie.

4° Des empyèmes sans fistules bronchiques dans 6,5 p. 100, plusfréquentes après pneumonectomie.

Il compte une mortalité de 9,2 p. 100 directement imputable à la résection et de 10,5 p. 100 indirectement liée à l'opération ; incluses dans ce dernier groupe sont les morts par nouveaux foyers tuberculeux après une phase plus ou moins longue de bacilloscopie négative.

Sur l'ensemble des malades opérés, 72,3 p. 100 sont cliniquement guéris sans bacilles, et 10,5 p. 100 conservent des lésions radiologiques persistantes avec expectoration positive.

Les indications qui lui ont donné les meilleurs résultats sont les suivantes : cavités inertes sous pneumo, cavités résiduelles sous thoracoplastie, cavernes du lobe inférieur, lésions fibreuses non cavitaires, cavernes avec dilatation bronchique, et cavités pleines.

A. Germain.

W. O. Kelley (Norwich, Conn.) et **D. V. Pecora** (Providence, R. I.). — **La résection pulmonaire dans la tuberculose** (*The Journal of Thoracic urgery*, vol. **24**, n° 5, Novembre 1952, p. 510-521, avec 4 fig.).

Travail basé sur l'analyse de 107 résections pulmonaires pratiquées sur 101 malades, pendant une période s'échelonnant entre Octobre 1948 et Juillet 1951. Les résultats ont été dans l'ensemble satisfaisants puisque la mortalité a été de 3 p. 100 et que 83,7 p. 100 des malades peuvent être considérés comme guéris avec une expectoration non bacillifère et des radiographies normales. Comme dans la plupart des travaux sur cette question, les auteurs ont étendu progressivement leurs indications. Ils insistent sur la diminution moins grande de la fonction ventilatoire entraînée par la résection pulmonaire partielle, comparée à celle de la thoracoplastie. La thoracoplastie complémentaire est utilisée systématiquement après pneumonectomie et chaque fois qu'après l'exérèse partielle le parenchyme restant n'arrive pas à combler complètement la cavité thoracique. Les résultats immédiats et tardifs encourageants obtenus par la résection dans la tuberculose pulmonaire permettent d'affirmer que ce mode de traitement constitue, dans des cas bien choisis, une ressource combinant à la fois les avantages de sécurité et d'efficacité.

A. Germain.

J. F. Nuboer (Utrecht). — **Sur la résection segmentaire du poumon dans la tuberculose** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 51, 1952, p. 2463-2470).

La tuberculose est une maladie interne. La chirurgie ne saurait prétendre à autre chose qu'à aider l'organisme dans sa lutte. Elle ne doit entrer en ligne que lorsque le processus inflammatoire exsudatif a fait place à la réaction proliférative. Le choix de l'heure est donc d'une extrême importance.

Il convient, dans ses indications, de tenir compte de la vitesse de sédimentation sanguine, du nombre de bacilles dans les crachats, des infiltrations de voisinage (planigraphie). La collaboration avec un phtysiologue averti, la cure préparatoire au sanatorium ne doivent en aucun cas être négligées.

On n'opérera que les formes qui ne sauraient guérir par le traitement médical ou la collapsothérapie.

N discute des indications suivant les variétés anatomiques (poumons détruits, sténoses bronchiques, vastes bronchectasies), et souligne l'intérêt grandissant du traitement chirurgical dans les formes localisées (cavernes, reliquats de cavernes après thoracoplastie, processus cirrhotiques, bronchectasies localisées, tuberculomes, cavernes récidivantes).

La résection partielle trouve fréquemment ses indications dans ces dernières formes de tuberculose; car, et l'auteur insiste sur ce point, il n'est pas question d'enlever la totalité des lésions, mais seulement le foyer qui entrave la guérison.

Cette résection segmentaire doit être faite sous le couvert de la streptomycine; elle est beaucoup plus grave chez les sujets streptomycino-résistants; c'est pourquoi il convient d'éduquer les médecins sur l'intérêt qu'il y a à ne pas traiter à l'aveugle, par cet antibiotique, des malades dont le cas pourrait plus tard relever de la chirurgie.

Pratiquée dans de bonnes conditions, la résection segmentaire offre les avantages suivants : opération bien supportée (mortalité 0), réparation anatomique satisfaisante, diminution minime de la surface respiratoire, fonction pulmonaire pratiquement pas altérée.

Voici d'ailleurs les résultats de l'auteur : sur 359 malades opérés depuis l'emploi de la streptomycine et du P. A. S., il compte 78 pneumonectomies, 180 lobectomies, 101 résections partielles; la mortalité globale a été de 2,5 p. 100; la mortalité par résection segmentaire a été nulle; aucune fistule bronchique ne s'est produite.

Cette dernière méthode a été utilisée chez 51 tuberculeux cavitaires, dans 26 cas de tuberculomes, dans 3 cas de bronchectasies tuberculeuses, dans 21 cas de processus cirrhotique infiltrant.

Sur 40 de ces malades, opérés depuis plus de 1 an, 2 seulement ont fait des récidives.

Le traitement post-opératoire reste d'une très grande importance.

R. Gueullette.

De Winter (Bruges). — **Les rapports entre l'exérèse et la thoracoplastie dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire** (*Minerva medica*, an. **44**, vol. **1**, n° 8, 27 Janvier 1953, p. 202-203).

La chirurgie d'exérèse n'est pas encore stable dans le traitement de la tuberculose pulmonaire surtout à cause de l'extrême gravité des complications infectieuses post-opératoires.

Le point essentiel est de n'intervenir que sur des lésions suffisamment refroidies. L'accord est fait sur les indications de l'exérèse en cas d'insuccès de la collapsothérapie, dans les sténoses bronchiales et les tuberculomes-tumeurs.

Plus discutées sont les indications dans les poumons détruits : par fibrose (avec bons résultats) par nécrose et caséose (résultats passagers à cause de la bilatéralisation à craindre). Quand il s'agit de grandes cavités limitées à un lobe, l'exérèse est l'indication de choix dans les nécroses de la base tandis que dans celles du lobe supérieur les méthodes d'attaque directe donnent de très bons résultats (Monaldi, Bernou, Maurer).

La communication de l'auteur repose sur l'étude de 75 cas d'exérèse.

Olivieri.

Galacteros. — **Le plombage extra-périosté aux balles de méthylmétacrylate ; mode de collapsothérapie limite dans la tuberculose pulmonaire** (Un vol., Lyon, 1952).

Louis Meyer du sanatorium de Seyssuel a eu, il y a quelques années l'idée de combler les poches de décollement extra-périosté par la mise en place de balles de résine acrylique. La méthode est réservée aux cas limites, chez des malades à capacité respiratoire réduite, quand on doit ménager au maximum le parenchyme sain et collaber les lésions sous une poche de décollement électif, limité. Ce travail étudie tout ce qui a trait à la méthode à l'aide des 86 observations de de Rougemont. Les résultats obtenus sont les suivants

Guérisons, 68 p. 100; améliorations, 11 p. 100; inefficaces, 9 p. 100; décès, 6 p. 100.

R. Leriche.

Imperati (Sassari). — **Indication et moyens de traitement de l'hémothorax post-opératoire en chirurgie pulmonaire** (*La Riforme Medica*, an. **63**. n° 33. 16 Août 1952, p. 889-895).

Cette analyse a déjà paru cette année dans le n° 5, Mai 1953, p. 451. Nous en répétons le titre pour signaler que dans la seconde observation (homme de 55 ans), ce n'est pas l'hyaluronidase qui a été utilisée pour obtenir la fluidification de l'épanchement, mais un enzyme fibrinolytique.

P. G.

William E. Patton, Richard Watson et **Edward A. Gaensler** (Boston). — **La fonction pulmonaire avant et après décortication du poumon** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**. n° 4, Oct. 1952, p. 477-496, avec 13 fig).

La décortication du poumon n'a pas seulement pour but d'oblitérer une cavité pleurale infectée, mais aussi d'améliorer la fonction pulmonaire.

C'est pour en apporter la preuve que les auteurs ont étudié, sur 14 malades, avant et après l'opération, au moyen de la bronchospirométrie, la capacité respiratoire maxima, la capacité vitale et les résultats des exercices de ventilation.

Le degré d'insuffisance respiratoire concorde toujours, avant l'intervention, avec l'importance du collapsus pulmonaire noté sur la radiographie.

La restauration post-opératoire de la fonction pulmonaire dépend surtout des lésions du parenchyme. Si celui-ci est peu atteint, elle se poursuit progressivement pendant 3 ans pour atteindre une augmentation de 47 p. 100 de la capacité respiratoire maxima et de 31 p. 100 de la capacité vitale par rapport aux chiffres obtenus avant l'intervention. S'il est profondément atteint, celle que l'on note au début se stabilise très vite, et ne dépasse pas respectivement 6 p. 100 et 16 p. 100.

Cette amélioration fonctionnelle n'est en rapport ni avec la durée préopératoire du collapsus pulmonaire, ni avec la présence ou l'absence d'infection dans le liquide pleural, ni avec la technique opératoire car, que l'on ait fait une simple décortication viscérale ou une décortication à la fois viscérale et pariétale, les résultats ont été les mêmes. Elle est liée essentiellement au degré de réexpansion pulmonaire visible sur les radiographies.

André Sicard.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

Luciano Provenzale (Institut de pathologie chirurgicale de Rome, professeur P. Valdoni). — **La trilogie de Fallot. Constatations anatomo-fonctionnelles, corrélations clinico-radiologiques et critères diagnostiques, d'après 20 cas** (*Archivio di Chirurgia del Torace*, n° 1, Janvier-Mars 1953, p. 1-40, avec 11 fig.).

La fréquence de cette malformation est diversement rapportée. M. Tanssy estime que l'on trouve 1 trilogie pour 10 tétralogies, chiffre inférieur à l'estimation première de Fallot, supérieur à ce que constate Abbott. Pour Blalock, on trouve un trou ovale persistant dans 70 p. 100 des sténoses pulmonaires.

L'auteur constate une trilogie 20 fois sur 200 cas de cardiopathies étudiées, pendant que 3 cas seulement constituent des formes *pures*. Importante est la mauvaise tolérance des opérations de Blalock et de Potts par les porteurs de cette malformation, alors que l'abord direct sur la valvule (Brock) donne des résultats brillants.

Deux variétés : sténose pure (pas de cyanose en règle) et sténose associée à une persistance du trou de Botal (avec cyanose fréquente). Cette forme, la plus commune, doit être décrite comme véritable trilogie de Fallot.

Suivent l'étude clinique, radiologique, angiocardiographique et celle des modifications décelées par le cathétérisme cardiaque. De nombreux clichés donnent des exemples précis.

13 cas ont été opérés par le professeur P. Valdoni avec la technique de Brock. Une seule mort par hypoasystolie peu après l'opération.

Les résultats sont excellents après quelques semaines. Le souffle modifie son intensité et sa tonalité. Il disparaît exceptionnellement. L'examen radiologique décèle la diminution du diamètre du ventricule droit, visible en O. A. G. Certains documents ont été apportés (en particulier par l'auteur) sur le contrôle par cathétérisme cardiaque, qui donne la preuve directe de la diminution de l'hypertension ventriculaire.

LOUIS BARRAYA.

Angelino et **Actis Dato** (Turin). — **Cardiopathies congénitales de type rare. Sténose pure congénitale de l'artère pulmonaire** (**Étude clinique angiocardiographique et hémodynamique de 5 cas**) (*Minerva medica*, an. **44**, vol. **1**, n° 7, 24 Janvier 1953, p. 167-181).

Le premier cas concerne une jeune fille de 18 ans, atteinte de sténose de l'artère pulmonaire qui fut opérée par valvulotomie : aussitôt après la section, on vit une réduction de tension du ventricule droit spécialement en regard de la région infundibulaire. Des examens radiographiques de contrôle furent faits 7 mois après l'opération et la réduction de volume du ventricule persistait.

Les 4 autres cas ne furent pas opérés (il s'agissait dans 3 d'entre eux d'enfants de 4 à 6 ans). Le cathétérisme cardiaque put être fait dans 3 observations : il a montré des pressions élevées dans le ventricule droit et un gradient de pression élevé entre le ventricule et l'artère pulmonaire.

L'angiocardiographie a montré dans tous les cas un rétrécissement très net avec disparition de la colonne sur la zone de la sténose.

La kymographie a montré toujours une hyperpulsatilité du ventricule droit et dans 3 cas une hyperpulsatilité de l'arc moyen.

L'hémodynamie montrait dans un seul cas une différence artério-veineuse de 3,43 et une portée circulatoire augmentée à 5,83 l.

OLIVIERI.

William H. Muller et **J. Francis Dammann** (Los Angeles). — **Le traitement de certaines malformations congénitales du cœur par la création d'une sténose pulmonaire pour réduire l'hypertension et la circulation pulmonaires** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 2, Août 1952, p. 213-219, avec 5 fig.).

Toutes les malformations du cœur déterminent une large communication entre les deux circulations (ventricule unique, anomalie du septum interventriculaire, persistance du canal artériel) entraînent une hypertension dans l'artère pulmonaire, provoquent souvent une circulation excessive dans les poumons et par voie de conséquence, une insuffisance cardiaque.

En attendant qu'il devienne possible d'attaquer directement la malformation, le traitement actuellement le plus logique est la création d'une sténose pulmonaire en réséquant environ un tiers du diamètre de l'artère et en recouvrant la suture par une bague calibrée de polyéthylène.

Cette intervention a été réalisée chez un enfant de 4 mois avec un bon résultat qui date de 6 mois. Mais la croissance de l'enfant rendra bientôt la striction de l'artère pulmonaire incompatible avec la vie. Les auteurs envisagent donc de rétablir secondairement la circulation pulmonaire par une anastomose.

ANDRÉ SICARD.

Robert E. Gross, Etton Watkins, Alfred A. Pomeranz et **Edward I. Goldsmith.** — **Une nouvelle méthode pour le traitement chirurgical de la communication inter-auriculaire** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 1, Janv. 1953, p. 1-23, avec 19 fig.).

Pour oblitérer une communication inter-auriculaire, 4 techniques ont été jusqu'alors préconisées : la transfixion externe des oreillettes par des sutures de soie placées au jugé sur le plan du septum, l'invagination d'un appendice auriculaire ou de la paroi

atérale de l'oreillette dans l'orifice de communication, l'introduction d'un matériel plastique destiné à obturer l'orifice, la fermeture de la communication sous vision directe en arrêtant momentanément la circulation par un clamp. Certaines de ces opérations sont restées sur le plan expérimental. D'autres ont reçu une application humaine. Mais elles sont, soit aveugles et inefficaces, soit graves et ne peuvent s'appliquer à toutes les variétés d'anomalies rencontrées.

Les auteurs ont mis au point un procédé donnant un accès direct à l'intérieur de

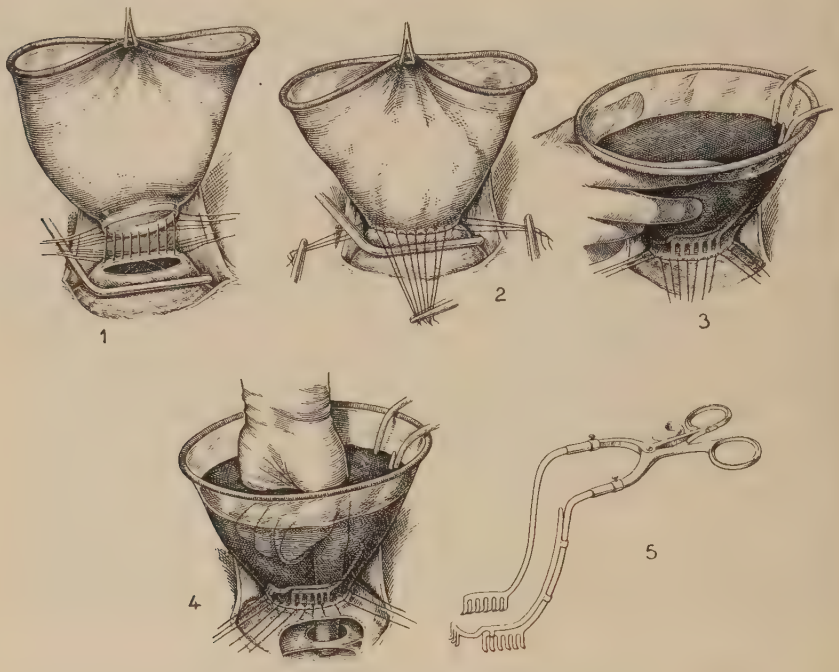


Fig. 1. — *Oblitération d'une communication interauriculaire.*

1, Après clampage et ouverture de la paroi antérieure de l'oreillette droite, la partie inférieure du cône de caoutchouc est suturée à points séparés aux bords de l'orifice cardiaque.
2, Le cône en place.
3, Le clamp enlevé, le sang s'introduit dans le récipient jusqu'à un niveau égal à la pression intra-auriculaire.
4, Le doigt explore, à travers le sang, l'orifice du septum.
5, L'écarteur autostatique qui maintient l'ouverture de l'oreillette.

(Gross, Watkins, Pomeranz et Goldsmith.)

l'oreillette. Il consiste à fixer au cœur une sorte de cône à la base duquel l'oreillette est ouverte, permettant aux doigts d'explorer le septum et d'oblitérer son orifice de communication.

Ce cône est fait en caoutchouc mince de 0,38 mm d'épaisseur (latex). Il a 10 cm de haut, 10 cm de diamètre à sa partie supérieure et 3 cm à sa partie inférieure. Son orifice supérieur est maintenu ouvert par un cercle métallique fin. Sa surface interne est recouverte d'héparine pour éviter la formation de caillots. Au cours des premières expériences, les animaux avaient été complètement héparinisés, mais il y eut une grosse mortalité par hémothorax. En utilisant simplement l'héparine locale au cours de l'intervention, il n'y eut jamais d'embolie pulmonaire.

L'oreillette droite fut choisie plutôt que la gauche, parce que sa surface est plus

large et qu'elle procure un meilleur angle d'approche du septum. Si, à un moment quelconque, la circulation doit être temporairement arrêtée, il est facile de clamper la veine cave.

Pour préciser la technique et étudier les réactions électro-cardiographiques, 114 chiens ont été opérés. Chez 68 d'entre eux, un orifice de communication inter-auriculaire a d'abord été créé et ensuite oblitéré.

Il y a 4 façons d'obturer l'orifice : par suture d'un fragment de tissu, tel que appendice auriculaire, fragment de péricarde ou segment de veine; par mise en place du double bouton en matière plastique de Hufnagel; par application d'une plaque de matière plastique fixée autour de l'orifice; par suture directe des bords de la communication.

Les chiens ont été sacrifiés au bout de 6 mois. Dans 60 cas, l'obturation était complète. Dans 8 cas, persistait une fuite de quelques millimètres. Mais, si l'on remarque que les résultats ont été excellents dans les 30 derniers cas, on constate l'importance de l'expérience de l'opérateur.

Cette technique a ensuite été réalisée chez l'homme dans 7 cas. En voici les principaux temps :

Incision dans le 5e espace intercostal droit. Ouverture du péricarde. 2 fils passés à travers l'oreillette droite attirent en haut sa face antérieure de façon à pouvoir y placer un clamp. Ouverture de l'oreillette sur 5 à 6 cm de diamètre. Suture par points séparés de l'orifice inférieur du cône en caoutchouc à ses bords (ce temps demande de 10 à 15 mn). Ablation du clamp. Le sang s'introduit alors dans le récipient maintenu verticalement par un aide jusqu'à un niveau égal à la pression intra-auriculaire qui n'excède pas quelques centimètres. Un écarteur spécial maintient béant l'orifice auriculaire. Les manœuvres intra-cardiaques se font à l'aveugle à travers le sang, mais en se guidant avec les doigts qui explorent directement l'orifice du septum et peuvent en apprécier les dimensions, la forme, la situation (fig. 1). Les sutures sont pratiquées à bout de doigt au porte-aiguille. Si l'orifice est petit, ses bords peuvent être suturés directement. S'il est plus grand, on peut, soit placer le bouton de Hufnagel, soit appliquer une plaque en matière plastique que l'on fixe aux bords du septum ou aux parois de l'oreillette. Remise en place du clamp. Ablation du cône. Suture de l'oreillette. Suture du péricarde. Fermeture pariétale.

L'avantage de cette technique est, pour les auteurs, de permettre des manipulations intra-cardiaques précises, d'autant plus que l'on n'est pas limité par le temps, l'oreillette pouvant être laissée ouverte pendant une période pratiquement indéfinie.

Les 7 cas opérés concernent des enfants âgés de 4 à 16 ans. Dans 3 cas, l'orifice fut obturé au moyen du double bouton de Hufnagel. Il mesurait de 2,5 à 5 cm de diamètre. Les 3 malades moururent. 2 au bout de quelques jours. L'autopsie montra la chute du bouton dans l'oreillette gauche dans 1 cas, dans l'oreillette droite dans l'autre. Le troisième présenta une cyanose très importante et fut réopéré au bout de 3 semaines. Le bouton s'était déplacé et obturait la valvule tricuspide. Il fut remplacé par une plaque de nylon, mais le cœur s'arrêta pendant qu'on refermait la paroi. Les indications du bouton paraissent donc exceptionnelles chez l'homme. L'orifice de communication a, en effet, des bords très minces, contrairement à celui que l'on crée chez le chien.

Dans 3 cas, une plaque de nylon fut suturée au septum par points séparés. 2 enfants guérirent très facilement. Chez le troisième, la plaque utilisée fut trop grande. Elle ne put être bien appliquée à la partie inférieure du septum. Il se forma à ce niveau un caillot qui obtura la tricuspide et provoqua la mort au 3e jour.

Dans le dernier cas, existaient deux orifices de communication de dimensions relativement petites. Leurs bords purent être suturés directement. La guérison fut simple.

De cette courte expérience qui s'est traduite par 4 morts sur 7 cas, il faut retenir que les meilleurs procédés d'obturation sont la suture directe chaque fois que les dimensions de l'orifice le permettent et la plaque de nylon bien adaptée aux dimensions du septum quand l'orifice est plus grand.

André Sicard.

Prescott Jordan et **Harper K. Hellems** (Détroit). — **Chirurgie de la valvule mitrale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 6, Déc. 1952, p. 689-693, avec 1 fig.).

Les résultats de la chirurgie mitrale sont essentiellement fonctions des lésions auxquelles elle s'oppose. J. et H. distinguent 3 types de valvule pathologique :

Le type I correspond à un stade précoce, où les lésions sont localisées aux commissures et aux bords libres des valvules avec rétraction des cordes tendineuses et des muscles papillaires. Leurs portions supérieures restent souples et mobiles. Après ouverture des commissures, la valve retrouve un fonctionnement normal.

Le type II correspond à des lésions plus étendues sur les valvules qui sont indurées et ont perdu leur souplesse. Même après section des commissures, le fonctionnement de la valve ne peut être normal.

Le type III répond à la calcification du tissu fibreux qui remplace les valvules.

9 malades ont été suivis de 2 à 6 mois après l'opération et étudiés par le cathétérisme cardiaque. Les valvules ont été tantôt sectionnées avec le couteau de Bailey, tantôt dilatées au doigt.

Les malades dont la valve a été dilatée ont été améliorés 4 mois, puis se sont retrouvés dans leur état antérieur.

Chez les autres, les résultats cliniques ont été bons, même quand le cathétérisme ne montra aucune modification hémodynamique, mais ils ont été plus rapidement acquis dans les types I que dans les types II et III.

Pour J. et H., la commissurotomie est indiquée :

Dans les sténoses mitrales avec hémoptysies graves, car les malades survivent rarement plus de 3 ans. Elles correspondent généralement au stade I et donnent les meilleurs résultats chirurgicaux.

Dans les sténoses des types II et III quand les malades sont dans une incapacité fonctionnelle totale, ne pouvant pratiquement plus se lever. La fluoroscopie préopératoire permet d'identifier les calcifications.

Dans les sténoses qui s'accompagnent d'embolies artérielles.

André Sicard.

R. P. Glover, T. J. E. O'Neill, J. S. C. Harris et **O. H. Janton** (Philadelphie). — **Indications et résultats de la commissurotomie mitrale** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **25**, n° 1, Janvier 1953, p. 55-77, avec 2 fig.).

La pratique de la commissurotomie mitrale a complètement révolutionné le traitement du rétrécissement mitral. Utilisant l'auricule comme porte d'entrée, le doigt, coiffé d'un commissurotome-guillotine vient séparer les valvules accolées par un processus de fibrose cicatricielle parfois calcifiée, leur rend un jeu fonctionnel acceptable et élargit l'orifice sténosé. De Février à Avril 1952, 256 opérations ont été réalisées par les auteurs avec une mortalité globale de 14 cas, soit 5,4 p. 100. La plupart des morts ont été observées dans les cas avancés où des lésions irréversibles n'ont pu être corrigées par l'opération. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas où le rétrécissement mitral présentait une lésion pure, sans insuffisance associée et sans autre lésion valvulaire. Cependant de bons résultats peuvent être escomptés si le rétrécissement prend une part prépondérante dans l'affection cardiaque. En ce qui concerne la technique opératoire, les auteurs insistent sur le fait que la commissurotomie antérieure suffit souvent à élargir suffisamment l'orifice et à rétablir une fonction valvulaire adéquate sans régurgitation notable. La commissurotomie postérieure doit parfois être associée ou employée à titre isolé, notamment dans les cas de sténose très serrée et calcifiée. Elle prédispose plus à la régurgitation. Un des risques de l'opération consiste dans la mobilisation d'emboles sanguins ou calcaires. Cependant, les auteurs n'ont eu à déplorer cette complication que dans 3 cas.

A. Germain.

H. E. Bolton, R. Maniglia et **F. C. Massey** (Philadelphie, Pa.). — **Un cas de commissurotomie mitrale compliqué d'embolie cérébrale mortelle provenant de la mobilisation de bourgeons valvulaires calcifiés** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 5, Novembre 1952, p. 502-509, avec 7 fig.).

L'observation est rapportée en détail car elle constitue le premier cas de ce genre où les emboles calcifiés furent retrouvés à l'autopsie dans les artères cérébrales. Les auteurs pensent que cette complication a plus de chances de survenir dans les commissurotomies digitales, plus aveugles, que lors des sections instrumentales. En outre, ils proposent à la suite de Bailey, que l'on s'astreigne, en cas de valvules calcifiées, à tâcher d'éviter cette complication en obturant momentanément le tronc innominé et la carotide primitive gauche au moment critique.

A. Germain.

H. B. Larzelère et **C. P. Bailey** (Philadelphie). — **Un nouvel instrument pour les commissuritomies valvulaires intra-cardiaques** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **25**, n° 1, Janvier 1953, p. 78-81, avec 4 fig.).

Cet instrument est surtout utilisé pour le traitement des sténoses valvulaires aortiques. Introduit dans le ventricule gauche à l'aide d'une minime ouverture contrôlée par une suture en bourse, l'appareil comprend une tige métallique flexible à extrémité mousse renflée qui sert de guide pour cathétériser l'orifice. Il comporte, en outre, un dilatateur à 3 branches qui réalise une commissurotomie aortique avec le maximum de sécurité (voir figure).

Dans 23 opérations, l'appareil a été utilisé avec toute satisfaction. La mortalité a été minime (1 cas).

A. Germain.

Paul David, Edouard-D. Gagnon et **Osman Gialloreto** (Montréal). — **Observations basées sur 27 cas opérés pour sténose mitrale** (*L'Union Médicale du Canada*, Août 1952, p. 900-907).

Les 27 opérations exécutées par les auteurs ont entraîné 6 décès; 5 survinrent parmi les 11 sujets du sexe masculin. Seules les formes graves furent opérées : 25 des patients se plaignaient d'une dyspnée telle qu'elle rendait tout effort physique impossible; 23 avaient présenté une ou plusieurs hémoptysies. Tous les cas présentaient le signe clinique pathognomonique : le roulement diastolique à la pointe. Un souffle systolique de la pointe existait 10 fois. Sa présence ne contre-indique pas l'opération, s'il ne traduit pas une insuffisance mitrale organique. Le rythme pré-opératoire était sinusal dans 23 cas, l'axe électrique dépassait 75° dans un nombre semblable. Des signes électro-cardiographiques d'hypertrophie ventriculaire droite se retrouvaient chez 18 malades. Les auteurs pratiquent une thoracotomie intercostale sans section ni résection de côtes. Dans les 12 derniers cas, ils ont eu recours d'abord à l'agrandissement digital de l'orifice qu'ils estiment devoir porter au calibre de deux doigts.

Cl. Olivier.

H. B. Shumacker, Jr. et **P. R. Lurie** (Indianapolis, Ind.). — **La valvulotomie pulmonaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **25**, n° 2, Février 1953, p. 173-186, avec 5 fig.).

Au cours de leurs premiers cas de valvulotomie pulmonaire opérés par la voie classique antérieure intercostale gauche, les auteurs ont été frappés par la gêne fréquente qu'ils ont éprouvée à aborder la face antérieure du ventricule droit. Ils ont depuis lors utilisé avec pleine satisfaction la sternotomie médiane. Cette voie d'abord est spécialement recommandable dans les cas où l'on peut porter avec probabilité le diagnostic de sténose valvulaire pulmonaire sans communication interventriculaire pure. Les auteurs rapportent 8 cas de ce genre. opérés sans mortalité et considérablement améliorés par l'intervention.

A. Germain.

E. Holman, F. Gerbode et **Ann Purdy** (San Francisco, Calif.). — **La chirurgie du canal artériel** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **25**, n° 2, Février 1953, p. 111-142, avec 18 fig.).

Travail important basé sur 75 cas opérés. Le canal artériel, qu'il s'accompagne ou non de symptômes, doit être opéré s'il reste patent après l'âge de 5 ans, en raison du risque de retard de développement, de décompensation cardiaque ou d'endocardite.

Cette malformation constitue en fait une fistule artério-veineuse dans l'aire cardiaque et comporte les mêmes conséquences physiopathologiques qu'une communication artério-veineuse périphérique, à savoir : une augmentation du débit cardiaque qui peut dépasser de plus de la moitié les chiffres normaux, une augmentation de la masse sanguine, une diminution de la tension artérielle particulièrement de la tension diastolique, une dilatation cardiaque avec une éventuelle décompensation.

L'asystolie peut survenir dans le tout jeune âge si le canal est large et aisément expansible. Au fur et à mesure que l'enfant prend une stature le rapprochant de celle de l'adulte, la diminution relative de résistance dans la petite circulation comparée à celle de la grande circulation attire une plus grande quantité de sang dans la circulation pulmonaire, d'où résulte une dilatation progressive de cette petite circulation y compris le canal artériel et le cœur gauche. Cette augmentation de la masse circulante dans la petite circulation est limitée par deux facteurs : la rigidité propre des parois du canal artériel et la fibrose croissante des capillaires pulmonaires en raison de leur contiguïté à la grande circulation où règne une pression plus forte. Ces deux facteurs diminuent la différence existant entre les résistances offertes respectivement par les grande et petite circulations. Ils réduisent et même peuvent abolir l'accroissement de la circulation dans le canal artériel dont l'effet devient ainsi stationnaire. Enfin, ils retardent souvent la survenue des signes de décompensation cardiaque jusqu'à l'âge adulte. Mais l'apparition de troubles cardiaques est inévitable s'il persiste une différence dans la résistance des deux systèmes artériels, si le canal demeure patent et si ces parois restent extensibles. Tout comme une fistule artério-veineuse périphérique qui se dilate progressivement, le canal artériel finit par entraîner une défaillance du cœur gauche.

A ces considérations générales touchant la physiopathologie du canal artériel, les auteurs ajoutent une analyse de leurs 75 cas opérés. Ils signalent un cas d'endocardite et d'endo-artérite survenu chez un enfant de 7 ans guéri par ligature du canal artériel. Par ailleurs, un enfant de 11 ans dont le canal artériel avait été ligaturé sans succès 2 fois auparavant, présentait un anévrysme du canal artériel avec bactériémie résistant à tous les antibiotiques. La section du canal au niveau de l'anévrysme permit une guérison remarquable. Chez un autre malade de 14 ans existait un anévrysme de l'artère pulmonaire situé juste en regard de l'abouchement du canal artériel et compliqué d'endartérite. La ligature du canal associée à un enveloppement de l'anévrysme à la cellophane a enrayé le développement anévrysmal. Chez deux jumeaux de 3 ans 1/2, à peu près les mêmes caractéristiques cliniques et anatomiques ont été trouvées. Chez l'un d'eux cependant où les effets circulatoires étaient un peu plus marqués, le canal artériel comportait un diamètre plus large de 1 mm à ses deux extrémités. Une femme de 26 ans, porteur d'un canal artériel jusque là sans gros troubles fonctionnels, a subitement vu ses troubles s'aggraver au début d'une grossesse. L'intervention l'a guérie très simplement. Cette observation vient à l'appui de la nécessité d'opérer, même si le canal artériel ne s'accompagne pas d'un retentissement fonctionnel marqué.

Parmi les 75 malades opérés, 8 subirent une section et 67 une ligature multiple. Le premier malade opéré par ligature simple a récidivé et un autre cas opéré par simple ligature a été suivi de récidive avec formation d'un anévrysme. Les 2 cas ont été réopérés et guéris, le premier par une nouvelle ligature, le deuxième par section au niveau de l'anévrysme. Les auteurs n'ont eu à déplorer qu'une mort survenue au 3e jour après section du canal. Elle était due à une anurie consécutive à un accident transfusionnel.

A. Germain.

F. Glenn et **W. D. O'Sullivan** (New-York). — **Coarctation de l'aorte** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 5, Nov. 1952, p. 770-776, avec 7 fig.).

Ce travail résume 21 cas de rétrécissements de l'aorte, qui ont été opérés. L'âge des malades variait de 8 à 40 ans, avec une moyenne de 20 ans. 15 étaient des hommes, 6 des femmes.

Chez 3 malades l'intervention resta purement exploratrice, les 18 autres furent soumis à une intervention définitive. 17 d'entre eux avaient un rétrécissement en diaphragme; ils furent traités par résection et anastomose bout à bout; l'opération fut pratiquée à travers le lit de la 4e côte gauche. Le rétrécissement était toujours immédiatement distal au ligament artériel, que l'on sectionna dans tous les cas.

Le 18e cas était un rétrécissement aortique de 9 cm de long, siégeant juste au-dessus du diaphragme. Il était impossible de faire un bout-à-bout, ni même une greffe. Le tronc cœliaque naissait au-dessous du rétrécissement. Aussi, après avoir fait une splénectomie, on utilisa l'artère splénique, dont l'extrémité distale fut anastomosée avec la partie sus-stricturale de l'aorte. Le sang put ainsi passer à contre-courant dans la splénique et le tronc cœliaque pour gagner la portion sous-stricturale de l'aorte.

Sur ces 21 opérés, il y eut un seul décès survenu chez un enfant de 11 ans.

Les résultats fonctionnels furent dans l'ensemble satisfaisants. G. et O. insistent sur l'utilité d'un diagnostic et d'une intervention précoces.

M. Guimbellot.

C. P. Bailey, H. P. Redondo Ramirez et **H. B. Larzelere** (Philadelphie). — **Traitement chirurgical du rétrécissement aortique** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **150**, n° 17, 27 Déc. 1952, p. 1647-1652, avec 4 fig.).

Le traitement chirurgical d'un rétrécissement aortique est plus difficile et plus grave que celui de la sténose mitrale. Il ressort de l'expérience des auteurs que la section instrumentale du plan valvulaire comparable à celle utilisée dans le traitement de la sténose pulmonaire congénitale est susceptible de provoquer des accidents graves rapidement mortels s'il se produit un reflux aortique, même de faible degré et qu'il faut substituer à la section instrumentale du rétrécissement sa dilatation.

Les auteurs utilisent actuellement une instrumentation personnelle nouvelle qui leur a valu plusieurs succès consécutifs et dont ils donnent la description et le mode d'emploi.

S'il s'agit de traiter un rétrécissement aortique isolé la meilleure incision est une incision antérieure au niveau du 5e ou du 6e espace intercostal. Après section des cartilages costaux au ras du sternum, le péricarde est abordé. Une première incision transversale est pratiquée à 2,5 cm au-dessus de l'apex ventriculaire, puis un point en bourse est faufilé à l'intérieur du muscle cardiaque au niveau de la partie basse de la face antérieure du ventricule gauche; dans l'aire ainsi délimitée, une ponction de la paroi cardiaque livre passage à un explorateur métallique d'abord dirigé vers la cloison interventriculaire puis remontant vers l'orifice aortique et dont la progression en bonne place est contrôlée par le palper direct de l'aorte, laquelle est abordée au niveau de la base du cœur par une 2e incision péricardique. Ce conducteur métallique est fixé au dilatateur dont il dirige la progression. Le dilatateur comporte trois branches parallèles susceptibles de s'écarter lorsque l'appareil est en bonne place et de s'orienter de telle sorte que les lames se trouvent automatiquement dans le plan de séparation des trois valves aortiques. Il n'est pas nécessaire de pousser la dilatation valvulaire au maximum de ses possibilités et il suffit pratiquement d'obtenir une ouverture égale à la moitié de l'ouverture valvulaire normale.

Cette intervention a été réalisée sur une série de 20 malades, les 11 premiers avec une instrumentation ancienne et peu adaptée qui a donné 18 p. 100 de mortalité immédiate et 2 morts ultérieures, ce qui fait un taux global de 36,2 p. 100. Il n'y eut aucune mortalité chez les autres malades opérés plus récemment avec la nouvelle instrumentation.

S'il existe une sténose mitrale associée, celle-ci doit être traitée en premier lieu,

mais les deux opérations doivent être faites successivement dans la même séance opératoire. L'abord du cœur dans ce cas doit être un abord trans-pleural gauche à travers le 5e espace intercostal. Cette position opératoire est plus favorable pour l'abord de l'auricule. Par contre, le cathétérisme de l'orifice aortique peut être plus difficile et il convient alors pour la dilatation aortique de modifier la position du malade placé à ce moment en décubitus dorsal et d'agrandir l'incision jusqu'au rebord sternal. Cette attitude soulage d'ailleurs le patient que la position latérale incommode souvent de façon importante.

MARCEL ROUX.

H. W. Scott, Jr. (Nashville, Tenn.) et **D. C. Sabiston Jr.** (Baltimore, Md). — **Traitement chirurgical des fistules congénitales aortico-pulmonaires** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **25**, n° 1, Janvier 1953, p. 26-39, avec 9 fig.).

Due au développement insuffisant du septum qui divise en 2 vaisseaux distincts, le troncus arteriosus, la fistule aortico-pulmonaire constitue une anomalie congénitale rare qui comporte des symptômes et une physio-pathologie analogues à ceux du canal artériel.

Les auteurs se sont attachés essentiellement à la reproduction expérimentale chez le chien d'une telle anomalie, à l'aide d'une technique d'anastomose latéro-latérale dérivée de celle de Potts. Ils ont ensuite procédé à la fermeture de cette fistule par section et suture à l'aide de 2 clamps vasculaires. Cette technique a été appliquée avec succès chez un nourrisson de 10 mois présentant une fistule large de 16 mm.

A. GERMAIN.

J. L. Ehrenhakt et **R. E. Taber** (Iowa City, Iowa). — **Hémopéricarde et péricardite constrictive** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **24**, n° 4, Octobre 1952, p. 355-368, avec 8 fig.).

L'étude des cas publiés de péricardite constrictive montre qu'un certain nombre d'entre eux peuvent tirer leur origine de l'organisation fibreuse d'un hémopéricarde survenu antérieurement : le traumatisme peut d'ailleurs être suffisamment minime pour passer inaperçu à un interrogatoire peu poussé. Les auteurs rapportent un cas de ce genre où la filiation entre l'hémopéricarde et la péricardite constrictive semble avoir été indiscutable. Un travail expérimental a été entrepris sur le chien pour tâcher de confirmer ce point de vue. Dans un premier groupe d'animaux, le sac péricardique a été injecté avec du sang total; dans un deuxième groupe, l'injection intra-péricardique a été faite avec la fraction lipoïdique du sang. Alors que les animaux du premier groupe n'ont montré qu'un minimum de réaction péricardique, ceux du deuxième groupe ont présenté des réponses inflammatoires et scléreuses plus marquées et l'un d'eux a développé une péricardite constrictive typique.

Il semble donc prouvé à la fois cliniquement et expérimentalement que dans certains cas, la péricardite constrictive peut être consécutive à un hémopéricarde et que la partie lipoïdique du sang représente le facteur le plus actif dans la production de la péricardite adhésive.

A. GERMAIN.

L. Manzocchi (Clinique de l'Université de Milan, professeur G. M. FASIANI). — **Considérations sur 8 cas de péricardite constrictive traités par péricardectomie** (*Chirurgia*, n° 5, 1952, p. 366-372, avec 3 fig.).

Les auteurs estiment que l'on peut opérer des cas où la bacillose initiale (quand c'est elle qui est en cause) n'est pas encore complètement stabilisée. Naturellement, il s'assure la protection du P. A. S., de l'hydrazide, de l'acide isonicotinique et surtout de la streptomycine.

La vitesse de sédimentation n'a pas donné de renseignement utilisable. Par contre, la pression veineuse dans les veines de la circulation générale s'est montrée très précieuse, pour le pronostic, la conduite de l'intervention et l'évaluation des résultats.

De même, les conditions de fonctionnement du foie sont une bonne mesure de l'état circulatoire.

On doit obtenir de bons résultats avec des péricardectomies précoces, même si on les limite aux portions de séreuse accessibles par la voie transpleurale gauche antérieure.

La technique consiste en une incision qui longe le 2e espace dans sa moitié antérieure, puis descend sur la face antérieure du sternum jusqu'à son extrémité inférieure. Section le long du 2e espace puis des cartilages costaux 2, 3, 4, 5. Au passage, ligature des vaisseaux mammaires internes. Un fragment de la 3e côte est réséqué, en outre, sur la ligne mamillaire, après avoir dissocié à sa hauteur les fibres du petit pectoral. On peut aussi libérer le cœur des cônes artériels jusqu'à sa pointe et l'oreillette gauche. A droite, on peut même réséquer jusqu'à 2 cm au delà de la ligne médiane.

Si les résultats (contrôlés par la mesure de la pression veineuse) ne sont pas suffisants après 4 à 6 mois, il faut réintervenir à droite avec une thoracotomie droite, classique, et compléter la libération du cœur sur l'oreillette et les gros vaisseaux veineux.

Louis Barraya.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

Velarde Perez Fontana (Montevideo, Uruguay). — **Anatomie chirurgicale des hernies abdominales chez l'enfant et l'adulte** (Un vol. in-8, 1951, 176 p.).

Les chirurgiens qu'intéresse la pathologie herniaire liront ou consulteront avec fruit cette monographie concise, documentée et originale. Le professeur Perez Fontana a été chargé pendant 30 années d'un service d'urgence et ses recherches cliniques et anatomiques constituent un ensemble du plus haut intérêt. De nombreuses figures illustrent les chapitres de ce travail.

La hernie du ligament suspenseur du foie est une entité nouvelle qui réunit les formes ombilicales, épigastriques, xyphoïdiennes, costo-diaphragmatiques et sternales ainsi que para-œsophagiennes ayant toutes une pathogénie commune : le lipome préherniaire. L'existence d'un canal ombilical virtuel est démontrée, de même que le développement du fascia transversalis aux dépens de l'amnios. Du point de vue pathogénique, la hernie crurale apparaît semblable aux hernies inguinales obliques interne et directe car elle est toujours produite par un lipome préherniaire provenant de l'allantoïde, qui s'extériorise en rompant le fascia transversalis au-dessous ou au-dessus de l'arcade crurale.

Les auteurs français qui, au cours des siècles, ont apporté l'essentiel de nos connaissances sur ces sujets, sont cités par le professeur Perez Fontana avec une affectueuse prédilection qui n'est pas pour les lecteurs épris d'honnêteté bibliographique un des moindres charmes de cet excellent ouvrage.

Cl. Olivier.

Leigh F. Watson (Buenos-Aires). — **Hernie** (Un vol. in-8, 922 p., avec 472 fig., Editorial Artecnica, éd. Buenos-Aires, 1952).

Parfaitement traduit en espagnol par deux chirurgiens de la clinique Rawson à Buenos-Aires, les docteurs Diego, E. Ravalito et Julio V. Uriburu, l'ouvrage est américain : c'est le traité de Watson dont plusieurs éditions ont déjà affirmé les qualités de sérieux et accru aussi peu à peu l'importance. Il n'est pas inutile de signaler ici l'excellente édition réalisée par Artecnica. On y trouvera sur un sujet peut-être trop délaissé en cette Europe où sont nées pourtant jusqu'à ces dernières années toutes les recherches essentielles en pathologie herniaire, des chapitres clairement rédigés, une documentation abondante, une iconographie parfaitement reproduite. Rien de ce qui peut intéresser le chirurgien, depuis les formes topographiques les plus habituelles jusqu'aux plus exceptionnelles, n'a été omis ou abrégé.

Cl. Olivier.

G. Bocchetti (Rome). — **La hernie lombaire** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **75**, fasc. 6, 1952, p. 441-453).

L'auteur en apporte une observation chez un homme de 53 ans, d'origine vraisemblablement traumatique. La hernie du volume d'un œuf est parfaitement réductible.

A l'intervention : « rien de remarquable dans le triangle de J.-L. Petit. Après écartement du grand dorsal et du grand oblique, on trouve un lipome saillant à travers l'espace de Grynfelt : entraînant un petit sac péritonéal, le tout passe à travers une éraillure du « fascia transversalis ».

Résection du lipome, refoulement du sac et reconstitution de la paroi : suture du fascia, puis du petit oblique au carré des lombes, et enfin du grand dorsal au grand oblique... Guérison.

Historique, rappel de travaux antérieurs, complètent ce travail.

J. Assali.

W. Schink (Iéna). — **Sur la rupture spontanée de la cicatrice de laparotomie avec éviscération du grêle** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 51, 1952, p. 2474-2476).

Déjà rare dans les suites opératoires immédiates, l'éviscération est exceptionnelle au niveau d'une cicatrice ancienne de laparotomie.

S. en rapporte 2 observations.

Une première malade de 64 ans avait subi une laparotomie pour fibrome en 1931; en 1945 elle présente, à la suite de durs travaux à la campagne, une éventration qui est négligée; en 1952, la peau, progressivement amincie, s'ulcère; l'éviscération se produit. On constate à l'intervention une perforation cutanée de 4 cm de diamètre et l'issue de 1 m de grêle. Après traitement du choc, qui est important, on réduit et referme le ventre sur drain laissé en place pendant 48 h. La guérison, sous le couvert de la pénicilline, se fait sans incident.

Un second malade de 57 ans présentait, au niveau d'une cicatrice de laparotomie faite 7 ans plus tôt pour appendicite aiguë, une éventration du volume d'une tête d'enfant; la peau était également très amincie; mais on n'attendit pas son ulcération pour intervenir. On trouva un paquet d'anses altérées par des adhérences et une forte réaction plastique du péritoine; on dut réséquer 15 cm de grêle; le malade guérit.

Si de tels incidents ne comportent pas un pronostic grave, il convient cependant de ne pas les attendre.

Opérons les éventrations de bonne heure.

R. Gueullette.

G. Lagache, J. Dewambez et **G. Lemaitre** (Lille). — **Hernie diaphragmatique étranglée guérie par thoraco-phréno-laparotomie** (*Lille Chirurgical*, t. **8**, n° 1, Janv.-Fév. 1953, p. 27-29, avec 3 fig.).

Les auteurs rapportent cette observation concernant un homme de 33 ans qui présentait depuis 4 jours un arrêt complet des matières et des gaz, et des coliques. L'absence de ballonnement, l'antécédent d'un traumatisme antérieur et la découverte d'une cicatrice de 2 cm parallèle au 8e espace intercostal gauche et secondaire à un coup de couteau font supposer qu'il s'agit peut-être d'une hernie diaphragmatique. L'examen radiologique le confirme.

Intervention par incision abdominale oblique gauche. L. trouve en plein centre phrénique un orifice cicatriciel à bord épais, dur, des dimensions d'une pièce de 5 francs. L'angle du côlon y est incarcéré avec le grand épiploon. La réduction s'avère impossible. L'opérateur prolonge son incision en phréno-thoracotomie, libère les adhérences, réintègre le côlon et résèque l'épiploon. Suture du diaphragme au nylon. Fermeture sans drainage.

Les auteurs souhaitent que toute plaie thoracique soit l'objet d'une exploration radiologique systématique de principe à la recherche d'une hernie diaphragmatique post-traumatique.

G. Picot.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

W. Köle (Graz). — **Les orifices mésentériques, cause d'étranglement intestinal** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **78**, n° 5, 1953, p. 194-200, avec 4 fig.).

Chez une femme de 53 ans, hystérectomisée 2 jours auparavant pour cancer utérin, éclatent des accidents d'iléus qui imposent une intervention immédiate. On trouve une incarcération de 1,70 m de grêle au travers d'un vaste orifice mésentérique s'étendant de la racine du méso au bord libre de l'intestin et lui-même bordé par des rameaux du réseau mésentérique; le péritoine du voisinage n'est pas altéré. Par entérotomie, on aspire dans l'anse jéjunale supérieure 2 l de liquide; après réduction facile, l'anse libérée apparaît telle que l'on doit pratiquer une résection de près de 2 m qui est suivie d'une entérorraphie termino-terminale; la brèche mésentérique est alors fermée. La guérison survient sans incident.

Les orifices mésentériques, cause d'étranglements internes, sont connus depuis longtemps; ils sont cependant fort rares (2 cas sur 2 000 autopsies, Treitz); ils sont intéressants, non seulement au point de vue anatomique, mais encore en raison de leurs conséquences pathologiques.

58 cas d'incarcérations intestinales ont été publiés, dont 24 furent opérés; la mortalité, de 100 p. 100 chez les non opérés, a été de 75 p. 100 après traitement chirurgical. Le diagnostic pré-opératoire ne fut jamais posé.

Ces perforations mésentériques sont acquises ou congénitales.

Parmi les perforations acquises, il faut considérer les formes :

a) Traumatiques, relevant d'une contusion abdominale, ayant écrasé le mésentère sur le relief vertébral; elles se manifestent alors par des signes d'hémorragie ou de réaction péritonéale et relèvent de la chirurgie d'urgence;

b) Inflammatoires (suivant de Wilms);

c) Artificielles, alors créées au cours d'une intervention chirurgicale quelque peu rudement menée.

La plus grande partie des cas relèvent d'anomalies congénitales. Trèves pense, étant donné la fréquence de la lésion dans la région iléo-cæcale, que la perforation peut se produire au niveau de l'aire triangulaire, amincie, avasculaire, souvent réduite à l'accolement des deux lames mésentériques, qui se trouve limitée par la terminaison de l'artère mésentérique, sa branche iléo-cæcale et l'arcade bordante juxta-intestinale. Prutz y voit un défaut de synchronisme entre le développement du côlon droit et la portion correspondante du mésentère.

En fait, l'orifice peut siéger en un point quelconque de l'éventail mésentérique. Federschmidt propose une hypothèse tirée du développement ontogénique (de tels orifices, fréquents chez les vertébrés inférieurs, sont déjà rares chez les mammifères, pour ne représenter qu'une véritable anomalie chez l'homme).

Dans le cas particulier, l'état normal du péritoine adjacent, l'absence de traumatisme, d'inflammation, plaident en faveur d'un orifice préformé.

Les complications d'étranglement ne sont d'ailleurs pas fatales; l'incarcération s'explique ici aisément par la fermeture difficile du ventre et les pressions qu'elle a imposées lors de la première laparotomie.

Cette malade, la 25e opérée d'une telle lésion, serait la première guérie. Et l'auteur profite de son cas pour exposer quelques commentaires sur l'opportunité de certaines relaparotomies, qu'il faut savoir entreprendre alors qu'il en est temps encore, sans se laisser influencer par la soi-disant mortalité de 70 à 80 p. 100 qu'entraînerait le seul fait d'une intervention itérative.

R. Gueullette.

Charles A. Hubay, Elden C. Weckesser et **William D. Holden** (Cleveland). — **L'effet préventif de la cortisone sur les adhérences péritonéales** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 1, Janv. 1953, p. 65-70, avec 3 fig.).

Les auteurs ont étudié chez le chien les effets de la cortisone sur les adhérences obtenues par dépéritonisation du jéjunum. Les animaux ont été laparotomisés à différentes reprises pour juger les résultats.

La cortisone est sans effet quand elle est administrée après l'opération. Les adhérences ont été les mêmes que sur les animaux témoins.

Par contre, elles ont été moins importantes chez les chiens qui avaient subi un traitement pré-opératoire, mais à condition que la cortisone ait été continuée longtemps après l'intervention et à grosses doses.

On ne peut donc conclure que la cortisone ait une efficacité réelle. Un traitement pré-opératoire et post-opératoire prolongé permet néanmoins d'espérer que les adhérences seront moins étendues et moins serrées.

André Sicard.

A. Zdenkovic (Strakonice). — **La péritonite aiguë chyleuse** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **78**, n° 7, 1953, p. 259-264).

Un homme de 53 ans, opéré jadis de perforation ulcéreuse, plus tard gastrectomisé, a présenté une crise douloureuse abdominale violente, avec arrêt des matières et des gaz, vomissements, langue sèche; on observe une légère distension abdominale, avec matité dans toute la moitié gauche du ventre, un peu de douleur du Douglas, une distension du grêle accompagnée de quelques niveaux liquides; il n'y a cependant pas de fièvre.

On opère après aspiration gastrique, avec le diagnostic de péritonite; on trouve une grande quantité de liquide blanc laiteux dans le péritoine. Les chylifères sous-séreux de l'intestin et du mésentère sont saillants, fortement injectés; le réseau veineux apparaît distendu, bleu foncé. La partie moyenne du mésentère grêle est infiltrée, succulente, de coloration jaunâtre; les ganglions sont hypertrophiés. Dans le territoire intestinal correspondant, le grêle est dilaté, hyperhémique, tandis que les autres anses sont collabées et que leur mésentère a conservé une coloration normale.

Le péritoine est asséché, et le ventre est refermé sans drainage; les suites, troublées par une désunion partielle, évoluent ensuite vers la guérison.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques commentaires. La péritonite chyleuse est une rareté; 17 cas seulement en ont été publiés; on la rencontre surtout chez l'homme, vers le 4e décennaire. Elle a pour cause l'éclatement d'un vaisseau lymphatique du mésentère; il s'ensuit un écoulement chyleux plus ou moins important, ainsi qu'une paralysie de l'intestin dans tout le segment correspondant au secteur mésentérique intéressé. On ne trouve jamais opératoirement le siège de la blessure lymphatique au sein d'un mésentère œdémateux, parfois ecchymotique.

La stase dans le territoire lymphatique est constamment observée; elle semble jouer un rôle pathogénique primordial (en effet les sections de chylifères au cours des interventions portant sur les mésentères n'amènent jamais de chylo-péritoine); la blessure de gros troncs lymphatiques abdominaux ne conduit tout au plus qu'à une petite ascite, sans manifestations péritonitiques.

Il semble qu'un repas copieux suffise à créer cet état d'hyperpression; mais des formations adhérentielles péritonéales peuvent apporter elles-mêmes une gêne à l'écoulement du chyle.

La rupture peut se produire soit plus ou moins précocement après un traumatisme, soit spontanément; dans ce dernier cas, la moindre augmentation de pression intra-abdominale (effort de défécation par exemple) est capable de la déclencher. Ainsi la rupture sera-t-elle rencontrée soit dans les suites éloignées d'opérations abdominales (portant notamment sur le grêle et son mésentère), soit sans élément favorisant connu, portant alors sur des chylifères en stase fonctionnelle, mais non altérés.

L'aspect clinique est celui d'une péritonite, ou mieux peut-être d'une réaction péritonéale, avec parfois des signes de localisation plus marqués dans tel ou tel segment de l'abdomen, suivant que le gros intestin ou le grêle est intéressé.

L'opération a toujours été entreprise d'urgence, devant l'ignorance où l'on se trouve quant à la cause de la péritonite. Est-elle vraiment utile ? Non, sans doute; un malade non opéré, et seulement ponctionné, a guéri comme les autres. Pratiquement d'ailleurs, on ne fait rien sur la lésion lymphatique et l'on se borne à épancher les liquides intrapéritonéaux, à refermer le ventre sans drainage. Le pronostic *quoad vitam* est excellent.

R. Gueullette.

ESTOMAC

Sten Wallensten (Stockholm). — **Hypertrophie du pylore chez l'adulte** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 4, Déc. 1952, p. 285-301, avec 10 fig.).

Relation de 14 cas d'hypertrophie du pylore observés chez l'adulte. Étude pathogénique, étiologique et clinique de l'affection. L'auteur insiste sur la présence constante de lésions vasculaires dans la sous-muqueuse.

Il en tire la conclusion que la lésion est vraisemblablement d'origine congénitale et de même nature que la lésion de l'enfant.

Il conseille de traiter la lésion par une pylorectomie; la gastro-entérostomie laissant les lésions s'aggraver progressivement.

Métivet.

N. E. Rossette et **S. L. Stephenson** (Memphis, Tenn.). — **Le traitement de l'hémorragie gastro-intestinale** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **19**, n° 5, Mai 1952, p. 379-389).

Cette statistique médicale est d'autant plus intéressante que ses auteurs ne sont pas, par principe, opposés à l'opération chirurgicale d'urgence. Et il faut bien reconnaître avec eux que leurs résultats se comparent avec avantage aux meilleurs des relevés chirurgicaux. Bien entendu, pour maintenir la masse sanguine, ils utilisent avec libéralité les transfusions; mais surtout ils prescrivent un régime dérivé de celui de Meulengracht et destiné à produire une achlorhydrie libre par l'emploi d'une alimentation buccale diurne et nocturne comprenant en particulier du lait, des alcalins et de la teinture de belladone. 229 malades pour lesquels la présence d'un ulcère fut vérifiée par la radio, l'opération ou l'autopsie, nécessitèrent 251 admissions. Il y eut 4 morts, soit moins de 2 p. 100. Pour 98 autres hémorragies gastro-intestinales d'origine variée traitées de la même façon, 1 seul décès est mentionné.

Cl. Olivier.

D. Chamberlain. — **Discussion sur l'opportunité d'un traitement opératoire ou conservateur en présence d'un ulcère perforé** (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. **44**, n° 4, Avril 1951, p. 273).

La communication est le résumé d'une discussion consacrée au traitement de la perforation ulcéreuse de l'estomac.

L'auteur publie la statistique de l'hôpital de Leeds établie sur 20 ans (1930-1950) pendant lesquels 1 622 malades furent admis pour perforation ulcéreuse. Sur ce chiffre, 95 p. 100 étaient des hommes. C'est entre 40 et 50 ans que les perforations furent les plus fréquentes. Plus des 3/4 des malades furent admis avant la 10e heure, 6 seulement après la 22e. Plus de la moitié avaient présenté une symptomatologie ulcéreuse avant la perforation, mais chez 1 malade sur 3 la perforation fut l'accident révélateur. Dans 2 p. 100 des cas, la perforation était une récidive d'une perforation pré-existante et traitée auparavant. La mortalité globale fut de 18 p. 100, proportionnellement plus

élevée chez la femme que chez l'homme, la mortalité étant dans l'ordre de gravité décroissante suivant : perforation cancéreuse, perforation d'ulcère peptique sur gastro-entérostomie ou gastrectomie, perforation gastrique et duodénale. Enfin, les antibiotiques ont fait tomber la mortalité de façon considérable depuis 2 ans, puisqu'elle était de 15 p. 100 en 1945 et est tombée à 2 p. 100 en 1948.

Plusieurs techniques de traitements en dehors de l'aspiration simple qui n'a pas été utilisée, ont été employées : suture simple avec ou sans drainage, avec gastro-entérostomie ou jéjunostomie, pyloroplastie, drainage simple. La suture simple faite dans près de 60 p. 100 des cas (les meilleurs) a donné la mortalité la plus faible (7,40 p. 100).

Les courbes de la mortalité s'élèvent suivant l'âge du malade et l'heure de l'intervention, qui sont constamment parallèles et montent parallèlement l'une par rapport à l'autre. Dans les complications ayant entraîné la mort, la péritonite et les complications pulmonaires (respectivement 205 et 92 cas) ont été notées le plus souvent.

Parmi les complications post-opératoires, les abcès sous-phréniques, les abcès du Douglas ont été le plus fréquemment rencontrés. Sur les 748 malades suivis après l'intervention, 4 p. 100 ont présenté une nouvelle perforation, 14 p. 100 une intervention de complément (gastrectomie 2 p. 100, gastro-entérostomie 3 p. 100). 40 p. 100 ont été guéris de façon totale mais 30 p. 100 ont présenté à nouveau des symptômes qui ont nécessité une intervention secondaire.

L'auteur comparant la mortalité de la gastrectomie (Nuboer, Yudin) faite d'emblée avec celle de la suture (9 p. 100 au lieu de 4 p. 100) préfère la suture à la gastrectomie, mais pense qu'entre certaines mains la gastrectomie peut être faite de première intention.

M. Hermon Taylor a adopté depuis 1946 l'aspiration continue dans l'arsenal thérapeutique de la perforation ulcéreuse.

Dans une première série de 28 cas, les indications adoptées ont été les suivantes : aspiration dans les cas vus tôt, non infectés; intervention au contraire dans les cas vus plus tard essentiellement pour drainer, plus accessoirement pour pratiquer une suture gastrique. Au cours de cette série une malade qui présentait un très gros pneumopéritoine mourut dans un tableau péritonéal et l'auteur pense que l'existence d'une grande quantité d'air dans la cavité péritonéale est une gêne à la formation d'adhérences salvatrices. Il y voit donc une indication d'intervention. Dans cette série il y eut 4 morts (18 p. 100).

La seconde série comprend 73 cas, avec 5 morts qui n'avaient pu être sauvés par l'intervention : dans cette série, il y eut 7 cas où un syndrome médical (coronarite, tuberculose, ou urémie) fut interprété comme perforation ulcéreuse et traité par l'aspiration. 4 autres cas, au contraire, furent interprétés comme des perforations d'origine ulcéreuse, alors qu'il s'agissait de perforations appendiculaires, vésiculaires ou coliques.

J. F. R. Bentley confirme les remarques de M. Hermon Taylor; il adopte lui aussi l'aspiration continue et procède de la façon suivante : après morphine intra-veineuse et anesthésie locale pharyngée il met en place un tube d'aspiration qu'il contrôle par radiographie. Un second cliché est pris 12 h plus tard, s'il persiste de l'air sous-phrénique, l'auteur y voit une indication opératoire. L'auteur insiste sur l'importance du contrôle de la perméabilité du tube et la nécessité de contrôler l'équilibre électrolytique du malade. Au King George Hospital, entre 1945 et 1950, 73 malades ont été admis pour perforation ulcéreuse : 6 seulement ont été suturés, 65 au contraire ont été aspirés; les résultats ont été analogues (7 morts) aux chiffres obtenus pour des malades traités par suture, soit au Guy's Hospital, soit à l'hôpital de Londres.

M. Betford Turner répète les conditions dans lesquelles il vint à décrire l'aspiration comme méthode de traitement des perforations ulcéreuses : médecin isolé en dehors d'un service de chirurgie. Il insiste sur la nécessité d'avoir un service de surveillance non seulement pour l'aspiration mais pour l'équilibre électrolytique du malade et sur la nécessité d'avoir un diagnostic certain pour se dispenser d'une laparotomie.

J. R. Stead publie 77 perforations d'ulcères consécutives traitées par les deux méthodes avec le même pourcentage de mortalité. Pour lui, l'intervention doit être pratiquée si le diagnostic est douteux, si les progrès après 6 h d'aspiration sont peu

satisfaisants ou si le chirurgien ne possède pas à fond la méthode d'aspiration continue.

M. Richard Doll publie le résultat de 169 perforations ulcéreuses observées dans le Central Middlesex Hospital. Sur ce chiffre, 9 malades sont arrivés dans un tel état qu'ils n'ont pu être traités. Les 160 restants ont été opérés avec 3 morts (2 p. 100 de mortalité) si bien que l'auteur ne voit pas bien les indications d'un traitement conservateur. Il le réserve au cas où la chirurgie est absolument impossible, aux formes associées à des lésions médicales graves (forte hypertension artérielle ou thrombose coronarienne) ou lorsque la perforation survient sur un estomac vide, en particulier au cours d'une gastroscopie. L'auteur voit de plus la possibilité dans la chirurgie de faire une gastrectomie et d'éviter ainsi la dégénérescence possible d'un ulcère suturé, qu'ils ont rencontré 8 fois entre 1938 et 1948.

J.-P. Binet.

E. Delannoy, P. Gautier, A. Soulier et **A. Tacquet** (Lille). — **Les tumeurs du pôle supérieur de l'estomac** (*Lille Chirurgical*, t. **8**, n° 1, Janv.-Fév. 1953, p. 9-26, avec 7 fig.).

Les auteurs ont observé 22 cas de ces tumeurs. Ils n'ont pu en opérer que 12, les 10 autres étant inopérables. Leur étude, basée sur cette expérience, envisage la clinique, le diagnostic et la thérapeutique.

Ces tumeurs relativement assez fréquentes, 22 p. 100 des cancers de l'estomac observés par les auteurs depuis 1950, peuvent occuper trois sièges différents : tubérositaires, sus-cardiales juxta-œsophagiennes, sous-cardiales avec une égale fréquence, frappent les hommes plus fréquemment (17 contre 5 femmes).

Aucun signe clinique précoce n'est évocateur de ces tumeurs. On doit y penser en présence d'un syndrome douloureux épigastrique qui ne fait pas la preuve d'une lésion ulcéreuse, d'une dysphagie sans lésion de l'œsophage, d'un amaigrissement inexpliqué. C'est avant tout l'examen radiologique, pratiqué souvent en position de Trendelenburg, qui montre, soit une image lacunaire, soit des images de tonalités différentes, soit une déformation de l'œsophage avec élargissement du triangle œsotubérositaire. Une fois l'exploration endoscopique a montré des végétations en grelots a situé exactement la tumeur et a confirmé l'intégrité du corps de l'estomac.

D. a opéré ses malades 3 fois par la voie abdominale seule (1 gastrectomie subtotale + splénectomie + résection de la queue du pancréas et 2 gastrectomies totales + splénectomie); 2 fois par voie thoracique (2 gastrectomies polaires supérieures), 7 fois par voie thoraco-abdominale (3 gastrectomies polaires supérieures : 1 simple, 1 plus splénectomie, 1 plus splénectomie et résection de la queue du pancréas et 4 gastrectomies totales avec splénectomie et résection de la queue du pancréas dans 3 cas seulement).

De cette expérience il conclut de façon très nette que, malgré la gravité opératoire plus grande, il faut toujours intervenir par voie abdomino-thoracique avec ablation complémentaire de la rate et de la queue du pancréas. Le départ par l'abdomen permet de contrôler s'il existe une métastase hépatique; le temps thoracique permet une résection large du cardia souvent atteint. L'ablation de la rate est justifiée par ce fait que les lymphatiques du pôle supérieur de l'estomac vont aux ganglions spléniques, la résection de la queue du pancréas facilite l'accès de la face postérieure de l'estomac.

La mortalité de ces opérations est encore très élevée (58 p. 100), 5 guérisons opératoires sur 12 cas opérés par les différentes voies d'accès.

G. Picot.

Herbert F. Traut, Milton Rosenthal, James T. Harrison, Seymour M. Farber et **Orville F. Grimes** (San Francisco). – **Valeur du cyto-diagnostic du cancer gastrique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 6, Déc. 1952, p. 709-716, avec 2 fig.).

Après avoir souligné les difficultés du cyto-diagnostic des affections gastriques, les auteurs montrent les avantages de la solution de papaïne qui dissout le mucus et permet ainsi de recueillir un plus grand nombre de cellules exfoliées.

Ils avaient précédemment utilisé le sérum dans 600 cas, dont ils ont déjà rapporté les résultats. Cette statistique comportait 58 cancers, dont 30 avaient été correctement diagnostiqués par la cytologie (51 p. 100). 4 cas avaient été faussement positifs.

La solution de papaïne fut ensuite employée dans 400 cas, comprenant 42 cancers, dont 28 furent positifs (66,6 p. 100). 2 de ces cas concernent un cancer non-invasif et un 3e un cancer légèrement invasif, mais sans envahissement ganglionnaire. Il y eut 3 cas faussement positifs.

Le cyto-diagnostic est, selon les auteurs, la méthode actuellement la plus efficace pour reconnaître précocement un cancer de l'estomac.

André Sicard.

P. Van Eeckhoutte (Bruges). — **Cancer du versant gastrique de la gastro-entérostomie** (*Gastroenterologia*, vol. **79**, n° 1, Janv. 1953, p. 41-43).

Homme de 51 ans, ayant subi à l'âge de 21 ans une gastro-entérostomie pour ulcère duodenal. Les maux d'estomac disparurent mais 5 fois encore (la dernière en 1946), il survint un melæna. Depuis 4 mois apparition d'une sensation de lourdeur épigastrique avec vomissements. Tumeur palpable à l'épigastre. L'examen radiologique de l'estomac montre une grande tumeur localisée aux abords de la gastro-entérostomie : peu de passages pyloriques. L'opération (professeur Nuboer) confirma ces données. De nombreuses métastases obligèrent à une nouvelle gastro-entérostomie.

Cl. Olivier.

Olar Anthun (Oslo). — **Cancer gastrique. Résultats éloignés dans 525 cas** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 1, Nov. 1952, p. 1-13 avec 4 graph.).

Étude de 525 cas de cancer gastrique traités au Rikshospital d'Oslo de 1930 à 1950. 410 malades furent opérés. On pratiqua : 148 laparotomies exploratrices, 39 opérations palliatives, 137 gastrectomies partielles, 86 gastrectomies totales par voie thoraco-abdominale.

La mortalité post-opératoire après gastrectomie partielle est tombée de 23,6 p. 100 pendant la période 1930-1939 à 4,3 p. 100 pour la période 1946-1950.

Dans 28 p. 100 des cas traités par gastrectomie partielle radicale, une survie de plus de 5 ans a été obtenue. Dans 52 cas, il n'y avait pas de signes d'extension du cancer au delà des limites de l'opération : 14 malades étaient en vie après 5 ans. Dans 49 cas, il était évident que l'opération n'avait pu être que palliative : 4 opérés seulement étaient vivants après 5 ans. 13 cas de gastrectomie entraînèrent également la résection d'un organe voisin (9 fois le côlon); tous les opérés étaient morts après 2 ans.

Métivet.

Hans Kielland Aanesen (Oslo). — **Résultats éloignés des résections gastriques par voie thoraco-abdominale, pour cancer gastrique** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 1, Nov. 1952, p. 14-32).

117 gastrectomies totales ont été pratiquées par voie thoraco-abdominale pour des cancers gastriques, souvent étendus.

La mortalité post-opératoire a été de 13,2 p. 100.

Des troubles digestifs et de la nutrition s'observent souvent après de telles gastrectomies. Ils ont tendance à s'atténuer après 6 à 12 mois.

L'importance de ces troubles incite l'auteur à conseiller de ne pas pratiquer de gastrectomie totale, lorsque l'opération s'avère ne pas devoir être radicale. Et, au lieu de pratiquer, après résection de l'estomac, une anastomose œsophago-jéjunale, de recourir à une œsophago-duodénostomie lorsqu'elle est possible, ou à une anastomose en Y.

L'auteur ne possède pas assez de résultats éloignés pour pouvoir formuler des conclusions précises.

Métivet.

Fritz Hirschberg (Oslo). — **Le syndrome de « dumping ». Hypoglycémie et jéjunite** (*Gastroenterologia*, vol. **79**, n° 1, Janv. 1953, p. 16-26).

Parmi les troubles qui succèdent à la gastrectomie partielle étendue : étourdissements, palpitations, transpiration, faiblesse et malaise gastrique, il faut distinguer ceux qui succèdent immédiatement à l'opération et surviennent aussitôt après le repas. Ils comprennent le syndrome de dumping dont le mécanisme est une anémie cérébrale consécutive à la distension du jéjunum. Leur intérêt clinique est faible car ils disparaissent d'ordinaire spontanément après quelque temps.

Lorsque les symptômes n'apparaissent qu'un certain temps après la gastrectomie, leur importance clinique est grande. La gêne gastrique survient d'ordinaire 2 à 4 h après le repas, mais peut être plus précoce. Elle est due à une jéjunite entraînant des crises d'hypoglycémie et peut être aussi un réflexe du dumping dû à l'inflammation de la muqueuse. Jusqu'ici le traitement purement symptomatique a consisté en un régime pauvre en hydrate de carbone et riche en albumine. Il y a intérêt, en accord avec les travaux de Porjes, à leur substituer une alimentation dépourvue de cellulose en même temps que l'alitement.

Cl. Olivier.

L. Leopoldo Bracco (Turin). — **Les syndromes douloureux post-opératoires en chirurgie gastrique et leur traitement** (Un vol. de 178 p., édition La Minerva Medica, Turin).

B. fait une revue générale très claire et très détaillée de la question, sans y apporter beaucoup d'originalité. La partie la plus intéressante de son travail est un résumé de 120 observations s'étendant de 1934 à 1951, toutes suivies dans le service du professeur Bertocchi, et concernant des ulcères à siège variable gastrique ou duodénal, opérés à froid ou pour perforation. A noter que, surtout dans les premières années, l'opération primitive, quels que soient le siège et l'état de l'ulcère, fut 90 fois une gastro-entérostomie et 30 fois seulement une gastrectomie d'emblée (dont 21 fois par le procédé de Reichel-Polya, le plus en faveur chez la majorité des chirurgiens italiens). Les syndromes douloureux post-opératoires présentés par ces 120 opérés, se décomposent ainsi : ulcère peptique : 58, dont 13 après gastrectomie et 45 après gastro-entérostomie; récidives d'ulcère : 14; syndromes adhérentiels : 14; sténoses de la bouche : 7; dégénérescence cancéreuse : 7; troubles précoces du transit : 1; gastro-jéjunite : 1 (toutes ces complications après gastro-entérostomie).

Les réinterventions furent presque toutes des résections en bloc de l'estomac et de l'anastomose. Dans 8 cas de syndromes douloureux sans ulcère peptique, on put conserver la première bouche anastomotique au cours de la gastrectomie.

La mortalité globale fut de 14 décès sur les 120 opérés. Tous ces cas sont précisés et discutés.

M. Deniker.

P. Skjelbred et **A. Drablos** (Bergen, Norvège). — **La morbidité tuberculeuse après gastrectomie pour ulcus peptique** (*Nordisk Medicin*, **48**, n° 35, 29 Août 1952, p. 1204-1206).

S. et D. ont observé 7 cas de tuberculose sur 335 gastrectomisés pour ulcères. L'intervention datait, en moyenne, de 7 ans, 3 de ces malades moururent. S. et D., sans vouloir tirer de ces faits des conclusions statistiques de quelque valeur, se bornent à constater que ce pourcentage de morbidité (2,1 p. 100) représente plus du double de celle de la population de Bergen, envisagée dans son ensemble pour la même période. Elle est également plus élevée que chez l'ensemble des sujets mâles de 30 à 50 ans.

Les troubles du transit consécutifs à la gastrectomie agissent-ils comme cause prédisposante ? S. et D. en discutent sans conclure formellement. Toutefois, ils insistent sur l'intérêt d'un examen pulmonaire très complet avant toute gastrectomie.

M. Deniker.

J. Jungbluth (Berlin). — **Sur les hémorragies secondaires après interventions gastriques, leurs causes et leur prévention** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **78**, n° 2, 1953, p. 49-52).

Le clamp de Doyen, s'il facilite la chirurgie gastrique, s'il évite toute déperdition sanguine au cours de l'opération, expose à l'hémorragie secondaire.

Il serait, suivant J., préférable de laisser la tranche de section gastrique au contact de l'air, sans hémostase préalable; l'air agit, en effet, comme un coagulant. Les expériences de Dönitz, les recherches personnelles de l'auteur confirment ce fait.

Il apparaît donc profitable, sans pour cela allonger l'intervention, de permettre cette action de l'air sur les tranches gastro-intestinales; l'hémostase définitive des vaisseaux divisés se fera ainsi dans des conditions satisfaisantes. On ne devra donc utiliser la pince-clamp que le minimum de temps nécessaire; l'auteur la supprime dès qu'il a terminé la série des sutures postérieures. Il n'a jamais vu d'hémorragies secondaires depuis qu'il a adopté cette ligne de conduite.

(Cette méthode, d'ailleurs, ne me semble pas particulière à l'auteur.)

R. Gueullette.

J. F. Nuboer. — **A propos de la gastrectomie totale** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **4**, fasc. 4, 1952, p. 304-315, avec 2 fig.).

N. s'élève contre la gastrectomie totale de principe dans le traitement du cancer de l'estomac. En dépit d'une éradication un peu moins large, la gastrectomie subtotale bénéficie d'une mortalité nettement plus faible et évite beaucoup les troubles nutritionnels et anémiques assez fréquemment associés à la gastrectomie totale. Cette dernière est indiquée cependant quand les conditions locales la requièrent. L'auteur l'a pratiquée 42 fois depuis 1946 : 7 fois gastrectomie totale simple, 22 fois associée à une splénectomie, 8 fois associée à une splénectomie et à une résection de la queue du pancréas, 3 fois associée, en outre, à une extirpation de la capsule surrénale et à une résection du diaphragme, 2 fois associée à une splénectomie et à une colectomie.

L'opération est conduite par une double voie, abdominale et thoracique, mais comportant 2 incisions séparées. Le type d'anastomose œso-jéjunale utilisée est le montage en Y selon la technique de Roux.

La mortalité opératoire a été de 8 cas soit 19,5 p. 100. En ce qui concerne les résultats éloignés, sur les 34 malades restants, 16 sont décédés dont 13 dans la première année. 18 sont encore vivants dont 3 après 3 ans.

A. Germain.

INTESTIN

Thomas C. Moore et **J. Stanley Battersby** (Indianapolis). — **Duplication congénitale de l'intestin grêle** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 5, Nov. 1952, p. 557-567, avec 5 fig.).

Sous ce terme M. et B. décrivent les kystes mésentériques congénitaux d'origine intestinale. Aux 150 cas rapportés jusqu'alors, dont la plupart ont été des découvertes d'autopsie, ils en ajoutent 11 dont 6 s'accompagnèrent de symptômes qui firent porter une indication opératoire et 5 furent des découvertes opératoires ou nécropsiques.

3 malades furent admis pour melæna et anémie grave, 2 pour occlusion intestinale et 1 pour invagination. Dans 3 cas, des signes d'infection accompagnaient le syndrome 4 kystes étaient tubulaires; ils étaient bordés par une muqueuse du type gastrique et 3 d'entre eux communiquaient avec l'intestin. 2 étaient sphériques et sans communication intestinale.

Les kystes asymptomatiques étaient tous, sauf un, de très petite taille et sphériques. 2 kystes intra-muraux étaient multiples. Ils ne contenaient pas de muqueuse gastrique et ne communiquaient pas avec l'intestin.

Les 6 cas reconnus furent opérés par la résection intestinale sans mortalité.

André Sicard.

C. W. Mayo, R. H. Baskin et **A. B. Hagedorn** (Rochester). — **Diverticulite jéjunale hémorragique** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 4, Octobre 1952, p. 691-700, avec 5 fig.).

En dehors des hémorragies bien connues du diverticule de Meckel, d'autres diverticules, sur le jéjunum, en particulier, peuvent donner lieu à des hémorragies plus ou moins abondantes qui sont la cause d'anémie dont l'origine peut être très difficile à déceler.

M., B. et H. en rapportent une observation, celle d'un homme de 59 ans, dont l'anémie marquée ne s'accompagnait pas d'autres symptômes que de quelques vomissements et du sang occulte dans les selles. La radiographie montrait plusieurs diverticules à la partie supérieure du jéjunum. A l'opération, on trouva sur une longueur de 20 cm du jéjunum. 4 larges diverticules de 2 à 4 cm de long, s'enfonçant entre les 2 feuillets du mésentère; mais on ne put les mettre en évidence qu'en comprimant les deux bouts de l'anse jéjunale pour refouler les gaz et distendre ainsi les poches diverticulaires. La zone jéjunale, qui les portait, fut réséquée. Le malade guérit et n'avait aucun retour d'hémorragie et d'anémie 16 mois après.

Les auteurs déclarent que toute exploration abdominale pour hémorragie intestinale doit s'accompagner de l'introduction d'air par un tube duodénal, ou, à la rigueur, par injection d'air à l'aide d'une seringue et d'une aiguille, afin de mettre en évidence un diverticule possible sur toute la longueur de l'intestin.

M. Guimbellot.

J. de Borja Araujo. — **Tumeurs lymphatiques de l'intestin grêle** (*Gazeta Medica Portuguesa*, vol. **5**, n° 4, 4e trim. 1952, p. 568-580, avec 11 fig.).

3 observations de tumeurs lymphatiques de l'intestin grêle.

Elles ont toutes été rencontrées chez les hommes, dont 2 étaient âgés. Dans 1 cas, il s'agissait d'une tumeur unique, dans 2 des tumeurs multiples. Le type histologique est analogue à celui des tumeurs rencontrées dans les leucoses. Mais tandis que dans 1 des cas la structure était très uniforme, dans 2 autres cas le polymorphisme rappelait plutôt les réticulomes.

Au point de vue clinique, ces 3 malades ont été opérés pour des complications : obstruction intestinale et perforation. La résection du grêle a pu être faite et la guérison obtenue.

P. Moulonguet.

David J. Locke (Albany, New-York). – **Néoplasmes malins de l'intestin grêle** (*The American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 2, Fév. 1953, p. 127, avec 6 fig.).

Ce travail est basé sur 13 nouveaux cas de tumeurs malignes de l'intestin grêle : 4 localisées sur le duodénum, 3 sur le jéjunum, 6 sur l'iléon.

4 cas de carcinoïdes de l'intestin terminal ont de plus été découverts au cours d'autopsies.

De cette étude, il résulte que les tumeurs malignes de l'intestin grêle ne sont pas tellement rares qu'il est classique de le dire.

La symptomatologie relativement précoce est faite de phénomènes d'occlusion temporaire, d'hémorragies, d'invagination intestinale, parfois de perforation. Plus tard, c'est le tableau de l'occlusion intestinale complète, d'anémie avec amaigrissement.

Les tumeurs malignes du duodénum ne donnent que tardivement des métastases et de ce fait, peuvent être jugulées par la duodéno-pancréatectomie. Au contraire, les tumeurs du jéjuno-iléon donnent des métastases plus précoces et cependant une résection large de l'intestin avec rétablissement de sa continuité, est susceptible de donner des résultats favorables. La radiothérapie doit compléter le traitement chirurgical s'il s'agit de lympho-sarcome.

Lucien Leger.

Thomas C. Case et **Cyril E. Shea** (New-York, N.-Y.). — **Diverticulite du cæcum** (*American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 2, Fév. 1953, p. 134-141, avec 5 fig.).

Il s'agit là d'une localisation rare puisqu'elle représente 1,7 p. 100 contre 5 p. 100 pour le côlon ascendant, 7 p. 100 pour le transverse, 8 p. 100 pour le descendant, 75 p. 100 pour le sigmoïde, 4 p. 100 pour le rectum. Il semble que l'extension à plusieurs segments du côlon soit la règle, et la localisation au cæcum seul, l'exception.

A l'occasion de 4 observations personnelles, les auteurs rappellent le caractère clinique des diverticulites du cæcum, les difficultés du diagnostic pré-opératoire. L'abcédation, la perforation, la fistulisation constituent les complications habituelles et parfois les premières traductions cliniques.

La thérapeutique s'efforcera d'être conservatrice, une hémicolectomie droite constituant l'étape extrême à laquelle on est conduit, quand est impossible le diagnostic avec le cancer.

LUCIEN LEGER.

H. Alsthoff et **H. F. Œstern** (Bonn). — **Sur la pathogénie et la thérapeutique du mégacôlon** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 48, 1952, p. 2369-2378, avec 6 fig.).

Les conceptions pathogéniques récentes ont apporté quelques éclaircissements sur l'histoire du mégacôlon et modifié sa thérapeutique.

Les notions classiques donnaient aux valvules anormales, aux coudures, aux troubles de l'innervation intrinsèque, un rôle étiologique primordial. L'intérêt se porte aujourd'hui, non pas tant sur le segment intestinal dilaté, que sur le segment sous-jacent.

Et l'on reconnaît deux variétés : la maladie de Hirschsprung proprement dite, avec, au-dessous du segment dilaté, une zone rétrécie, histologiquement caractérisée par l'absence ou l'hypo-évolution des cellules ganglionnaires intra-musculaires; le mégacôlon idiopathique (de Swenson et Bodian), au niveau duquel la dilatation colique s'étend en bas jusqu'au canal anal.

Le diagnostic de l'une et l'autre forme relève à la fois de la clinique et de la radiologie.

Les auteurs citent une première observation du groupe I; il s'agissait d'un mégacôlon apparu vers l'âge de 4 ans, que le traitement médical n'avait pu améliorer que passagèrement; un anus transverse amena, avec la diminution de calibre de l'intestin, une nette amélioration du péristaltisme (étudié au moyen d'un ballon introduit dans l'intestin par l'anus artificiel) et des évacuations; 6 mois plus tard, on fit une résection du sigmoïde encore distendu dans son segment supérieur, contracté au-dessous, comme l'avait bien montré l'épreuve radiologique; on termina l'opération par une invagination type Hochenegg, avec dépouillement de la muqueuse rectale; la guérison clinique et l'amélioration radiologique furent alors manifestes, et l'anus put être fermé 4 mois plus tard.

La deuxième observation concerne un nourrisson de 4 jours qui se présentait avec des signes sub-occlusifs; l'emploi de l'hypophyse, de la prostigmine amena des améliorations non durables; puis des crises plus sévères apparurent avec vomissements et collapsus; le lavement opaque montrait un intestin contracté jusqu'à la hauteur de la crête iliaque, très distendu au-dessus; on fit un anus transverse à 14 mois; depuis, les selles sont régulières par l'anus artificiel; quelques évacuations se produisent par les voies naturelles. L'auteur, peu tenté par une résection à cet âge, se demande s'il n'y aura pas récidive après fermeture de l'anus, bien que l'on ait pu vérifier à l'écran la reprise d'un tonus normal.

Voici en résumé les caractères qui opposent la maladie de Hirschsprung au mégacôlon idiopathique : plus grande fréquence dans le sexe masculin; accidents souvent aigus dès les premiers jours de la vie; rectum vide à l'exploration digitale; segment rétréci au-dessous du segment dilaté, plus ou moins long, mais n'atteignant qu'exceptionnellement la partie supérieure du sigmoïde; ondes péristaltiques puissantes sur

le segment dilaté, absentes sur le segment spasmé; absence de cellules ganglionnaires intra-murales sur le seul segment rétréci.

Swenson et Bodian ont proposé la résection du segment étroit, qui leur a donné de bons résultats fonctionnels avec 1 mort sur 69 enfants traités.

A. et O. ne sont pas en faveur de l'intervention systématique; ils estiment notamment que dans la forme de Hirschsprung type, le traitement médical, les grands lavages peuvent souvent suffire, les grandes résections coliques se montrant d'autre part particulièrement sévères chez les tout-petits.

R. Gueullette.

Rolf Carleson et **Yngue Edlung** (Falun). - **Transposition du côlon après gastrectomie totale** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 4, Juil. 1952, p. 249-257, avec 4 fig.).

Les auteurs apportent 3 cas de gastrectomie totale, suivies de transposition du côlon ascendant, du cæcum et de la terminaison du grêle. 2 morts post-opératoires, 1 survie de 6 mois. Dans ce cas, le malade présentait des troubles pénibles de dilatation colique.

Les auteurs concluent raisonnablement que, de ces 3 observations, on ne peut tirer aucune conclusion utile.

Métivet.

P. Brian Counsell (Londres) et **J. C. Goligher** (Londres). — **Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse** (*The Lancet*, vol. **11**, n° 22, 29 Nov. 1952, p. 1045-1050, avec 9 fig.).

Le caractère rebelle de la colite ulcéreuse, les complications graves qu'elle peut déterminer incitent les auteurs à conseiller de recourir au traitement chirurgical sans attendre que celui-ci devienne une entreprise désespérée du fait de l'état cachectique du malade.

Ce traitement chirurgical doit comporter l'établissement d'une iléostomie définitive et une colectomie totale comportant l'ablation du rectum puisque le processus déborde largement sur la partie terminale de l'intestin.

Le schéma opératoire peut consister dans l'établissement préalable d'une iléostomie et dans une colectomie secondaire ou bien, ce que les auteurs pratiquent plus volontiers actuellement, iléostomie et colectomie sub-totale dans un premier temps opératoire avec abouchement de la partie distale du sigmoïde à la paroi abdominale antérieure, amputation du bout terminal de l'intestin dans un temps ultérieur.

L'iléostomie sera faite de préférence à hauteur de l'ombilic, c'est-à-dire d'un siège plus élevé qu'il n'est classiquement recommandé, l'appareillage étant à ce niveau plus facile. Le sac sera fixé sur la peau par une solution adhésive si les téguments le tolèrent ou au cas contraire au moyen d'un large bandage plus facile à maintenir en place qu'une simple ceinture.

L'iléostomie est, bien entendu, une iléostomie terminale.

La mortalité opératoire a été relativement lourde. Pour 60 malades soumis à un premier temps d'iléostomie, 13 moururent ce qui donne un taux de mortalité de 21,6 p. 100; il est vrai que certaines de ces iléostomies avaient été pratiquées d'urgence à l'occasion de complications. La colectomie et la rectectomie comportent aussi leur mortalité propre puisque parmi 30 malades qui subirent une colectomie sub-totale 2 moururent et 1 encore parmi les 28 qui subirent l'ablation secondaire du rectum.

La transposition de l'iléon au périnée ne semble pas une bonne solution en raison de l'incontinence qui en résulte habituellement.

Marcel Roux.

Edmund R. Taylor, Malcolm B. Dockerty et **Claude F. Dixon** (Rochester). — **Le pronostic du cancer du côlon perforé dans la vessie** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 2, Fév. 1953, p. 193-199, avec 8 fig.).

De 1907 à 1946, à la Mayo Clinic, 59 cas de cancer du côlon sigmoïde perforés dans la vessie furent réséqués avec cystectomie partielle.

Des signes urinaires (pneumaturie, fécalurie) ne furent constatés que dans 50 p. 100 des cas. Dans les autres cas, la fistule fut une découverte opératoire.

Les adhérences étaient, dans la majorité des cas, d'origine inflammatoire, l'envahissement néoplasique de la vessie n'ayant été trouvé que dans 1/3 des cas.

Dans 70 p. 100 des cas, les ganglions étaient envahis (contre 57 p. 100 dans les cancers du sigmoïde non fixés à la vessie). Des métastases hépatiques furent constatées dans 5 p. 100 des cas et une fois il y avait envahissement veineux.

Si l'on considère que, dans le cancer du côlon, la survie de 5 ans est de 57 p. 100, le pronostic est beaucoup plus grave quand la tumeur est fixée à la vessie.

La mortalité opératoire a été, dans cette série, de 10 p. 100 et la survie de 5 ans de 33 p. 100.

André Sicard.

Robert S. Grinnell (New-York). — **Résultats du traitement du cancer du côlon et du rectum** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **93**, n° 1, Janv. 1953, p. 31-42, avec 4 fig.).

Il s'agit d'une très vaste étude statistique portant sur 890 cas de cancer du côlon et 777 cas de cancer du rectum observés de 1916 à 1945 au Presbyterian Hospital de New-York.

La résection des tumeurs coliques augmenta de 50 p. 100 pendant la période 1916-1920 à 92 p. 100 pendant 1945-1950, tandis que la mortalité tombait de 31,3 à 5,3 pendant les mêmes périodes. Pour les tumeurs rectales, les chiffres respectifs de la résécabilité ont été 65,7 p. 100 et 83,3 p. 100 et de la mortalité 40,9 p. 100 et 6,7 p. 100.

Les survies globales au delà de 5 ans ont été de 27,4 p. 100 pour les cancers du côlon et de 25,6 p. 100 pour les cancers du rectum. Elles sont légèrement plus élevées pour la dernière période 1940-1945.

La résection a donné les mêmes résultats pour le côlon droit et pour le côlon gauche. Les tumeurs les plus graves ont été celles de l'angle droit en raison de l'envahissement précoce du foie et du duodénum.

Les métastases ganglionnaires ont joué un rôle pronostique important. Pour le côlon les survies de 5 ans ont été de 67,9 p. 100 dans les cas d'envahissement ganglionnaire et de 36,7 p. 100 dans les cas sans envahissement ganglionnaire. Pour le rectum, les chiffres ont été de 67,4 et 34,6 p. 100.

L'âge des malades ne paraît pas avoir eu de grande influence.

André Sicard.

G. Seyffarth (Magdeburg-Sudenburg). — **Sur les corps étrangers du rectum** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **78**, n° 7, 1953, p. 270-274, avec 2 fig.).

La relation de corps étrangers inclus dans le rectum revient périodiquement dans la littérature médicale, accompagnée de l'énumération complaisante des objets hétéroclites rencontrés, et de quelques commentaires pathogéniques plus ou moins discrètement évocateurs; alors qu'elle n'appelle, au vrai, qu'un peu de pitié.

La présente observation n'apporte rien de nouveau, si ce n'est quelques détails techniques qui facilitèrent l'extraction d'une bouteille de 6 cm de diamètre. Mais il faut bien reconnaître que les manœuvres d'extraction sont susceptibles de varier avec chaque cas particulier.

Il y avait ici une large lésion perforante de la paroi rectale, à 12 cm de l'anus; non traitée, si ce n'est par administration d'opium, elle entraîna la mort en 3 jours, par suppuration péri-rectale et septicémie.

L'auteur conseille, en pareilles circonstances, de mettre un drain dans l'orifice de perforation rectale, afin d'éviter l'une ou l'autre des 3 complications infectieuses possibles : la péritonite pelvienne, le phlegmon de l'espace sous-péritonéal, le phlegmon de la fosse ischio-rectale.

R. Gueullette.

Erich A. Quer, David C. Dahlin et **Charles W. Mayo.** — **Extension intra-muqueuse rétrograde du cancer du rectum et du rectosigmoïde** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 1, Janv. 1953, p. 24-30, avec 10 fig.).

Le but de ce travail a été l'examen histologique de la muqueuse rectale au-dessous de la tumeur par coupes sériées tous les 5 mm. Une extension intra-murale fut constatée 5 fois sur un ensemble de 91 pièces opératoires. Dans 3 cas, l'extension était en continuité avec la tumeur dont elle dépassait la limite inférieure de 1 cm, 1,5 cm et 5 cm. Dans 2 cas, elle se trouvait à distance, sans continuité, à 5 cm et 7 cm de la tumeur.

2 fois la sous-muqueuse était envahie, 1 fois la muqueuse, 1 fois la musculeuse et 1 fois l'extension portait sur toutes les couches.

2 fois, il s'agissait d'envahissement veineux et 3 fois de propagation lymphatique.

Dans la résection du rectum, la section inférieure doit donc porter au moins à 2,5 cm de la tumeur quand son degré de malignité n'est pas faible (types 1 et 2 de Broder) et à 6 cm quand la malignité est grande (types 3 et 4 de Broder).

André Sicard.

R. Brandberg (Stockholm). — **Amputation sacrée et résection dans les cancers du bas-rectum** (*Nordisk Medicin*, **48**, n° 35, 29 Août 1952, p. 1201-1204).

De 1941 à 1948, B. a observé 87 cas de cancers du rectum inférieur. 61 malades justiciables d'intervention furent opérés par la voie périnéo-sacrée, après colostomie gauche préalable. Mortalité opératoire : 10 p. 100. En chiffres ronds, 30 p. 100 des survivants peuvent être considérés comme guéris *radicalement*, affirme B. Dans l'ensemble, il considère 3 ordres de faits : 1° tumeurs n'ayant pas dépassé en extension la paroi intestinale. On peut compter ici que 50 p. 100 des opérés échappent à la récidive et que lorsque celle-ci se produit, elle est généralement d'apparition tardive et sous forme de métastase éloignée; 2° l'extension hors de la paroi existe, mais n'est décelable que microscopiquement. On compte alors 20 p. 100 de guérison définitive. La récidive, lorsqu'elle se produit, est généralement locale et la survie peut être de 2 à 3 ans; 3° lorsque l'extension de la tumeur a manifestement dépassé les limites de l'intestin, on observe des survies n'atteignant pas 1 an chez la moitié des malades, les autres pouvant parfois atteindre 3 ou 4 ans.

Dans l'ensemble, amputation et résection semblent avoir donné des résultats analogues. D'autre part, la mortalité globale paraît nettement moins élevée avec l'opération périnéo-sacrée qu'avec l'abdomino-périnéale.

M. Deniker.

Thomas V. Santuli (New-York). — **Le traitement de l'imperforation anale et des fistules associées** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 5, Nov. 1952, p. 601-614, avec 16 fig.).

A propos de 62 cas de malformations ano-rectales observés en 3 ans 1/2, S. reprend l'étude de leur classification.

Le type I, correspondant à un diaphragme sténosant de la jonction ano-rectale, est aussi rare (4 cas) que le type II constitué par une imperforation de l'anus par une simple membrane (3 cas).

Le type III est le plus fréquent (53 cas, soit 85,5 p. 100). L'anus est imperforé et le rectum constitue une poche borgne à une distance variable du périnée.

Le type IV est exceptionnel (2 cas). Le canal anal et la partie inférieure du rectum forment une poche isolée au-dessous du cul-de-sac rectal.

Dans 71 p. 100 des cas, une fistule est associée à la malformation. Elle est plus fréquente chez la fille (93 p. 100) où l'on observe des fistules recto-vaginale ou recto-périnéale. Chez le garçon (48 p. 100), la fistule est recto-vésicale, recto-urétrale ou recto-périnéale.

La radiographie offre une aide très faible pour préciser le type de l'anomalie. Le cul-de-sac rectal est en effet rempli de méconium et les gaz ne sont pas visibles.

Les opérations par voie basse sont aveugles et insuffisantes. Il faut leur préférer les interventions abdomino-périnéales qui permettent une exploration complète et un meilleur abaissement de l'ampoule rectale.

Pratiquées dans 24 cas, elles n'ont donné aucune mortalité. 4 décès observés dans les jours ou les mois consécutifs sont attribués à une anomalie associée (malformation cardiaque, fistule trachéo-œsophagienne). Les anomalies congénitales multiples sont en effet rencontrées dans 34 p. 100 des cas.

Les résultats fonctionnels tardifs sont, dans l'ensemble, très satisfaisants.

ANDRÉ SICARD.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

H. L. Popper (Chicago, Illinois). — **Ligature de l'artère hépatique pour déchirure accidentelle** (*The American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 1, Janv. 1953, p. 113-115).

Au cours d'une cholécystectomie survient une hémorragie provenant de l'artère hépatique ou d'une de ses branches, qui nécessite la mise en place de pinces que l'on doit laisser à demeure avec un tamponnement par mèche. 3 jours plus tard on réintervient; on enlève les mèches et les pinces laissées à demeure. Il se produit alors une hémorragie artérielle abondante dont on se rend maître en pratiquant la ligature de l'artère hépatique commune. Guérison sans incident.

C'est là un exemple de plus qui prouve la tolérance de l'organisme à la ligature de l'artère hépatique commune et les auteurs rappellent que cette méthode a été préconisée par Rienhoff et Berman dans le traitement de la cirrhose hépatique.

LUCIEN LEGER.

S. Abeatici, L. Campi et **R. Ferrero** (Turin). — **Sur les courbes de propagation de la circulation spléno-portale. Étude hémodynamique du territoire liéno-hépatique par la portographie sériée** (*Minerva Médica*, an. **7**, n° 23, 15 Déc. 1952, p. 886-892).

La portographie est faite par injection intra-splénique selon la méthode des auteurs. Les radiographies sont prises 1 s et 2, 3, 5, 8, 11 s après le début de l'injection.

On établit une courbe, en portant en abscisse le temps, soit le moment des prises des clichés, et en ordonnées le territoire vasculaire opacifié, une courbe tracée conventionnellement au-dessus de l'abscisse réservée au territoire splénique et portal extra-hépatique; une courbe au-dessous de l'abscisse indiquant l'opacification du territoire intra-hépatique.

13 sujets, dont un sain, ont été ainsi étudiés.

« La circulation spléno-portale est normalement extrêmement rapide : l'opacification de tout le système portal, aussi bien extra qu'intra-hépatique, est complète 2 à 3 s après le début de l'injection. L'élimination du moyen de contraste est, d'autre part, immédiate, si bien qu'à la 5e s, seules sont appréciables des traces de liquide opaque dans la veine splénique... »

La progression du moyen de contraste subit des modifications chaque fois qu'il existe un ralentissement même léger du courant portal.

A ce sujet on doit distinguer le temps d'opacification complète, et le temps d'élimination complète dans chaque segment de l'arbre veineux. La rapidité d'opacification et d'élimination sont fonction de la rapidité du courant circulatoire dans le segment considéré; et cette dernière est inversement proportionnelle aux résistances périphériques.

En cas de stase, l'opacification en amont de l'obstacle plus rapide et complète que normalement, tient vraisemblablement à une concentration plus élevée du produit de contraste. Le temps d'élimination est toujours augmenté en amont de l'obstacle portal.

Quand le bloc portal est extra-hépatique (thrombose, compressions) on observe une opacification extrêmement rapide du segment veineux d'amont et une opacification retardée en aval. L'élimination est retardée dans les deux segments.

Quand le bloc portal est intra-hépatique, l'opacification de tout le système jusqu'aux ramifications secondaires est pratiquement immédiate. La rapidité d'élimination est voisine de la normale dans le territoire extra-hépatique, mais elle est sensiblement diminuée au niveau du foie.

De nombreuses radiographies, des courbes illustrent cet article très instructif.

J. Assali.

Lloyd A. Stirrett, Eric T. Yuhl et **Raymond L. Libby** (Los Angelès). — **Une nouvelle technique de diagnostic du cancer métastatique du foie** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 2, Fév. 1953, p. 210-214, avec 5 fig.).

Cette nouvelle technique utilise l'iode radio-actif.

300 microcuries sont injectés dans la veine 24 h avant l'examen. Après avoir minutieusement tracé sur la peau les limites du foie, l'examen est fait avec l'oscillomètre habituel.

Comme 5 p. 100 de l'iode radio-actif peut être absorbé par la thyroïde, il est nécessaire, pendant les 24 h qui précèdent et les 6 jours qui suivent, d'administrer 3 fois par jour, par voies buccale ou intra-veineuse, de la solution de Lugol.

56 malades, âgés de 23 à 77 ans, furent examinés, 10 d'entre eux étaient apparemment normaux et ont servi de contrôle. Les autres présentaient un cancer avec ou sans métastase hépatique évidente.

En se basant sur les tests fonctionnels du foie et sur les constatations opératoires, 96 p. 100 des résultats furent corrects.

Cette technique est relativement simple, rapide et inoffensive. Étant donnée la fréquence des métastases hépatiques estimée à 36 p. 100 de tous les cancers et à 50 p. 100 des cancers digestifs, elle est susceptible, en tenant compte de la carence des méthodes habituelles de diagnostic, de rendre de grands services.

André Sicard.

T. Gunnar Nystrom (Helsingfors). — **Résection du foie pour tumeur maligne primitive** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 4, Juil. 1952, p. 241-248).

Relation de 1 cas de tumeur primitive du foie, observée chez une femme de 64 ans. Hépatectomie. Bon état au bout de 18 mois.

Le cancer était associé à un diabète sucré.

L'auteur donne quelques détails, d'ailleurs classiques, sur la technique de l'hémostase et de la suture du foie.

Métivet.

Peter W. Stone et **George M. Saypol** (New-York). - **Hépatectomie partielle** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 2, Août 1952, p. 191-200, avec 4 fig.).

4 observations d'hépatectomie partielle chez des malades âgés de 43 à 62 ans font l'objet de cet article. Il n'y eut pas de mortalité opératoire.

L'un de ces malades présentait un ulcère de la petite courbure et une tumeur du lobe gauche du foie. On fit une gastrectomie sub-totale et une hépatectomie gauche. L'examen histologique précisa la nature bénigne de la lésion gastrique et fit le diagnostic de cancer primitif du foie (hépatome) développé sur une cirrhose. Les suites opératoires furent normales.

Chez le 2e malade opéré avec le diagnostic de kyste du pancréas, la tumeur enlevée comprenait le lobe droit du foie, une partie du lobe carré et la vésicule biliaire. Il s'agissait d'un hémangiome. Un écoulement de bile se produisit pendant 14 jours. 5 mois plus tard, le résultat se maintenait parfait.

Le 3e malade était un tuberculeux pulmonaire qui présentait une masse douloureuse de l'hypochondre droit. On fit le diagnostic de fistule cholédoco-duodénale secondaire à une cholécystite chronique lithiasique. La masse fut interprétée comme un abcès dû à une perforation de la vésicule. Il existait bien une perforation entre le cholédoque et la 2e portion du duodénum, qui était recouverte par une tumeur hépatique adhérente de la dimension d'une orange. On pratiqua l'exérèse de la tumeur qui occupait une partie du lobe droit, une cholécystectomie, une cholédocostomie avec drainage externe et la fermeture de la fistule duodénale. Le diagnostic histologique fut granulome non spécifique, sans que l'on puisse préciser s'il s'agissait d'un abcès chronique, d'un tuberculome, d'une actinomycose, d'une gomme ou d'un sarcome.

Dans le 4e cas, il s'agissait d'un malade ayant subi 8 mois auparavant une colectomie droite pour cancer et qui présentait, au niveau du lobe droit du foie, une tumeur métastatique qui fut retirée largement en passant à 2 cm en tissu sain en même temps que la vésicule. Après des suites opératoires simples, la mort survint 6 mois plus tard par récidive.

A la section du foie au cautère qui expose aux hémorragies secondaires, S. et S. préfèrent placer des sutures rapprochées qui sont, après ablation de la tumeur, serrées sur de la cellulose imprégnée de thrombase.

Les incisions para-médianes ou sous-costales suffisent pour aborder le lobe gauche ou le bord antérieur du lobe droit, mais, pour exposer une tumeur de la partie centrale du lobe droit, mieux vaut pratiquer une incision thoraco-abdominale ou une laparotomie épigastrique prolongée par une sternotomie médiane.

André Sicard.

E. Delannoy, M. Verhaeghe, J. Dewambez et **Y. Godefroy Vandeville** (Lille). — **La place de l'hépatectomie partielle dans les cancers propagés au foie** (*Lille Chirurgical*, an. **7**, n° 40, Sept.-Déc. 1952, p. 197-203).

Les auteurs limitent leur étude aux cas de cancer adhérent ou propagé au foie. Ils laissent de côté la métastase unique. Des 8 observations qu'ils rapportent, 6 fois le cancer est propagé de l'estomac, 2 fois de la vésicule biliaire.

Dans les 6 premiers cas les lésions se présentaient sous un aspect plus inflammatoire que néoplasique, cependant, dans le doute, la lésion hépatique a été 5 fois enlevée en bloc avec la lésion stomacale.

La résection première du foie, à la demande, faite au bistouri électrique, facilite beaucoup la gastrectomie. Dans la plupart des cas, D. fit une gastrectomie subtotale. Dans 1 cas, il fit une gastrectomie totale de nécessité.

D'une manière générale les résultats opératoires ne sont pas si décevants qu'on pourrait le croire. Il est, en effet, à noter que dans 2 cas les ganglions n'étaient pas envahis. Sur 6 cas, les auteurs ont eu 1 décès au 3e jour, 1 après 6 semaines (fistule biliaire), 1 après 7 mois (le foie était tuberculeux et non cancéreux), les 3 autres opérés restent guéris de 2 ans 1/2 à 6 ans après.

La propagation au foie des cancers vésiculaires (2 cas) est d'un pronostic beaucoup plus sombre. Les 2 malades sont morts 3 mois et 14 mois après l'opération de fistule biliaire. D., estime que si l'hépatectomie partielle, à la demande, donne de bons résultats dans les cancers propagés de l'estomac, cas considérés jusqu'ici comme inopérables, il est justifié, dans les cancers propagés de la vésicule, d'envisager l'hépatectomie réglée.

G. Picot.

G. Albot et **F. Poilleux.** — **Les voies biliaires** (Un vol., 290 p., Paris 1953, Masson et Cie, édit.).

On trouvera dans cet ouvrage la publication des Conférences faites en 1942 à l'Hôtel-Dieu de Paris sur des sujets d'actualité hépato-gastro-entérologiques, qui constituent chacune une excellente mise au point des diverses questions envisagées.

Les fistules biliaires internes. — Dans leurs formes anatomo-cliniques (par R. A. Gutmann) tandis que les indications thérapeutiques sont traitées par J. Hepp.

Les aspects modernes de la cholécystographie, du tubage duodénal et de la radiomanométrie biliaire, par G. Albot, Cl. Olivier et J. Toulet.

La stase hypertrophique de la vésicule biliaire, par G. Albot et F. Poilleux.

Le retentissement biliaire des ulcères gastro-duodénaux, par G. Albot et Cl. Olivier.

Le cancer des voies biliaires (vésicule exceptée), par Ch. Debray et Cl. Houdard.

Les dyskinésies mécaniques et les dysplasies de la vésicule biliaire, par R. Dupuy et M. Champeau.

Les suites médicales et chirurgicales de la cholécystectomie, par Cl. Olivier et C. F. Bonnet.

Pathologie de la voie biliaire principale, par G. Albot et F. Poilleux.

La cholécystatonie de Chiray et Pavel. *A la lumière des méthodes modernes d'étude des voies biliaires*, par M. Chiray et F. Poilleux.

Chacune de ces Conférences est illustrée d'excellentes radiographies et de schémas auxquels le lecteur pourra se reporter avec profit.

J. Sénèque.

William W. Whitten et **George C. Adie** (New Rochelle). — **Atrésie biliaire congénitale; à propos de 3 cas, dont 2 survenus dans la même famille** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **40**, n° 5, Mai 1952, p. 539-548).

Après avoir passé en revue les différents problèmes embryologique, clinique et biologique que posent ces malformations congénitales, les auteurs apportent 3 observations personnelles; l'une d'elles concerne un enfant de 8 mois vu malheureusement au stade *pre mortem;* les 2 autres sont beaucoup plus remarquables puisque le diagnostic put être posé et conduisit à pratiquer, avec un résultat très satisfaisant, une cholécysto-duodénostomie.

L'étude très complète de ces 2 derniers enfants, opérés à l'âge de 5 mois 1/2 pour l'un et de 45 jours pour le second, montre que les altérations hépatiques et les troubles du métabolisme créés petit à petit par l'obstruction de la voie biliaire ne sont pas irréversibles et ne sauraient contre-indiquer une intervention chirurgicale; en effet, chez l'enfant de la 2e observation, 6 semaines après l'anastomose bilio-digestive le thymol était tombé de 36 à 9 unités, l'ictéric index de 16 à 3,1 mg p. 100, puis à 0,5 p. 100, 1 mois plus tard. Plus encore l'évolution lointaine justifie les efforts chirurgicaux; si pour le dernier opéré le recul est déjà de 18 mois, pour l'autre, il est de 4 ans 1/2 et l'examen pratiqué au bout de ce laps de temps a montré un développement et un comportement normaux, une fonction digestive normale sans régime particulier, sans trouble d'aucune sorte et plus particulièrement sans manifestation d'angiocholite.

Le problème technique n'est pas discuté par les auteurs qui dans les 2 cas trouvèrent une atrésie de la voie biliaire commune avec vésicule et canal hépatique normaux, ce qui leur permit de réaliser le geste le plus simple, une cholécysto-duodénostomie. Mais, comme ils le rappellent au début, l'atrésie peut aussi bien porter sur l'hépatique seul ou sur la totalité de la voie biliaire principale rendant toute tentative de réparation beaucoup plus complexe.

J. Loygue.

H. L. Durell et **A. C. Halliwell** (Jersey). — **Absence congénitale de la voie biliaire principale** (*The Lancet*, vol. **11**, n° 25, 20 Déc. 1952, p. 1203).

Il s'agissait d'un enfant de 3 mois présentant depuis sa naissance un syndrome d'ictère chronique par rétention. A l'intervention le foie était nettement augmenté de volume, la vésicule biliaire mesurait 5 cm de long et contenait de la bile. Il ne fut pas possible de mettre en évidence un segment quelconque de voie biliaire principale. La vésicule fut anastomosée à l'antre pylorique.

Guérison sans incident.

Marcel Roux.

Björn Köhler (Enköping, Suède). — **Anastomose entre les canaux hépatique et cystique** (*Nordisk Medicin*, **49**, n° 7, 13 Fév. 1953, p. 261, avec 1 fig.).

K. rapporte 1 cas d'anomalie des voies biliaires, observé chez une femme de 71 ans, opérée pour lithiase vésiculaire douloureuse. L'aspect particulier du canal cystique fit faire à l'auteur une cholangiographie per-opératoire, laquelle mit en évidence un canal biliaire accessoire se dirigeant verticalement du tronc du canal hépatique droit pour s'aboucher dans le cystique tout près du col de la vésicule. Ce canal anormal mesurait à peu près 2 mm de diamètre et ne contenait pas de calcul. Il fut enlevé avec la pièce de cholécystectomie. Suites opératoires simples. K. ne croit pas cette anomalie très fréquente, n'en ayant trouvé que 3 cas au cours de ses recherches. Il ne nous donne pas d'examen histologique de la pièce.

M. Deniker.

H. J. Raffauf (Bonn). — **Sur un sarcome primitif de la vésicule biliaire** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 50, 1952, p. 2437-2442, avec 4 fig.).

Relation d'une observation de sarcome de la vésicule, tumeur exceptionnelle sans doute, puisque l'on en connaît que 25 cas.

Il s'agissait d'une femme de 66 ans, qui présentait cliniquement les signes d'une cholécystite sans ictère, et chez laquelle on découvrit, à l'intervention, une très grosse vésicule, qui fut ponctionnée, puis extirpée. A l'ouverture de la pièce, on nota, outre la présence de quelques calculs, un épaississement couenneux des parois, et, implantée au niveau du col, une tumeur ovoïde de 10 × 5 × 5 cm, libre dans la cavité vésiculaire, portée par un pédicule de 2,5 cm de large. A la coupe, il s'agissait d'un sarcome polymorphe, à cellules rondes et fusiformes et cellules géantes, dont l'auteur donne une longue description histologique.

Bien qu'il n'y eut pas d'autopsie, R. pense, étant donné l'absence clinique de toute autre formation tumorale, qu'il s'agit là d'une localisation primitive.

L'auteur discute du rôle possible de l'infection (le liquide de ponction contenait du bacille d'Eberth, et il y avait eu une fièvre typhoïde 4 ans auparavant) et de la lithiase.

L'opérée est décédée rapidement de complications cardio-pulmonaires.

R. Gueullette.

C. Orecchia (Turin). — **Angiocholite suppurée avec lithiase de l'hépatique et du cholédoque et sténose de l'ampoule de Vater** (*Minerva Chirurgica*, an. **7**, n° 22, 30 Nov. 1952, p. 852-854).

Une femme de 48 ans est revue 3 ans après une cholécystectomie pour lithiase de la vésicule, pour un syndrome abdominal aigu. Douleurs continues, vomissements, arrêt des matières et des gaz, douleur aiguë à la palpation de l'hypocondre droit.

L'état s'aggrave rapidement : vomissements incoercibles, contracture pariétale, douleurs intenses, ictère.

Elle est opérée 48 h après le début par le professeur Dogliotti. Le cholédoque est augmenté de volume. Cholédocotomie et ablation de trois calculs. Issue d'un flot de pus. L'ampoule de Vater ne peut être franchie.

Duodénotomie, dilatation de la papille, et de bas en haut on introduit un tube de polythène de 14 cm de longueur.

Suture du cholédoque et du duodénum. Suites opératoires excellentes. 10 mois après la guérison se maintient.

La cholédocotomie avec drainage externe n'est pas indiquée dans ces formes suppurées aiguës, de crainte d'essaimage de l'infection, et, d'autre part, elle est sans action sur la sténose de l'ampoule de Vater.

La cholédoco-duodénostomie ne peut être retenue. Les canaux biliaires sont profondément infiltrés et parsemés de micro-abcés.

L'intervention pratiquée assurant la perméabilité et le drainage des voies biliaires d'une part, la guérison de la sténose d'autre part, a semblé la plus indiquée.

Elle entraîne, il est vrai, un reflux dans les voies biliaires constaté dans le cas présent. Il est possible que des dépôts de sels biliaires finissent par obstruer le tube de polythène. Mais on ne sait rien de certain sur le devenir de ce tube, et on ne peut porter aucun jugement.

J Assali.

Frank D. Conole (Binghamton, New-York). — **Abord transduodénal dans la chirurgie du cholédoque** (*The American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 1, Janv. 1953, p. 76-78, avec 2 fig.).

A propos de 3 observations personnelles, l'auteur rappelle les avantages de l'abord trans-duodénal du cholédoque, tant pour enlever les calculs bas situés que pour repérer la voie principale dans le cas où celle-ci a été antérieurement lésée. La possibilité de pratiquer par cette voie une sphinctérotomie, la facilité de cette manœuvre, ajoutent à l'intérêt de la méthode.

Des 3 observations présentées par l'auteur, l'une a trait à l'ablation d'un calcul bas situé du cholédoque que l'on n'avait pu faire remonter par cholédocotomie; la seconde à une réintervention pour calcul oublié de l'ampoule de Vater; la troisième à une blessure de la voie biliaire principale. Au cours de la réintervention, alors que l'on trouve aisément le bout supérieur, l'inférieur ne peut être retrouvé. C'est alors que le cathétérisme rétrograde par duodénotomie permet le repérage du cholédoque que l'on va suturer au bout supérieur.

Lucien Leger.

S. Kjaergaard (Copenhague). — **Cholédoco-duodénostomie dans les dyskinésies post-opératoires** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 2-3, Déc. 1952, p. 87-92).

12 malades, cholécystectomisés, et présentant des coliques hépatiques, sans calculs, furent opérés : 5 eurent une guérison complète, 6 furent grandement améliorés, 1 dut subir ultérieurement une sympathectomie thoracique. 4 cholédoco-duodénostomies furent pratiquées chez des malades chez lesquels des troubles dyskinésiques étaient soupçonnés : 3 furent guéris, 1 amélioré.

Métivet.

R. de Vernejoul et **R. Devin.** — **Des rétrécissements post-opératoires des voies biliaires** (Un vol., 95 p., 44 fig., Paris 1953, Masson et C^ie^, édit.).

Nous signalons avec plaisir l'intéressant ouvrage de R. de Vernejoul et R. Devin, préfacé par le professeur Dogliotti et consacré à l'étude des rétrécissements post-opératoires des voies biliaires, portant sur la voie principale. Dans 90 p. 100 des cas il s'agit d'un accident survenu au cours de la cholécystectomie beaucoup plus rarement après une cholédocotomie ou encore une cholécystostomie.

Après une étude anatomo-pathologique et clinique assez restreinte, le travail principal des auteurs a été consacré à l'étude fort difficile du traitement de ces lésions; ils envisagent les diverses interventions soit directes sur la voie principale, soit indirectes par dérivation bilio-digestive : cholécysto-jéjunostomie, hépatico-gastrostomie, cholédoco- ou hépatico-duodénostomies, hépatico-jéjunostomie, cholangio ou hépato-jéjunostomie et enfin anastomose d'un canal biliaire intra-hépatique avec l'estomac ou le grêle ainsi que les fistulisations et fistulo-anastomoses. Un dernier chapitre expose les tentatives expérimentales de reconstitution à l'aide de greffes.

D'excellentes figures de technique chirurgicale viennent illustrer cet ouvrage qui sera consulté avec le plus grand profit par les chirurgiens le jour où ils auront à opérer un malade atteint de cette grave infirmité.

J. Sénèque.

PANCRÉAS

H. Ferner. — **Les îlots de Langerhans (Embryologie. Histologie. Physiologie).** (édit. G. Thieme, 1952, 186 p.).

Dans un premier chapitre de ce beau volume illustré de nombreuses et très belles coupes histologiques, H. Ferner donne un aperçu sur les plus récentes colorations, qui, appliquées aux îlots de Langerhans, permettent de distinguer deux types cellulaires fondamentaux : les cellules β, caractérisées par leurs granulations bleu foncé à la chrom-hématoxyline de Gomori, les cellules α possédant par contre, des granulations argentaffines (coloration de Gros-Schultze).

Ce dualisme cytologique fait penser d'emblée à un dualisme physiologique et, en effet, si le diabète alloxanique avait permis de conclure que les cellules β étaient insulino-secrétantes, des recherches plus récentes ont permis d'attribuer aux cellules α la production d'une hormone hyper-glycémiante : le glucagone. Ainsi, se trouve expliquée l'amélioration du diabète alloxanique, après pancréatectomie totale.

H. Ferner rappelle que les cellules α sont également retrouvées dans la muqueuse gastrique; leur absence pourrait être responsable pour une large part, des troubles de la glycorégulation si souvent observés après gastrectomie.

C'est, en effet, l'équilibre entre les deux hormones pancréatiques qui règle la glycémie.

L'auteur après un chapitre d'embryologie et d'anatomie comparées, en arrive au problème pathogénique du diabète : maladie pancréatique d'abord, par dysfonctionnement du système α aux dépens du système β.

L'insulinothérapie du diabète est ainsi considérée, non seulement comme thérapeutique substitutive, mais également comme élément frénateur du système hyperglycémiant.

Sans nier l'influence des hormones anté-hypophysaire et cortico-surrénale sur la glyco-régulation, l'auteur estime qu'elles n'agissent que par l'intermédiaire du système insulaire pancréatique.

LUCIEN LEGER.

R. B. Pfeffer, El. E. Stephensons et **J. W. Hinton** (New-York). — **Les effets de la sympathectomie thoraco-lombaire et de la résection du vague sur la fonction pancréatique chez l'homme** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, nº 4, Octobre 1952, p. 585-594, avec 5 fig.).

En usant du tube duodénal à double lumière, P. S. et H. ont étudié la réponse du pancréas à la stimulation hormonale (sécrétine) et vagale chez 10 sujets normaux, 10 sujets ayant eu une sympathectomie thoraco-lombaire bilatérale datant en moyenne de 3 ans et 8 mois et 10 autres ayant eu une résection bilatérale du pneumogastrique datant en moyenne de 4 ans et 8 mois.

La stimulation des nerfs vagues par hypoglycémie insulinique chez des sujets normaux augmente la sécrétion d'amylase de 89,5 fois plus p. 100, qu'elle ne l'est par le sécrétine seule.

La sympathectomie bilatérale et la splanchnicectomie ne modifient pas la fonction physiologique de la glande. La réponse à la sécrétine est la même que chez les sujets normaux.

Les sujets ayant eu une résection des vagues ont des altérations de la fonction pancréatique à la fois à la réponse à la sécrétine et à la sécrétine plus l'insuline. Sous stimulation hormonale et nerveuse, ce groupe montre une diminution de 337,5 p. 100 de la sécrétion enzymatique totale.

M. GUIMBELLOT.

W. W. Shingleton, W. G. Anlyan et **D. Hart** (Durham). — **Le diagnostic des désordres pancréatiques par certains procédés de laboratoire** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 4, Octobre 1952, p. 578-584, avec 6 fig.).

Divers tests ont été utilisés pour diagnostiquer les maladies du pancréas. Le plus en faveur est la mensuration, dans le sac duodénal, des enzymes pancréatiques avant et après un stimulant pancréatique, en l'espèce la sécrétine. S. A. et H. ont refait ces épreuves sur 75 sujets atteints. Leurs résultats et ceux publiés dans la littérature montrent que cette épreuve n'offre pas une sécurité complète.

Il en est de même de la recherche de l'amylase dans le sang.

S., A. et H. se sont surtout attachés à l'étude de la modification de la coagulabilité du sang dans les affections pancréatiques après injection de sécrétine. L'épreuve fut positive 6 fois sur 11 cancers du pancréas, 6 fois sur 8 pancréatites chroniques et 1 seule fois sur 35 sujets de contrôle.

Cette méthode appelle encore des nouvelles études.

M. Guimbellot.

Henry N. Kenwell et **Philip B. Wels** (Buffalo). — **Pancréatite aiguë hémorragique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 2, Fév. 1953, p. 169-170).

Bien que l'étiologie de la pancréatite aiguë hémorragique soit encore imprécise, on admet que la nécrose et l'hémorragie sont le résultat de l'action des enzymes du pancréas. Il est également admis que le taux de ces enzymes augmente brusquement dans le sérum sanguin.

Cherchant une substance susceptible d'inhiber la transformation du trypsinogène en trypsine, les auteurs ont utilisé le sérum-albumine humain déchloruré.

Dans 11 cas, ils ont eu l'impression que cette substance était active. Tous ces cas furent opérés. Dans 2 cas, il n'y eut qu'une laparotomie exploratrice, les voies biliaires étant normales. Dans 5 cas, on fit une cholécystectomie avec cholédochostomie (cholécystite et cholélithiase). Dans 2 cas, une cholécystostomie (cholécystite gangréneuse inextirpable). Dans 2 cas, une cholédochostomie (dilatation de la voie biliaire principale sans calcul). En plus de la thérapeutique antichoc habituelle, une injection intraveineuse de 300 à 500 cm³ de sérum-albumine fut tout de suite pratiquée après l'opération et répétée chaque jour pendant 3 à 5 jours.

Une courte expérimentation sur deux chiens, chez lesquels on injecta, après avoir réalisé une pancréatite aiguë, du sérum canin, complète cette note. Les résultats furent également favorables.

André Sicard.

H. L. Popper et **H. Necheles** (Chicago). — **Le traitement préventif de la nécrose du pancréas** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 3, Mars 1953, p. 299-300).

Poursuivant leurs expériences et après avoir constaté que la section du canal pancréatique produisait une stéatonécrose dans 85 p. 100 des cas, P. et N. ont recherché, chez le chien, les effets préventifs d'un certain nombre de substances placées dans le péritoine.

L'acridine, la cystéine, la streptokinase-streptodornase, le sulfate de protamine n'ont pratiquement aucune action.

Par contre, la formaldéhyde sulfoxylate de soude diminue le nombre de cas de 85 à 38,5 p. 100. Ce résultat favorable est probablement dû à l'inhibition de la trypsine ou de la lipase ou des deux.

André Sicard.

A. Tritto (Naples). — **Sur les indications controversées du traitement dans les pancréatites stéato-nécrotiques** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **8**, n° 11, Nov. 1952, p. 865-872).

Une tendance à la non-intervention se manifeste chez certains auteurs (dont les opinions sont analysées), ce qui implique « l'expérience, la capacité d'appréciation,

l'esprit de décision et le sens des responsabilités de celui qui est appelé à en décider ».

L'auteur apporte une statistique de 14 cas de divers chirurgiens.

11 malades ont été opérés, 8 par drainage simple avec 3 morts; 3 par drainage et cholécystostomie (2 cas) et cholécystectomie (1 cas) sans décès.

3 ont été traités médicalement, avec 1 décès. Ces derniers cas sont parmi les plus récents.

Le traitement médical a consisté en : diète absolue, injections massives de liquides sucrés, atropine et morphine, antibiotiques, infiltration du splanchnique gauche, cardio-toniques, hormones surrénales, transfusions... pour lutter contre le collapsus. On attache la plus grande importance à l'aspiration continue, avec lavages alcalins de l'estomac deux fois par jour, dans le but d'éviter tout passage de suc gastrique acide dans le duodénum, qui pourrait stimuler la sécrétion pancréatique.

« On doit faire confiance au traitement médical, dit l'auteur. Cependant, il est évident que dans certains cas, l'indication opératoire existe: étant donné l'inutilité et pour le moins l'inefficacité du drainage de la bourse omentale, on peut en appeler à l'opération seulement si on associe à cette manœuvre, la dérivation de la bile... ce qui n'est requis que lorsque le tableau pancréatique s'accompagne d'un ictère par occlusion évident... le plus souvent les vomissements bilieux rassurent sur l'absence d'obstruction biliaire.

« En outre, il faut envisager le cas où après une amélioration, on assiste à une aggravation avec fièvre, contracture, ... du fait d'une localisation infectieuse au niveau du pancréas... dans un tel cas opérer d'extrême urgence et faire l'opération la plus simple possible. »

J. Assali.

L. B. Burk (Arlington) et **R. P. Hall** (Washington). — **Cystadéno-carcinome papillaire du pancréas** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 5, Nov. 1952, p. 883-886, avec 4 fig.).

Une femme de 39 ans présentait depuis 8 mois une tumeur de l'abdomen, d'abord petite et située à gauche, mais qui avait grossi progressivement jusqu'à atteindre 25 cm de diamètre. Elle s'accompagnait de gêne et de quelques douleurs. On crut à un kyste de l'ovaire gauche. La laparotomie montra que ce kyste adhérait à l'utérus, mais en fut séparé facilement, et que son origine n'était pas dans l'ovaire, mais dans le corps du pancréas, dont le tissu se prolongeait sur sa surface. Le jéjunum supérieur, le côlon transverse et ses vaisseaux adhéraient au kyste mais purent en être disséqués. Le kyste put être enlevé en totalité et il restait une bande de tissu pancréatique reliant la tête à la queue du pancréas. La malade reste guérie depuis 3 ans.

Il s'agissait d'un cysto-adénome du pancréas avec quelques masses papillaires sur sa face interne.

M. Guimbellot.

A. Brunschwig (New-York). — **Pancréatico-duodénectomie ; opération curative pour néoplasmes malins de la région pancréatico-duodénale** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 4, Octobre 1952, p. 610-617, avec 10 fig.).

B. rapporte les observations de 3 malades personnels qui ont subi les pancréatico-duodénectomies pour cancer et qui étaient encore bien portants après 8 ans, 7 ans et 5 ans et 2 mois. Il s'agissait d'une tumeur de l'ampoule de Vater, d'une tumeur de la tête du pancréas et d'une tumeur de la 2e portion duodénale. Ces tumeurs étaient suffisamment volumineuses pour être reconnaissables macroscopiquement au cours de l'intervention, 2 d'entre elles présentaient des métastases ganglionnaires régionales visibles macroscopiquement. L'étude microscopique a montré qu'il s'agissait bien de cancer.

Dans la technique, B. ferme complètement le moignon du pancréas sectionné sans l'implanter dans la cavité de l'estomac ou de l'intestin.

Le bon état des malades au cours de leur survie montre que la privation de la sécrétion externe du pancréas n'est pas incompatible avec une vie normale, à part des selles un peu plus fréquentes et plus pâteuses. Les opérés ne recevaient aucun régime de substitutions.

M. Guimbellot.

RATE

N. G. Geelkerken et **P. M. Bakker.** — **1 cas d'angiome splénique compliqué de rupture** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum.* vol. **4**, fasc. 3, 1952, p. 240-246, avec 4 fig.).

La rareté de tels cas, le fait que cet accident survient sur des rates de volume normal à l'occasion d'un traumatisme plus ou moins discret et le caractère très imprécis de la pathogénie sont les principaux points intéressants de cette observation.

A. Germain.

S. Milone (Turin). — **L'anévrysme de l'artère splénique** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **75**, fasc. 6, 1952, p. 427-449).

Affection peu connue, dont 150 cas environ ont été publiés, frappant de préférence le sexe féminin (3 femmes pour 1 homme). Sur 60 femmes de la statistique de Sherlock et Learmonth, 15 étaient enceintes. Il semble que la grossesse n'ait qu'un rôle révélateur, les variations de pression intra-abdominale pouvant favoriser la rupture de l'anévrysme.

L'étiologie en est obscure. Isolé, on a incriminé la syphilis, l'artério-sclérose... ou une aplasie de la paroi artérielle. Associé à la splénomégalie (association fréquente, Tabanelli) il peut simplement accompagner une maladie bien définie (paludisme, séquelles d'infarctus, Banti); ou bien en être la cause. Dans ce cas, on admet qu'il s'agit de gène à la circulation de retour, par compression de l'anévrysme sur la veine splénique.

Le tableau clinique a rarement permis le diagnostic. La douleur est le signe le plus fréquemment noté, de siège variable, épigastrique, sous-costale gauche, lombaire; sourde ou aiguë; constante ou survenant par crises.

Il est rare que la palpation décèle une tumeur animée de battements, et que l'examen radiologique objective un défaut de la grande courbure de l'estomac.

La complication la plus grave est la rupture (41 fois sur 81 cas, Tabanelli).

Sur 56 cas (Sherlock et Learmonth) elle s'est produite 34 fois dans la grande cavité péritonéale ou l'arrière-cavité des épiploons, 12 fois dans l'estomac, 5 fois dans l'espace rétro-péritonéal, 4 fois dans l'intestin grêle, 4 fois dans le pancréas, 1 fois dans la veine splénique.

L'auteur rapporte la longue histoire d'un homme de 41 ans. Dans les antécédents sont à retenir des troubles dyspeptiques assez vagues et des lombo-sciatalgies. Il est pris subitement de douleurs abdominales diffuses, suivies de vomissements et de fièvre. Admis avec le diagnostic d'ulcus perforé, ce diagnostic n'est pas confirmé. On assiste à la constitution d'une collection sous-péritonéale lombo-iliaque gauche que l'on incise le 15e jour. Issue d'une grande quantité de liquide sanglant, puis purulent.

Amélioration générale et disparition totale de la lombo-sciatique.

3 mois après l'incision, abondante hémorragie par le trajet fistuleux. Tamponnements. Transfusions.

2e intervention : débridement, découverte d'une cavité du volume du poing, dans laquelle on ne peut lier aucun vaisseau. Nouveau tamponnement qui n'empêchera pas deux abondantes hémorragies 2 et 3 semaines plus tard.

3e intervention : (voie abdominale) estomac, côlon, rate sont soudés en un seul bloc.

Libération de la rate que l'on rabat à droite, ouvrant la cavité découverte par lombotomie. Splénectomie en enlevant les 4 derniers centimètres de la queue du pancréas. La dissection ayant compromis la vitalité de l'angle gauche du côlon, on le résèque et on en rétablit aussitôt la continuité. Drainage postérieur.

Le malade est guéri 1 mois après.

La splénique portait près du hile un anévrysme du volume d'un haricot, rompu et bouché par un caillot.

L'examen histologique a montré des lésions d'endartérite au niveau de la splénique et quelques zones de fibro-adénie au niveau de la rate.

Le traitement de l'anévrysme de la splénique ne peut être que chirurgical.

Sur 14 cas opérés à froid, on obtient : 9 guérisons, 4 décès, 1 résultat inconnu (Tabanelli). L'opération pratiquée fut la splénectomie isolée 1 fois, la splénectomie avec ablation de l'anévrysme 3 fois, la ligature en amont 1 fois.

13 cas opérés après la rupture n'ont donné que 3 guérisons auxquelles doit s'ajouter le cas de l'auteur, obtenues 2 fois par splénectomie, 1 fois par ligature. Le tamponnement s'est toujours avéré insuffisant. Le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation de l'anévrysme et de la rate.

J. Assali.

Knut Aas (Oslo). — **Anémie hémolytique d'origine splénique** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 2-3, Déc. 1952, p. 111-123).

23 malades présentant de l'anémie avec splénomégalie, et atteints de leucémie lymphoïde, myéloïde ou paramyéloblastique, de maladie de Hodgkin, d'anémie aplastique de syndrome de Felty, de réticulose, furent examinés.

L'anémie est souvent attribuée à un fonctionnement anormal de la moelle osseuse. L'auteur montre qu'elle est due à un processus hémolytique latent, sans ictère, sans urobilinurie, sans signes de régénération sanguine, sans présence d'anticorps ou d'hémolysines.

Le facteur pathogénique principal semble être une altération de la rate. La splénectomie fut pratiquée chez 6 malades : 1 mourut de collapsus cardiaque, 4 furent guéris, 1 amélioré.

Un traitement post-opératoire prophylactique par le dicoumarol doit être institué.

Métivet.

André Lemaire, Jacques Lœper (Paris) et **Nicolas Moschoutis** (Athènes). — **Particularités sémiologiques et évolutives d'un cas d'ictère hémolytique congénital** (*Annales de Médecine*, t. **53**, n° 6, 1952, p. 595-624, avec 7 fig.).

Cet article intéresse les chirurgiens par les notions thérapeutiques qu'envisagent les auteurs.

Après avoir rappelé les nombreux cas d'échecs de la splénectomie qui reste cependant le traitement classique de l'ictère hémolytique congénital, ils font, à propos de leur observation, une étude de la maladie en général, et particulièrement de la fragilité globulaire qui en constitue l'élément essentiel.

Si les conditions qui favorisent la déglobulisation existent avant l'intervention ailleurs que dans la rate, le processus hémolytique continuera d'évoluer même après la splénectomie. Celle-ci aboutira donc à un échec.

Dans le cas où le processus hémolytique persiste après la splénectomie et provoque des troubles du transit biliaire, il faut préférer l'anastomose cholédoco-duodénale à la cholécysto-duodénostomie qui ne peut que favoriser une infection ascendante et provoquer une stagnation dangereuse au niveau du segment inférieur du cholédoque.

P. Gérard-Marchant.

GLANDE SURRÉNALE

Riser, Anduze, Gleize, Ribaut et **Mlle Lavitry** (Toulouse). — **Résultat remarquable d'une médullo-sclérose surrénale au cours d'une hypertension artérielle maligne** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, nos 34-35-36, 12 Décembre 1952, p. 1308-1311).

L'observation rapportée fait partie d'une série d'essais de traitement de l'hypertension par injections de salicylate de soude concentré dans les deux médullo-surrénales.

Les auteurs précisent bien que toutes les interventions analogues n'ont pas donné d'aussi bons résultats. Ils se réservent de rechercher plus tard l'explication de cette variabilité d'action.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, qui, au cours d'une troisième grossesse interrompue, commence une hypertension maligne.

Les chiffres se fixent à 25-13, avec amaigrissement et œdème papillaire. Il y a de la tachycardie et un bruit de galop.

Les traitements médicaux sont inefficaces et la cure de repos ne modifie pas la tension. Malgré une poussée de néphrite, le fonctionnement rénal paraît bon.

L'intervention est réalisée en deux temps. D'un côté, résection large de la chaîne sympathique du type Smithwick et injection en trois points de la capsule surrénale de 4,5 cm³ de . solution de salicylate de soude dans le subtosan.

Les suites de cette première opération sont difficiles et le résultat sur la tension artérielle est nul, tandis que la rétinopathie s'aggrave.

La deuxième intervention est faite quelques semaines plus tard : même résection sympathique étendue, même injection dans la médullaire surrénale. Les suites sont plus simples et, à partir de ce deuxième temps, la tension baisse à 13-9, l'auscultation cardiaque redevient normale, ainsi que le fond d'œil.

Une quatrième grossesse menée à terme survient l'année suivante, qui ne modifie pas le bon état de cette femme.

P. Moulonguet.

H. Kupperman, A. Bernstein, A. Forbes, O. Cope et **Fuller Albright** (Boston). — **Rémission d'un syndrome de Cushing après hémiadrénalectomie bilatérale** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **13**, n° 2, Février 1953, p. 154-164).

Cette observation est très discutable, car le diagnostic de syndrome de Cushing est loin d'être prouvé : en particulier, il manque au tableau clinique l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie provoquée de type diabétique, l'augmentation des 17 cétostéroïdes et des corticoïdes. Le fait intéressant est que l'hémiadrénalectomie bilatérale détermina chez cette malade une amélioration clinique considérable, qui se maintient depuis 2 ans, alors que la maladie s'aggravait de façon constante depuis 5 ans. Cette observation confirme l'impression de beaucoup d'endocrinologistes, qu'il existe tous les intermédiaires cliniques entre la secrétion normale des surrénales et le grand syndrome de Cushing; et que la thérapeutique chirurgicale par adrénalectomie subtotale aura sans doute des indications plus fréquentes dans l'obésité, lorsque nos moyens d'investigation permettront de dépister plus facilement les cas frustes d'hypercorticisme.

R. Rivoire.

J. Hellström, U. S. von Euler, C. Franksson et **C. A. Gemzell** (Stockholm). — **Surrénalectomie dans le cancer de la prostate** (*Nordisk Medicin*, **48**, n° 33, 15 Août 1952, p. 1119-1121).

Dans 4 cas de carcinome prostatique, avec localisations squelettiques secondaires, l'orchidectomie et le stilbœstrol n'ayant donné qu'une très courte accalmie, les auteurs ont tenté la surrénalectomie bilatérale. Ils obtinrent, dans tous les cas, une

cessation immédiate des douleurs imputables aux métastases osseuses. Toutefois, 2 malades continuèrent à décliner et finirent par mourir. Les deux autres s'améliorèrent et reçurent une dose quotidienne de 50 mg de cortisone *per os*, ce qui entraîna une chute presque totale du taux de l'adrénaline dans l'urine, tandis que le taux de la noradrénaline restait peu modifié. Ce dernier produit ne paraît donc pas prendre naissance dans la glande surrénale, mais en dehors d'elle.

M. Deniker.

C. Huggins et **T. Ling-Yuan-Dao** (Chicago). — **Surrénalectomie pour cancer du sein** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 4, Octobre 1952, p. 595-603, avec 9 fig.).

H. et L. ont déjà publié ailleurs les raisons théoriques de la surrénalectomie dans le cancer du sein et de la prostate.

Ils décrivent leur technique pour la surrénalectomie bilatérale en un temps. Ils l'ont pratiquée 42 fois avec 2 décès; mais les 38 derniers cas furent sans mortalité. L'administration d'hormones suffit à maintenir indéfiniment les opérés en bonne santé.

8 fois, il s'agissait de cancer du sein (7 fois chez la femme, 1 fois chez l'homme). Il y a eu 1 décès post-opératoire et 7 survivants, suivis de 7 à 11 mois. Pour 4 de ces opérées, les ovaires avaient été enlevés : chez 2, les ovaires et la surrénale droite avaient été enlevés dans la même séance et la surrénale gauche 15 jours après. L'homme avait subi une orchidectomie bilatérale. Chez tous les opérés, il y avait eu une mastectomie radicale, et tous avaient des récidives, en métastases, très étendues. Les 8 observations sont données en détail.

Au point de vue des résultats chez les 7 survivants, il y eut peu ou pas d'améliorations dans 3 cas; mais les 4 autres eurent une rémission satisfaisante de leur cancer.

M. Guimbellot.

APPAREIL URINAIRE

G. W. Gunther. — **Rœntgenuroskopie. Nierenbecken und Kelche, Harnleiter, Blase, Harnroehre** (**Radioscopie urologique : bassinet et calices du rein, uretère, vessie, urètre**) (Un vol. de 46 p., 86 fig. Georg Thieme, édit., 1952. Prix : 13,50 DM.).

Dans ce mince volume, admirablement illustré de 85 reproductions de radiographies en grandeur naturelle, l'auteur montre ce que l'on peut attendre de la radioscopie dans l'étude des voies urinaires. Il rappelle les travaux de Legueu, Fey et Truchot et regrette que cette méthode n'ait pas la diffusion qu'elle mérite. Il étudie les impressions vasculaires et les images de compression sur les calices, le bassinet et l'uretère, les coudures de l'uretère. Son intérêt se porte sur les absences de réplétion des cavités rénales, sur le diagnostic des calculs de l'uretère et du bassinet. Diverticules de la vessie, rétrécissements de l'uretère relèvent de la même méthode d'examen. Intéressant ouvrage où l'auteur oppose cette radioscopie aux clichés figés de l'urographie et de la pyélographie.

Pierre Aboulker.

L. Fruhling, E. Blum et **S. Roger** (Strasbourg). — **Les formes uro-génitales de la lymphomatose diffuse non totale à localisations glandulaires symétriques** (*Journal d'Urologie*, **58**, n^{os} 7-8, 1952, p. 447-465, avec 9 fig.).

Les auteurs publient 3 observations dont voici les résumés :

I. — Un homme de 67 ans est atteint de lymphomatose diffuse non totale, avec tumeur testiculaire bilatérale, pouvant en imposer pour un cancer primitif, envahissement rénal bilatéral, lésions cutanées disséminées, tumeurs rétro-péritonéales. Mort en moins de 5 mois avec intégrité du foie, du sang périphérique, de la moelle osseuse, de la rate.

II. — Un homme de 62 ans est atteint d'hydronéphrose, d'un envahissement bilatéral des deux uretères avec gangues péri-rénale, péri-prostatique, péri-vésicale et tumeur péritonéale d'origine ganglionnaire. La rate et le foie sont intéressés par le processus lymphomateux, mais non le sang périphérique. Mort en 6 mois. Le rein gauche avait été enlevé pour hydronéphrose douloureuse.

III. — Une fillette de 6 ans 1/2 est morte en moins de 5 mois d'une lymphomatose diffuse avec infiltration monstrueuse des deux reins, tuméfaction parotidienne bilatérale, volumineuse tumeur médiastinale, adénopathies mésentériques, mais état normal de la moelle osseuse, du foie et du sang périphérique.

Ces observations sont suivies d'une intéressante discussion anatomo-clinique et nosologique dans le détail de laquelle il nous est impossible d'entrer. Devant tout processus pseudo-tumoral (2 gros testicules, 2 gros reins), devant des signes d'infection urinaire, de la dysurie, des douleurs lombaires avec mauvais état général et qui ne font pas rapidement leurs preuves, il faut penser à la possibilité de la lymphomatose, chercher d'autres localisations, pendant que les investigations hématologiques du sang et de la moelle élimineront la leucémie. En l'intégrité du sang et de la moelle, la biopsie d'une localisation accessible conduira au diagnostic.

Le traitement chirurgical doit être formellement rejeté et céder la place à une thérapeutique cytolytique : la radiothérapie doit être considérée avec circonspection, car elle n'est pas sans danger. Il faut lui préférer la chimiothérapie (moutarde à l'azote) ou la thérapeutique endocrinienne : A. C. T. H., cortisone (Travail du Service du Professeur Géry).

G. Wolfromm.

Andréas Palmlöv (Gothenbourg). — **Aortographie abdominale, spécialement en vue du diagnostic des affections rénales** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 3, Juin 1952, p. 165-174, avec 5 fig.).

Étude de 42 cas d'aortographie abdominale, en cas de lésions rénales.

Une technique imparfaite (telle une injection périaortique) ou un manque d'expérience de l'opérateur peuvent entraîner des incidents, mais jamais de complications graves.

Les meilleurs résultats furent obtenus dans les cas de cancer du rein ou d'anomalies rénales.

L'aortographie est de grande utilité quand le rein n'excrète pas par urographie intra-veineuse et quand l'uropyélographie rétrograde est impossible.

On a essayé de tirer de l'aortographie des éléments concernant la valeur fonctionnelle du rein, dans des cas d'hydronéphrose ou d'occlusion urétérale par tumeur. Les résultats obtenus sont intéressants, mais, non décisifs.

Métivet.

W. F. Johnson. — **Cancer sur rein polykystique** (*The Journal of Urology*, vol. **69**, n° 1, Janv. 1953, p. 10-12).

Homme de 58 ans qui consulte pour des troubles circulatoires des membres inférieurs, sans aucun trouble urinaire. La tension artérielle est de 160-95 et pour cette raison on fait une urographie intra-veineuse, et une pyélographie bilatérale : ces examens radiographiques montrent que le calice supérieur du rein gauche est déplacé et décrit une courbe : on fait le diagnostic de kyste solitaire ou de tumeur du rein. Le rein droit paraît normal. Les troubles circulatoires légitimaient une sympathectomie lombaire gauche au cours de laquelle on voit que le rein est polykystique avec une tumeur du pôle inférieur que la biopsie montre maligne. Néphrectomie et sympathectomie. Guérison opératoire simple. Disparition des troubles circulatoires.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit de rein polykystique duquel on trouve quatre nodules tumoraux de 2 à 7 mm de diamètre, de consistance ferme, sans limites nettes avec le parenchyme voisin : il s'agit d'adénomes papillaires kystiques malins.

L'opéré est revu 2 ans plus tard en excellent état. L'examen urographique ne montre aucune modification du rein droit.

Pierre Aboulker.

P. Macquet et **L. Wemeau.** — **La chirurgie du rein en fer à cheval** (Un vol. de 102 p. avec 39 fig. Masson et Cie, édit. Prix : 1 200 F).

Très intéressant ouvrage où le professeur Macquet et L. Wemeau apportent leur expérience personnelle basée sur 11 cas de cette malformation congénitale, plus

méconnue que rare. C'est par l'examen urographique que le diagnostic a été porté avec certitude dans 9 cas sur 11, il repose sur la constatation des signes suivants :

1° Désorientation rénale, les axes des deux reins forment un angle à sommet inférieur.

2° Les deux ombres rénales sont très rapprochées de la ligne axiale et de la colonne vertébrale. Si on trace un quadrilatère de la pointe des apophyses transverses de L 1 et de L 5, les ombres pyélocalicielles s'inscrivent dans cet espace.

Ce sont là les 2 meilleurs signes, constants dans les 11 observations.

Les signes annexes et contingents sont la ptose rénale modérée, la désorientation des calices, le signe de Gutierrez dit du goulot, la mesure de l'angle de Gutierrez. La vue directe de l'isthme, la radiographie de profil montrant la déviation antéro-postérieure de l'uretère croisant l'isthme sont des signes de valeur. Enfin le pneumo-rétro-péritoine ajoutera un surcroît de précision.

Le rein en fer à cheval non compliqué s'accompagne souvent de douleurs que calme la symphyséotomie simple. Le rein en fer à cheval pathologique réclame le traitement approprié à l'affection en cause. La connaissance de l'anatomie de la malformation que rappellent Macquet et Wemeau rend la chirurgie plus simple et plus sûre. Les auteurs concluent fort justement que le rein en fer à cheval peut et doit être précocement dépisté. La chirurgie précoce et conservatrice guérit le malade et lui épargne les complications qui le menacent plus particulièrement, hydronéphrose, pyonéphrose, lithiase.

PIERRE ABOULKER.

A. Dufour et **P. Sesboüe.** — **Uretère rétro-cave diagnostiqué avant l'opération et guéri par urétéroplastie** (*Journal d'Urologie*, t. **58**, n° 6, 1952, p. 390-391).

A. Dufour et **P. Sesboüe.** — **L'uretère rétro-cave** (*Journal d'Urologie*, **58**, n° 7-8, 1952, p. 433-446, avec 7 fig.).

L'uretère rétro-cave est une anomalie qui consiste en un *enlacement de la veine cave inférieure par l'uretère droit*. Celui-ci, après avoir cheminé le long du bord externe de la veine cave, en croise la face postérieure, le bord interne, puis la face antérieure pour descendre finalement en dehors d'elle et atteindre la vessie.

Le travail de D. et S. est le premier qui concerne cette anomalie en France. Elle y a été jusqu'à ce jour méconnue. Leur cas est le 55e d'une série qui débute en 1893 par un cas d'autopsie (Hochstetter), continue par 10 autres cas, tous observés *post mortem* de 1893 à 1935, par 17 cas observés sur le vivant de 1935 (Kimbrough) à 1940 (1er diagnostic pré-opératoire de Harrill) et se termine par 28 cas publiés de 1940 à 1952. Cette anomalie est donc plutôt méconnue que vraiment rare.

L'uretère rétro-cave est dû à une anomalie de développement, non de l'appareil urinaire, mais du réseau veineux complexe dont le remaniement progressif aboutit à la formation de la veine cave inférieure. De clairs schémas exposent la genèse de cette anomalie, genèse qui demande néanmoins quelque attention pour être bien comprise. Renvoyant le lecteur à l'article original pour le détail des faits, nous nous bornerons à dire que des anomalies se produisent dans la disparition ou la persistance de certains segments d'un anneau veineux complexe qui se constitue dans l'espace et dans le temps, encerclant l'uretère. Cet anneau veineux comporte des segments *latéraux*, les veines cardinales postérieures, des segments *ventraux*, les veines subcardinales, des segments *dorsaux*, les veines supra-cardinales. Normalement, de cet anneau veineux disparaîtra tout ce qui était en avant de l'uretère; le reste formera la veine cave, cheminant tout le long de son trajet en dedans de l'uretère. Dans les cas d'uretère rétro-cave, la veine cave se trouve formée sur une partie de son trajet par un segment pré-uretéral qui représente à la fois la veine cardinale postérieure droite (latérale) et la veine subcardinale droite (ventrale).

L'uretère rétro-cave se manifeste sous diverses formes; forme urologique, avec des douleurs (50 p. 100 dont 30 p. 100 sous forme de coliques néphrétiques), accompagnées parfois d'hématuries et parfois (30 p. 100) de cystite; formes aberrantes

(25 p. 100), en imposant pour des troubles vésiculaires, appendiculaires, rhumatismaux. Le seul signe clinique observable est l'infection possible des urines.

Le diagnostic est donc uniquement radiologique. Les *urogrammes* montrent une

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 1. — L'uretère rétro-cave sur une pyélographie de face. Août 1950 (Dufour et Sesboüe).

Fig. 2. — L'uretère rétro-cave opéré, sur une uretéro-pyélographie rétrograde de face. Avril 1953 (Dufour et Sesboüe, *Journal d'Urologie*, 58, n° 6, 1952, p. 391).

hydronéphrose et une dilatation du tiers supérieur de l'uretère (hydronéphrose bilobée si le sphincter uretéro-pyélique a résisté, en entonnoir s'il a été forcé). La dilatation s'arrête à la hauteur de L3, après avoir décrit un coude convexe en dehors (J inversé). Le tiers moyen de l'uretère n'est pratiquement jamais opacifié sur les urogrammes

pris en décompression. *L'uretéro-pyélographie rétrograde, de face,* montre que le tiers moyen de l'uretère est prévertébral, presque médian, sur une longueur plus ou moins considérable. *De profil,* l'uretère est exagérément antérieur : au lieu de ne devenir prévertébral, comme normalement, qu'au niveau de L5, il est déjà prévertébral en regard de L3 et L4 dont le sépare un espace clair. Sur un cliché *oblique* de pyélographie, signe pathognomonique (Randall et Campbell, 1935), on ne peut jamais dissocier le coude rétro-cave de l'ombre des corps vertébraux, tant l'uretère rétro-cave est étroitement collé par la veine cave sur la face latérale du corps vertébral : une exception, c'est quand, de l'anneau veineux primitif, il persiste à la fois une veine cave antérieure et une veine cave postérieure : celle-ci sépare l'uretère du rachis.

Le traitement est chirurgical : néphrectomie, sans doute, si le rein est réduit à un état misérable par la dilatation, l'infection; dans le cas contraire, l'intervention sera conservatrice : section de l'uretère au bord externe de la veine cave, décroisement de l'uretère en reséquant au besoin son segment rétro-cave, suture termino-terminale des deux bouts uretéraux en n'en prenant pas la muqueuse, suture pratiquée sur une sonde tutrice retirée en fin d'anastomose. Il est recommandé de dériver les urines par néphrostomie. En mai 1952, à la Société française d'Urologie, D. et S. ont publié un cas d'uretère rétro-cave ainsi opéré avec un plein succès se maintenant encore au bout de 2 ans.

La conclusion d'un si excellent travail — il fait le plus grand honneur à ses auteurs — est qu'il faut penser à l'uretère rétro-cave devant toute hydronéphrose droite de cause imprécise.

G. Wolfromm.

C. D. Creevy (Minneapolis). — **A propos de l'urétéro-sigmoïdostomie** (*The Journal of the American Medical Association,* vol. **151,** n° 2, 10 Janv. 1953, p. 120-123, avec 3 tabl.).

C. D. Creevy fait, dans cet article, de très sérieuses réserves sur l'avenir des malades ayant subi une urétéro-sigmoïdostomie et s'il ne conteste pas l'utilité de la méthode dans le traitement de l'extrophie vésicale ou du cancer de la vessie, il croit néanmoins qu'il faut s'efforcer de trouver les moyens d'améliorer les résultats lointains d'une intervention souvent génératrice d'accidents ultérieurs et qu'en matière de cancer de la vessie surpris à un stade de début la cystectomie avec urétéro-sigmoïdostomie ne semble pas devoir être conseillée. 4 dangers menacent en effet les malades ayant subi une urétéro-sigmoïdostomie : l'infection ascendante, le reflux, le rétrécissement de l'anastomose qui tous obèrent plus ou moins la fonction rénale, l'hyperchlorémie et l'acidose secondaire en relation avec la résorption dans l'intestin des chlorures urinaires qui peut, elle aussi, dans quelques cas, altérer les éléments nobles du rein.

Sur une série personnelle de 53 malades qui furent soumis à des examens urographiques après un temps variant entre 1 mois et 16 ans, l'auteur ne trouve que 43,4 p. 100 de reins urographiquement normaux. Dans un tableau qui rassemble les suites lointaines de 258 malades appartenant à des auteurs différents, la proportion de reins normaux n'est que de 31 p. 100.

Comparant le taux de survie des jeunes enfants ayant subi une double implantation urétérale pour extrophie vésicale et celle de sujets sains, l'auteur montre que les chances de survie pendant les premières 20 années suivant l'intervention se réduisent environ de moitié chez les sujets porteurs d'une urétéro-sigmoïdostomie. Cette intervention ne doit donc être pratiquée qu'avec beaucoup de discrimination et l'auteur pense que l'exclusion du segment colique sur lequel sont abouchés les uretères par l'établissement d'un anus colique en amont serait susceptible de diminuer la fréquence des accidents ultérieurs mais au prix, bien entendu, d'une mutilation fort pénible.

Marcel Roux.

Willy Mathisen (Oslo). — **Une nouvelle méthode d'anastomose urétéro-intestinale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics,* vol. **98,** n° 3, Mars 1953, p. 255-258, avec 5 fig.).

Pour éviter le reflux urétéral, W. M. crée, au niveau de l'anastomose, une sorte de

mamelon intra-colique de 2 à 3 cm de long aux dépens de la paroi intestinale. Une sonde urétérale dont l'extrémité dépasse l'anus, est laissée en place 5 à 6 jours.

Il est très important de conserver une basse pression dans l'intestin et, pour cela, de laisser pendant 2 semaines une grosse sonde de Pezzer dans le rectum, de continuer à la placer pendant la nuit et d'assurer des évacuations intestinales fréquentes.

Dans 18 cas, les résultats ont été satisfaisants. Chez un malade mort accidentellement 4 mois après l'opération, on a pu constater qu'il n'existait ni infection, ni dilatation urétéro-pyélique.

André Sicard.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

P. Brocq, P. Moulonguet, R. Maricot et **H. Hartmann.** — **Atlas d'hystérographie** (Un vol., 103 p., 140 fig., Paris, 1953, Masson et Cie, édit.).

L'hystérographie est devenue une méthode d'exploration extrêmement utile dans le diagnostic de certaines affections génitales et dans la décision des méthodes thérapeutiques à prendre soit pour préconiser une intervention chirurgicale, soit pour lui préférer un traitement par les rayons.

L'ouvrage que publient les auteurs rendra certainement les plus grands services en permettant aux chirurgiens de se familiariser avec la lecture des diverses images et de savoir les interpréter correctement. Tous les clichés publiés dans cet *Atlas* ont reçu une confirmation opératoire des diverses lésions pathologiques.

Les divers chapitres sont consacrés à l'étude de l'utérus normal, des aplasies, déviations et malformations utérines, aux images que l'on peut observer au cours de la grossesse (les auteurs ne préconisent cependant ce mode d'exploration quand le diagnostic de grossesse paraît probable), au cours des polypes et fibromes utérins, des lésions dystrophiques, la partie la plus importante étant réservée à l'étude des cancers utérins. Ils envisagent ensuite les tumeurs associées, les images rares en hystérographie, d'interprétation plus délicate et terminent enfin par une étude sur la technique et l'appareillage et les incidents que l'on peut observer au cours de l'hytérographie.

J. Sénèque.

F. Arienzo (Naples). — **Les tumeurs de la granulosa ovarienne** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **8**, n° 11, Nov. 1952, p. 891-896).

Après une brève revue (définition, clinique) l'auteur expose l'observation d'une femme de 35 ans qui se croyait enceinte du fait d'irrégularités menstruelles et d'une turgescence des seins.

On découvre une tumeur de l'ovaire droit, qui est enlevée. La tumeur, du volume d'une orange, est entourée d'une capsule blanche et composée d'un tissu compact.

L'examen histologique permet à l'auteur de porter le diagnostic de tumeur à cellules de la granulosa, en se tenant « au pur et simple aspect morphologique ».

J. Assali.

R. R. Greene (Chicago). — **Les diverses origines des tumeurs de Brenner** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **64**, n° 4, Oct. 1952, p. 878-898, avec 21 fig.).

Les auteurs ont fait, avec 10 à 20 coupes en série pour chaque bloc, l'étude de 18 pièces : pour 14 il s'agissait de tumeur de Brenner, indiscutable; pour l'une, l'origine était douteuse; les 3 autres représentaient des métaplasies probables du rete et de l'épithélium, des tubules médullaires isolés ou associés. De ces observations et de celles provenant de la littérature, il semble que l'on doive conclure que les néoplasmes classés comme tumeurs de Brenner peuvent avoir plusieurs modes d'origine : quelques-unes proviennent de l'épithélium de surface de l'ovaire, d'autres du rete ovarii,

les autres enfin du stroma ovarien. Au cours de la discussion qui suivit cette communication au LXXV° Congrès Américain de Gynécologie, Te Linde, après examen des coupes histologiques estime, que certaines tumeurs de Brenner proviennent effectivement des tubules du rete. Il juge plus discutable le point de départ dans le stroma de l'organe.

Cl. Olivier.

P. Guilhem, C. Bimes et **A. Pontonnier.** — **Contribution à l'étude des cancers du corps utérin. Valeur de la biopsie par aspiration dans leur diagnostic (report de 33 observations)** (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, an. **46**, n° 11-12, Nov.-Déc. 1951, p. 345-371, avec 11 fig.).

Ce travail est une contribution fort intéressante au diagnostic étiologique des métrorragies post-ménopausiques. Au schéma classique, hystérographie, puis curetage explorateur, les auteurs toulousains substituent le programme — aspiration à la seringue de Novak et éventuellement hystérographie — que l'étude de 27 observations de cancer du corps et de 51 métrorragies post-ménopausiques d'origine non néoplasique incline à considérer comme infiniment plus satisfaisant. Guilhem et ses collaborateurs démontrent d'abord que la biopsie par aspiration est d'une sécurité égale à celle obtenue par curettage. Ce dernier, en effet, n'est pas seul à permettre la collecte complète du contenu corporéal et en particulier l'examen de la couche basale. Si la seringue de Novak a soigneusement exploré les 2 faces et les 2 bords, elle ne laisse place à aucune marge d'erreur supplémentaire, et sa facilité d'application au cabinet même du gynécologue, sans anesthésie, lui apporte un avantage décisif. L'importance macroscopique même des débris retirés offre une première orientation de grande valeur. L'hystérographie après injection de lipiodol ne sera exécutée que si cette première recherche est négative. Elle permettra de déceler les fibromes sous-muqueux ou les polypes fibreux intra-cavitaires. En pareil cas, l'étude histologique de frottis vaginaux pourra également être utile : la découverte de cellules suspectes peut, en effet, conduire au diagnostic de cancer annexiel.

Cl. Olivier.

R. R. Greene, Ben M. Peckham, J. T. Chung, M. Bayly, H. B. W. Benaron, Léon A. Carrow et **G. H. Gardner** (Chicago). — **Le cancer pré-invasif du col utérin pendant la grossesse** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 1, Janv. 1953, p. 71-81, avec 14 fig.).

On s'est demandé si l'aspect de certaines cellules du col représentait bien un cancer pré-invasif ou s'il ne s'agissait pas d'une modification normale de l'épithélium au cours de la grossesse.

Les auteurs ont suivi 14 femmes chez lesquelles le diagnostic de cancer pré-invasif a été porté pendant la grossesse par l'histologie, soit à la suite de biopsies faites systématiquement pour examiner l'épithélium gravidique, soit à la suite de frottis atypiques ou suspects.

Chez 12 de ces femmes le diagnostic de cancer fut confirmé, après la grossesse, soit par biopsie, soit sur la pièce opératoire. Chez les 2 autres, l'épithélium avait repris un aspect normal.

Il est donc peu probable que la grossesse soit la cause des modifications de l'épithélium du col.

André Sicard.

Hideo Yagi (Okayama). — **Traitement du cancer du col de l'utérus** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 5, Nov. 1952, p. 552-556, avec 2 fig.).

Aux stades I et II, le choix a été donné aux malades entre le traitement chirurgical et les radiations, ce qui a permis de juger les résultats respectifs des deux méthodes.

Aux stades III et IV, les radiations seules ont été employées par association de la radiothérapie profonde, du radium et de la radiothérapie intra-vaginale.

Après 5 ans, l'hystérectomie totale simple appliquée à 40 cas au stade I, a donné 63,6 p. 100 de survies, résultat à peu près semblable à celui obtenu par les radiations, tandis que l'opération de Okabayashi, appliquée à 333 cas, a donné 90,0 p. 100 de survies au stade I et 61,7 au stade II.

Cette opération, qui consiste en une colpo-hystérectomie élargie avec dissection systématique des ganglions iliaques, hypogastriques, obturateurs, inguinaux et sacrés, est plus étendue que le Wertheim. Complétée par de la radiothérapie, elle représente le traitement de choix des cas précoces.

Les radiations ont donné après le même délai 33,5 p. 100 de survies au stade III, (pour 340 cas) et 14 p. 100 au stade IV (pour 93 cas).

André Sicard.

J. Baud. — **Résultats de la radiothérapie des épithéliomas du col utérin chez les malades traitées de 1919 à 1945 inclus à la fondation Curie** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*, t. **39**, n° 4, 1952, p. 380-389, avec 2 tabl.).

Cette statistique porte sur 2 913 cas de cancers du col utérin traités entre 1919 et 1945.

B. qui fut autrefois partisan convaincu de la curiethérapie isolée, reconnaît que depuis 1936, cette thérapeutique a été systématiquement associée à la radiothérapie péri-pelvienne.

Des détails techniques sont donnés, tant sur la curiethérapie que sur la radiothérapie qui a été faite à une époque par télécuriethérapie et qui l'est, maintenant, par rœntgenthérapie à 600 kV. Les doses de ces différentes irradiations sont précisées. Les résultats sont envisagés en trois périodes et pour chacune de ces périodes, en les quatre stades classiques.

En ce qui concerne le stade I, le taux des guérisons est passé de 57 à 64 et enfin à 75 p. 100.

Les causes d'échec sont envisagées. La chirurgie associée aux irradiations est citée, mais sans références.

P. Moulonguet.

A. Tailhefer et **J.-P. Pilleron** (Paris). — **La colpo-hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire des chaînes latérales du petit bassin** (*Revue de Chirurgie*, an. **72**, n° 1-2, Janv.-Fév. 1953, p. 1-17, avec 8 fig.).

T., au cours de ses opérations antérieures à 1949, appliquait au traitement du cancer du col stade I, ayant ou non été préparées par de la curiethérapie, la technique de Wertheim. Il n'enlevait les chaînes ganglionnaires latérales du petit bassin que si elles paraissaient, macroscopiquement, atteintes. Mais la constatation d'un certain nombre de récidives ganglionnaires chez des opérées au stade I lui a fait adopter le curage systématique des chaînes latérales du petit bassin. Son expérience de cette nouvelle technique porte sur 116 cas.

L'opération que proposent les auteurs comporte l'ablation des chaînes ganglionnaires depuis le ganglion de Cunéo-Marcille situé dans la bifurcation iliaque et celui de Leveuf situé sous la veine iliaque externe au contact du nerf obturateur. Ils jugent inutile d'enlever, comme l'a proposé Dargent, la chaîne sacrée moyenne et les ganglions du promontoire dont l'envahissement est exceptionnel et complique une opération qui doit rester bénigne si l'on veut l'opposer à la curiethérapie seule. L'opérateur doit aussi respecter la vascularisation de la vessie et surtout de l'uretère qu'il doit se garder de soulever par un lacs quelconque. Il faut au contraire, sauf au niveau du col et du croisement de l'utérine, le laisser adhérent au péritoine. C'est le moyen le plus sûr d'éviter les fistules urétérales (1 cas sur 94 cancers au stade I et du corps, guéri spontanément).

Plusieurs points de technique caractérisent l'opération de T. et P. Le premier est l'ouverture dès le début, du Douglas, la séparation au doigt du vagin et du rectum et le début des décollements latéraux. L'uretère est repéré par transparence sous la

lèvre interne du péritoine. Il est laissé adhérent à ce feuillet péritonéal mais libéré du tissu cellulo-ganglionnaire qui est en dehors, depuis le détroit supérieur jusqu'au voisinage du col. Les vaisseaux iliaques externes sont à leur tour disséqués depuis leur origine où l'on trouve le ganglion de Cunéo-Marcille qui est enlevé, jusqu'à la face profonde de l'anneau crural. C'est vers le trou obturateur au contact du nerf qu'on enlève le ganglion de Leveuf. Tout le tissu cellulo-ganglionnaire ainsi libéré est réséqué. On trouve dans l'angle que forment l'uretère en dedans et les vaisseaux iliaques en dehors, l'hypogastrique et les artères utérine, cervico-vésicale et ombilicale qui la terminent. L'utérine et la cervico-vésicale sont liées à leur origine. L'uretère est finement dégagé de la première à laquelle il tient par un petit rameau qu'il faut lier et couper pour ne pas arracher l'adventice qui porte les vaisseaux nourriciers.

Les lames génito-rectales et les ligaments utéro-sacrés sont enfin sectionnés et le vagin est coupé très bas.

La mortalité de cette opération a été de 3,3 p. 100 pour 90 cas (75 stade I et 15 néos du corps). Cette gravité est faible et permet d'opposer l'intervention chirurgicale à la curiethérapie seule. Elle est encore justifiée par les constatations qu'ont faites les auteurs. Sur 75 cas au stade I, dont 56 ont subi au préalable un traitement par curiethérapie, ils ont trouvé 14 fois des métastases dans le petit bassin : 2 fois dans les paramètres, 12 fois dans les chaînes ganglionnaires. 16 fois celles-ci étaient prises partiellement, 6 fois elles l'étaient totalement et 3 fois l'envahissement était bilatéral. Soit au total 10 p. 100 de métastases.

Il semble que ce soient surtout les néoplasies endocervicales qui donnent des métastases. Souvent la biopsie pré-opératoire en montrant un envahissement spécial des lymphatiques avait fait prévoir la métastase ganglionnaire.

G. Picot.

W. Kenneth Cuyler, Louise A. Kaufmann, Léonard Palumbo et **Bayard Carter** (Durham). — **Cyto-diagnostic des lésions malignes du vagin** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 1, Janv. 1953, p. 115-117).

D'un total de 24 095 femmes ayant eu un frottis, 13 présentaient un cancer primitif du vagin (ce qui représente dans cette statistique 1,6 des cancers gynécologiques). L'âge moyen des malades était 57 ans, plus élevé que celui du cancer du col qui est de 48 ans. 9 malades étaient ménopausées. 1 était en cours de grossesse.

La lésion siégeait 3 fois sur la paroi antérieure, 3 fois sur la paroi antéro-latérale, 3 fois sur la paroi latérale et 4 fois sur la paroi postérieure.

Le cyto-diagnostic fut positif 11 fois et 2 fois la réponse fut faussement négative. Les cellules malignes sont les mêmes que celles du cancer du col utérin. Le diagnostic différentiel n'est donc pas possible par la cytologie.

André Sicard.

James W. Newel et **Donald G. McKay.** — **Étude clinique du cancer de la vulve** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **60**, n° 8, Août 1952, p. 388-392).

Intéressante étude d'une série de 53 cas de cancers de la vulve observés de 1891 à 1945.

On doit tout d'abord admirer l'organisation matérielle d'un centre hospitalier qui permet de grouper tous les cas observés depuis une date aussi éloignée. N. et McK. peuvent ainsi préciser différentes notions de clinique, d'anatomie pathologique et de pathogénie. La diversité des traitements appliqués rend malheureusement difficile la comparaison des résultats obtenus. Toutefois la préférence de N. et McK. va à la vulvectomie radicale élargie qui, sur les 12 derniers cas, a donné 66 p. 100 de guérison de 5 ans et qu'ils pratiquent depuis 1946 de façon presque systématique (10 cas sur 12).

J. Loygue.

BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE

A. Manzi (Udine). — **Résection de l'ischion et de la branche ischio-pubienne pour ostéomyélite (technique de Milch)** (*Minerva Medica*, Nov.-Déc. 1952, p. 357-359, avec 6 fig. dont 2 en couleurs).

Milch, en Amérique, a fait le premier une résection de l'ischion et de la branche ischio-pubienne dans 1 cas d'ostéite tuberculeuse fistulisée (1935). Sa technique a été utilisée en Italie par de Marchi, en 1947 et Galli, en 1950, de Marchi pour une tuberculose osseuse et Galli pour une ostéomyélite.

C'est également dans 2 cas d'ostéomyélite que Manzi a eu recours à l'opération de Milch (par incision dans le pli génito-crural), qui est indiquée dans les états d'ostéite chronique fistulisée sans tendance à la guérison.

ALBERT MOUCHET.

MEMBRE SUPÉRIEUR

James A. Dickson et **Harry W. O'Dell** (Cleveland). — **Etude phylogénique de la luxation antérieure récidivante de l'épaule** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **95**, n° 3, Sept. 1952, p. 357-365, avec 16 fig.).

Il paraît certain aux auteurs que les lésions de la capsule et du bourrelet glénoïdien comme les déformations de la tête humérale, sont le résultat et non la cause de la luxation récidivante.

Les seules interventions logiques sont celles qui limitent la rotation externe de l'épaule.

Aux nombreuses techniques déjà décrites, ils en ajoutent une qui consiste à transposer le tendon du petit pectoral sur la face antérieure de la grosse tubérosité de l'humérus.

A travers une incision delto-pectorale, après avoir faufilé un fil de nylon dans son tendon, l'insertion osseuse du petit pectoral est réséquée à la gouge sur la coracoïde, puis fixée au moyen du fil sous un petit volet osseux taillé en dehors de la coulisse bicipitale.

Le bras est immobilisé dans un bandage pendant 1 mois. Massages et mobilisation sont ensuite pratiqués, en insistant surtout sur les mouvements de rotation interne. La guérison est obtenue en 8 à 12 semaines.

D. et O. apportent 16 cas personnels et en ajoutent 25 opérés par d'autres chirurgiens. Les résultats ont été constants et excellents.

Cette technique rétablit le petit pectoral dans sa fonction primitive de muscle rotateur interne et lui redonne une situation anatomique qu'il a probablement eue autrefois. La phylogénie apprend, en effet que, chez certaines variétés de singe, les grand et petit pectoraux sont réunis en un tendon commun pour s'insérer sur l'humérus.

Seib, en disséquant les épaules de 500 sujets, a trouvé, dans 1 p. 100 des cas, une insertion humérale au petit pectoral.

En renforçant la puissance des muscles rotateurs internes, on rétablit la concordance des groupes musculaires et on redonne à l'épaule une synergie fonctionnelle dont le défaut paraît bien être le facteur causal le plus important des luxations récidivantes.

ANDRÉ SICARD.

David Hedman (Stockholm). — **L'opération d'Eden-Hybbinette dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **104**, fasc. 1, Nov. 1952, p. 65-73, avec 4 fig.).

37 cas furent opérés par cette méthode de 1930 à 1950 au Sérafimerlazaret par 12 chirurgiens différents, dont 9 n'étaient nullement spécialisés en chirurgie orthopédique.

31 cas furent réexaminés : 26 résultats étaient excellents.

Dans les 5 cas suivis de récidive, on pouvait constater, radiologiquement, que le greffon osseux s'était résorbé entièrement ou en partie.

L'auteur insiste sur la nécessité qu'il y a à tailler et implanter très correctement le greffon.

MÉTIVET.

William E. Askue et **R. Wong** (Brooklyn). — **Gangrène des extrémités chez le nouveau-né; à propos de 2 cas** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **40**, n° 5, Mai 1952, p. 588-598, avec 4 fig.).

Les 2 observations qui font l'objet de ce travail, portent à 52 le nombre des cas de gangrène des extrémités chez le nouveau-né publiés jusqu'à ce jour.

La pathogénie est étudiée avec beaucoup de soins, mais sans qu'il soit permis de sortir du domaine de l'hypothèse; aucun élément ne justifie de retenir le spasme plutôt que la thrombose ou l'embolie.

Le pronostic de ces lésions est redoutable; si dans quelques cas elles sont susceptibles de régresser, si la mortalité a diminué avec l'emploi des antibiotiques, le plus souvent la gangrène est définitive et plus ou moins étendue. Si l'on veut prévenir cette nécrose ou tout au moins la limiter le plus possible, il convient de reconnaître la maladie tôt et de la traiter énergiquement. Les buts à poursuivre sont les suivants : ne pas traumatiser les tissus altérés, réduire le processus thrombotique, augmenter la circulation collatérale, éviter l'infection et enfin retarder le plus possible l'amputation tant que la vie de l'enfant n'est pas en danger; les moyens dont nous disposons sont les antibiotiques, les anticoagulants, les vaso-dilatateurs et la réfrigération locale. Grâce à cette thérapeutique les auteurs purent pratiquer une amputation de l'avant-bras 21 jours après la naissance dans 1 cas et 9 jours après dans l'autre et guérir leurs malades.

J. LOYGUE.

Vom Saal (Frederick, New-York). — **Fixation intra-médullaire des fractures de la main et des doigts** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **35-A**, n° 1, Janvier 1953, p. 5-16, avec 7 fig.).

L'auteur expose les avantages de la fixation intra-médullaire, avec des broches, des fractures des métacarpiens et des phalanges. On obtient une meilleure réduction, une consolidation plus rapide et le résultat fonctionnel est de beaucoup supérieur aux traitements ordinaires parce que le blessé peut se servir de sa main dans un plus court délai.

Ce traitement ne doit pas être employé dans les fractures comminutives graves et dans les cas où la peau présente des ampoules, des furoncles, ou des pertes de substance septiques.

ALBERT MOUCHET.

W. Pflüger (Wien). — **Sur le traitement de la maladie de Dupuytren** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **103**, n° 8, 21 Fév. 1953, p. 153-154).

P. rappelle tout d'abord les différentes méthodes chirurgicales employées, depuis les interventions minimes de l'ère pré-pasteurienne, jusqu'aux larges excisions aponévrotiques modernes. Il insiste sur le fait que, à côté d'indéniables succès, ces dernières ont été parfois suivies de nécrose palmaire, voire de pertes de doigts. A ne pas utiliser les procédés actuels, on risque de passer pour un retardataire.

Ce jugement n'inquiète pas l'auteur, qui propose de reconsidérer les anciennes méthodes, préférant une récidive éventuelle aux dangers sus-cités. Et il considère la fasciotomie sous-cutanée comme l'opération la plus simple et la plus sage.

Glissant, sous anesthésie locale, un ténotome entre la peau traversée sur le bord radial de la main, et l'aponévrose, il sépare par clivage les deux plans. Si, chemin faisant, le revêtement cutané se trouve blessé, il répare la perte de substance au moyen de greffes de Thiersch, de Reverdin, ou prélevées au dermatome. L'intervention, dans les cas complexes, peut être conduite en plusieurs temps. Un pansement compressif et une immobilisation plâtrée, doigts en hyperextension, sont laissés en place pendant une quinzaine de jours; le membre est placé en position haute afin d'éviter l'œdème. La mobilisation active et passive est ensuite entreprise sous l'eau; éventuellement des séances d'électrothérapie sont instituées.

Dans les cas simples la reprise du travail peut se faire dès la 2e ou 4e semaine.

P. a réalisé cette intervention 45 fois sur 29 malades. Il peut faire état des résultats éloignés (6 mois à 6 ans) dans une trentaine de cas. Il relève 2/3 de résultats parfaits, 1/3 d'insuccès partiels ou totaux, mais sans aggravation.

Il lui semble que les résultats les meilleurs ont été obtenus après la cinquantaine, que la récidive, si elle doit se faire, apparaît dès les premières semaines ou mois, que les raideurs articulaires des doigts jouent un rôle défavorable, que l'atteinte accidentelle retarde la guérison, que l'emploi du radium, des R. X., des U. V. est sans intérêt. Enfin il n'a jamais observé de troubles de la sensibilité ou de désordres circulatoires.

Il convient de ne pas opérer trop tôt, au cours d'une poussée douloureuse, ou trop tard après l'apparition des contractures et déformations articulaires.

R. Gueullette.

R. Merle d'Aubigné, R. Tubiana et **J.-O. Ramadier.** — **Reconstruction du pouce** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **38**, n° 5-6, Oct.-Déc. 1952, p. 456-476, avec 28 fig.).

Les auteurs ont pratiqué 8 restaurations de pouce. Ils ont fait 3 pollicisations d'index qui étaient eux-mêmes déjà mutilés et 5 reconstructions du pouce par divers procédés d'autoplastie.

Au sujet de la *pollicisation*, ils conseillent de ne polliciser un doigt sain qu'en l'absence d'autres ressources; un échec opératoire entraîne une nouvelle mutilation qui s'ajoute à l'ancienne. Il est indispensable de respecter les tendons fléchisseurs et préférable de conserver la continuité des extenseurs du doigt mobilisé. Si le doigt pollicisé est entier, il faut le raccourcir pour obtenir un pouce de longueur normale (en amputant la phalange unguéale).

Dans 5 autres observations, l'index était intact. Dans 1 cas, le pouce avait disparu avec son métacarpien. Les 4 autres cas gardaient un premier métacarpien intact et mobile. M., T. et R. ont préféré reconstruire de toutes pièces un pouce par lambeau cutané et greffe osseuse.

Dans les 3 premiers cas, le lambeau cutané a été prélevé sur l'abdomen, soit en un temps (1 cas), soit en deux temps (2 cas). La greffe osseuse, toujours prélevée sur l'os iliaque, a été introduite dans un deuxième temps.

Dans les 2 derniers cas, le lambeau cutané a été prélevé sur la main elle-même.

Les auteurs concluent que la reconstruction du pouce par greffe osseuse et par lambeau cutané de voisinage est le meilleur procédé lorsque le premier métacarpien est conservé, mobile, recouvert par des téguments en bon état, l'index normal et les préoccupations plus fonctionnelles qu'esthétiques.

Lorsque le premier métacarpien est mutilé on devra faire appel à un tube cutané armé ou à une pollicisation d'un doigt voisin, de préférence lorsque celui-ci est partiellement mutilé; en particulier, s'il a perdu une ou deux phalanges distales, la pollicisation de ce doigt semble alors l'opération de choix; c'est une technique délicate, qui ne donnera de bons résultats que si l'appareil tendineux, vasculaire et nerveux, est rigoureusement conservé et si la rotation de 90° nécessaire à une opposition efficace est obtenue et maintenue jusqu'à consolidation.

Albert Mouchet.

MEMBRE INFÉRIEUR

Guilleminet, Stagnara, Faysse et **L. Bertrand.** — **Le traitement orthopédique des luxations congénitales de la hanche contrôlé par l'arthrographie** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **38**, n° 5-6, Oct.-Déc. 1952, p. 476-493, avec 14 fig.).

S'appuyant sur 19 observations comportant 29 hanches luxées et suivies de 1946 à 1950 avec documents arthrographiques répétés, les auteurs réhabilitent le traitement orthopédique. Ils estiment que, jusqu'à présent, les repositions sanglantes, tant utilisées depuis le travail de Leveuf et Pierre Bertrand, ne fournissent pas de résultats suffisamment réguliers pour qu'on doive les préférer délibérément au traitement orthopédique.

L'arthrographie ne paraît pas indispensable à la condition qu'une longue pratique de la lecture des clichés de malformations de la hanche permette d'imaginer ce que l'arthrographie met en évidence. Mais elle montre mieux que la radiographie simple, les insuffisances techniques de certaines réductions orthopédiques, en particulier lorsque la tête fémorale est excentrée par rapport à l'isthme capsulaire.

Une tête fémorale maintenue en regard d'un cotyle où elle ne peut entrer primitivement du fait d'un isthme trop étroit, peut franchir progressivement cet obstacle, donnant une réduction secondaire dont l'avenir peut être excellent.

Le traitement orthopédique bien conduit n'est pas exclusif d'interventions sanglantes complémentaires pour parfaire le résultat; par exemple, l'ostéotomie de dérotation, voire même de fermeture de l'angle cervico-diaphysaire, la butée ostéoplastique après exérèse de la zone ostéochondritique du toit.

3 mois d'attente paraissent aux auteurs nécessaires pour admettre l'échec du traitement orthopédique et s'orienter vers une reposition sanglante.

Très judicieusement enfin, ils concluent que « chaque hanche luxée garde un génie particulier qui, s'inscrivant dans la logique générale d'une malformation, donne un caractère souvent imprévisible à l'évolution ».

ALBERT MOUCHET.

J. E. M. Thomson, C. F. Ferciot, W. W. Bartels et **Frederick S. Webster.** — **Prothèse pour la tête fémorale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 3, Mars 1953, p. 301-304, avec 2 fig.).

Cette prothèse, dite *en ampoule électrique* à cause de sa forme, est en vitallium. Elle se prolonge par une tige, ressemble à la prothèse de Judet et se place comme elle.

Dans 59 cas, les résultats obtenus ont été satisfaisants.

Les auteurs décrivent la technique opératoire qui ne comporte rien d'original et rappellent, sans les discuter, les indications de la reconstruction de la hanche dans les coxarthroses, les pseudarthroses, les fractures récentes du col du fémur, les ostéoporoses, les luxations congénitales.

ANDRÉ SICARD.

Le Gérant : G. MASSON.

13.848. — ARRAULT et C^ie^, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 3^e^ trimestre 1953. — N° d'ordre 1.667, MASSON et C^ie^, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

L'évolution ganglionnaire latéro-pelvienne des cancers du col utérin.

Leur traitement chirurgical, palliatif de la douleur.

Par M.

P. MOULONGUET

(Paris).

On pourrait schématiser l'évolution progressive des cancers du col utérin en disant qu'elle se fait tantôt vers les viscères voisins pour aboutir à un cloaque, tantôt vers les ganglions satellites latéro-pelviens pour produire un œdème douloureux du membre inférieur. Le premier type était de règle autrefois; il devient moins fréquent avec les progrès de la thérapeutique locale. Le second par contre, apparaît maintenant comme le mode le plus banal de l'échec des traitements par les radiations ou par la chirurgie.

Quand une femme suivie au Centre Anticancéreux après traitement, revient se plaindre d'une augmentation de volume d'une cuisse, apparue plus ou moins brusquement, la marche vers une fin sinistre et pitoyable est commencée. Le diagnostic de phlébite a été souvent porté à cause du début brutal et parce que, l'état général étant resté parfait, l'examen local minutieux ne révèle aucune induration pelvienne, aucune masse suspecte dans la fosse iliaque. Il est toujours inexact, d'après mon expérience. L'œdème, qui peut subir quelques variations sous l'influence du lit ou des thérapeutiques symptomatiques, ne disparaîtra jamais, et il fera tôt ou tard la preuve qu'il était dû à une évolution cancéreuse des ganglions latéro-pelviens.

Le premier signe confirmatif de cette extension du cancer est donné le plus souvent par l'urographie : l'uretère de ce côté est dilaté, son rein déjà touché, avec un parenchyme de moindre valeur et les cavités excrétrices gonflées; à moins que toute ombre urinaire ait déjà disparu de ce côté, en contraste avec l'autre rein normalement visualisé.

Puis apparaissent les douleurs. Elles sont localisées à la face antérieure et antéro-externe, le plus souvent précisées par la malade vers le genou, mais il n'est pas exceptionnel qu'elles soient ressenties aussi en arrière, ni qu'elles gagnent la jambe et le cou-de-pied. L'œdème s'étend, il occupe tout le membre; c'est un gonflement dur, infiltrant le derme, éléphantiasique.

Plus tard peut apparaître un nouveau signe : la flexion progressive de la cuisse sur le bassin. Elle est causée par l'infiltration du psoas. Cette

rétraction du membre est irréductible. Masquée un peu de temps par l'ensellure lombaire, elle devient évidente lorsque le genou soulève le drap et se rapproche du ventre chaque semaine.

Les douleurs atroces obligent à augmenter les doses d'analgésiques. L'état général s'est altéré; cependant, l'examen génital et rectal reste souvent tout à fait négatif : il n'y a aucune perte. Les culs-de-sac vaginaux sont souples, les paramètres dépressibles. C'est par le palper de la fosse iliaque qu'on peut quelquefois sentir une tuméfaction interne profonde, sur le détroit supérieur; encore n'est-ce pas constant et dans l'observation 7 l'œdème modéré, et surtout les douleurs crurales m'ont imposé le diagnostic, alors que l'examen était entièrement négatif et l'urographie normale.

L'évolution se fait fatalement vers la mort, mais dans certains cas très lentement. Le bloc cancéreux qui enserre le paquet iliaque externe n'atteint pas d'autre organe vital que l'un des uretères. Le rein opposé est, en règle, intact. (Nous avons un seul cas d'extension bilatérale, où notre indication thérapeutique était mauvaise. Obs. 5.) Il n'y a aucune hémorragie ni perte, puisque pas de récidive locale; les réservoirs sont intacts. Le calvaire de ces malheureuses femmes se prolonge donc trop souvent de façon atroce.

Ce tableau clinique, hélas ! désormais banal, est lié aux progrès de la thérapeutique des cancers du col. Reconnu plus précocement, guéri localement parce que peu étendu et parce que mieux traité, le cancer a cependant déjà essaimé une adénopathie latéro-pelvienne dont le développement au bout de quelques mois entraîne les symptômes que nous venons de voir. Cette adénopathie trop lointaine était hors du champ d'action du radium cervico-vaginal; elle a échappé aussi à la destruction par les rayons X transpariétaux (vis-à-vis desquels elle paraît peu sensible, comme le prouverait, dans un cas de Meigs, l'échec d'une irradiation directe peropératoire d'un ganglion iliaque externe); elle a été méconnue lors de la colpohystérectomie suivant la technique classique de Wertheim (obs. 6 et 7).

On sait maintenant la fréquence, que nos prédécesseurs n'avaient pas su voir, de ces ganglions latéro-pelviens, même dans les cancers au début. Contrairement à ce qu'ont écrit Wertheim et ses contemporains, le cancer du col ne s'étend pas forcément en tache d'huile; il joue au saute-mouton dans 27 p. 100 des cas d'après Taussig, dans 8 des 35 cas de Tailhefer.

Le traitement préventif de ces échecs ne paraît pouvoir être que l'opération dite : lymphadéno-colpo-hystérectomie, pratiquée après l'application des radiations par les voies naturelles. Mais ce n'est pas du traitement préventif que je veux traiter ici, c'est de la conduite à tenir vis-à-vis de ces femmes condamnées à une mort lente, avec le seul soulagement des piqûres de morphine ou de dolosal de moins en moins actives, de plus en plus rapprochées.

Il est surprenant qu'elle n'ait pas fait l'objet de recherches plus nombreuses, tant cette catégorie de malades est fréquente et pitoyable. De fait, nous n'avons pas trouvé d'indications chez les auteurs qui se sont particulièrement occupés de la chirurgie du cancer. Brunschwig n'en parle pas dans ses publications concernant les pelvectomies. Son effort s'est porté sur la première des deux formes d'extension régionale du cancer cervico-utérin, celle qui envahit les réservoirs. J'ai vu opérer Brunschwig : il ne se préoccupe pas de curage lympho-ganglionnaire systématique. Je

lui ai demandé quelle était son attitude vis-à-vis des adénopathies latéro-pelviennes bloquées : il ne m'a pas indiqué qu'il s'y intéressait. De même Prudente ne décrit pas, dans son livre, de technique pour le curage latéro-pelvien.

C'est cependant par la chirurgie seulement que l'on peut tenter d'agir. Les rayons X, la chose est très fortement prouvée par maintes tentatives, sont inefficaces contre ces adénites cancéreuses, qu'elles soient suppurées (obs. 1 et 2), ou qu'elles ne le soient pas.

Une opération qui peut paraître indiquée est l'amputation inter-ilio-abdominale, puisqu'elle permettrait d'emporter au large l'adénite adhérente au pelvis et, supprimant le membre inférieur, de ne pas se soucier du sacrifice des vaisseaux. Je l'ai pratiquée une fois pour cette indication, mais je l'ai proposée plus souvent, me heurtant à l'incompréhension de la patiente, de sa famille ou des médecins. Je continue de penser qu'il y a peut-être dans cet *hind-quarter-operation* une dernière ressource curatrice, et la seule. Si cette proposition était retenue, il faudrait modifier la technique qui a été mise au point en vue de l'ablation des tumeurs non adénogènes de la racine du membre, et dans laquelle on commence par lier les vaisseaux iliaques, sectionner la ceinture pelvienne par le haut, pour terminer par le lambeau fessier. Pour traiter correctement l'adénite cancéreuse, il faudrait, me semble-t-il, finir par le temps opératoire à son contact, c'est-à-dire commencer (peut-être après hémostase provisoire de l'iliaque primitive) par les temps postérieurs et la préparation de la section pelvienne en zone saine.

Je n'ai donc pratiqué qu'une chirurgie palliative contre la douleur. Suivant le conseil de Leriche, j'ai préféré agir sur la lésion douloureuse elle-même, plutôt que de demander des sections médullaires ou des résections corticales. Le résultat obtenu, s'il n'est que passager, est étonnant sur le moment même, puisque, dès le lendemain de la suppression du bloc cancéreux collé sur la margelle du détroit supérieur, on peut supprimer les injections de morphine. La reconnaissance de la femme est démonstrative. Je n'ai pas d'explication évidente à donner de cette action analgésiante de l'opération. Je n'ai jamais été entraîné à sectionner le nerf crural. Ce n'est certainement pas la section de l'uretère, quand elle est pratiquée, qui soulage, car les opérations dirigées contre le blocage rénal m'ont toujours paru inefficaces contre les douleurs. Ce n'est pas non plus la section ou le dégagement du nerf obturateur, qui est inconstamment intéressé. Est-ce la compression du paquet vasculaire iliaque externe qui est la cause des douleurs et son dégagement ou son sacrifice celle de leur apaisement ? En tout cas, le fait est frappant.

Technique,

La difficulté de l'opération est dans le saignement des veines et des sinus affluents de la veine hypogastrique, qui débouchent dans le pelvis par les échancrures, ou qui, voies de suppléance intra-musculaire, proviennent de l'obturateur interne et du releveur de l'anus. Ces veines, sectionnées au ras de la paroi pelvienne latérale, ne peuvent guère être

pincées; on est obligé de tamponner pour arrêter, aisément du reste, le flux de sang noir, et cela interrompt et trouble l'opération.

Une partie de cette circulation veineuse latéro-pelvienne est en provenance du membre inférieur, soit, ce qui est fréquent, que la voie principale de retour veineux soit thrombosée et interrompue, soit que la ligature de la veine iliaque externe ait été l'un des premiers gestes. Pour la réduire, j'ai essayé dans quelques cas d'enrouler une bande d'Esmarch sur le membre et de placer un garrot à sa racine.

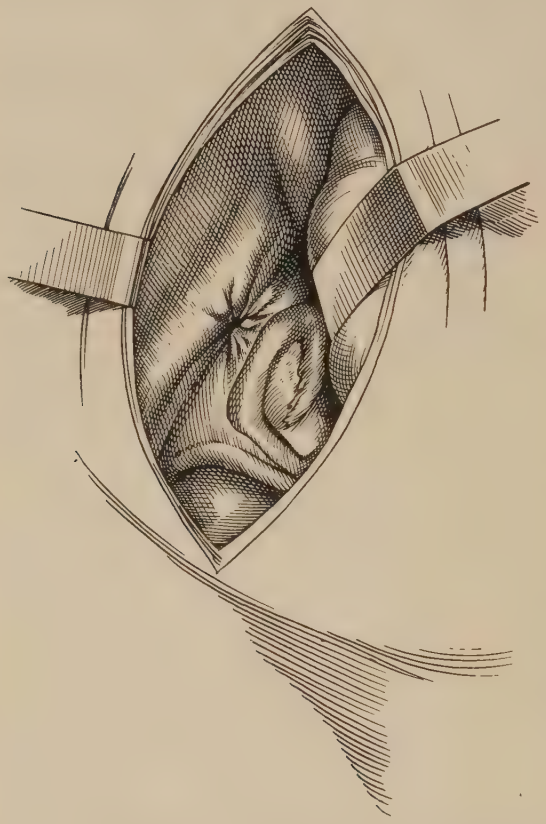


Fig. 1. — La lésion apparaît, par la laparotomie latérale, moins comme une tumeur que comme un capiton sur le détroit supérieur.

Naturellement, en prévision de ces pertes de sang, la malade aura été groupée A, B, O et Rh, et une quantité importante de sang isogroupe sera à la disposition.

L'incision latérale partant du milieu de l'arcade crurale, remontant verticalement au bord externe du droit, est beaucoup plus commode que l'incision médiane. Elle permet notamment de poursuivre jusqu'en bas la chaîne ganglionnaire iliaque fréquemment envahie à ce niveau et, si besoin, en coupant l'arcade, d'avoir accès aux vaisseaux de la cuisse. J'ai adopté cette incision dans les opérations les plus récentes.

Elle permettrait mal l'exploration pelvienne, si elle était opportune. Mais en principe l'opération qui est décrite ici n'est valable que contre une lésion unilatérale, exclusive de toute récidive génitale, et comportant un fonctionnement rénal normal du côté opposé. L'observation 5 est un exemple d'erreur d'indication de cette sorte : l'incision latérale n'en a pas moins permis de faire l'opération qui a supprimé les douleurs du membre droit.

La paroi abdominale incisée et le péritoine ouvert, on reconnaît à la vue et au doigt les lésions cancéreuses sous-péritonéales qui écrasent le paquet iliaque externe et descendent le long de la paroi externe du pelvis. Ces lésions, même quand elles apparaissent comme un simple capiton induré, sont plus étendues qu'on ne le croit d'abord (fig. 1). Elles vont se

révéler au fur et à mesure de la dissection. Le plus aisé pour les aborder est, bien entendu, d'inciser le péritoine le long et en dehors du détroit supérieur dans une région où il n'est pas envahi. On essaie alors de libérer les vaisseaux en commençant par l'artère toujours accessible. Si cette libération apparaît incertaine, il faut mettre un fil d'attente sur le tronc en amont, de préférence sur l'iliaque primitive. Ainsi, une blessure de l'artère (obs. 7) est sans danger immédiat. L'artère iliaque externe a été sacrifiée dans 2 cas sur 7.

La libération de la veine située au-dessous est beaucoup plus aléatoire. Elle a dû être sacrifiée dans 5 cas.

Une fois le traitement des vaisseaux iliaques externes achevé, on s'occupe de l'uretère (fig. 2). Le plus souvent (4 cas sur 7) il a dû être sacrifié. Son calibre

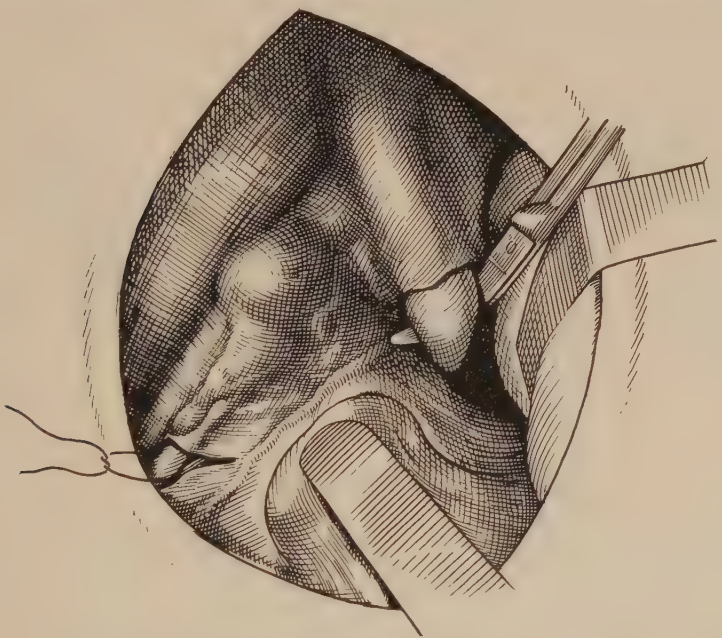


Fig. 2. — La veine iliaque externe est liée en avant; l'uretère très dilaté est dégagé pour être lié.

était considérable, ce qui n'incitait pas à l'aboucher dans l'intestin, d'autant qu'on savait par l'urographie que l'autre rein était sain. La ligature a été faite double au fil de lin et il n'en est résulté ni fistule urinaire ni complication du côté du rein. Dans l'observation 5 l'examen de la pièce a montré que l'uretère était aplati par une bandelette scléreuse à la face postérieure du ligament large, mais non envahi, et qu'on pouvait le faire glisser sous cet épaississement; il eût mieux valu ne pas le sacrifier. Dans les autres cas, l'uretère était étranglé par le bloc cancéreux. Il était impossible de le libérer. Dans 3 cas, l'uretère a été refoulé en arrière et en dedans; il n'était pas atteint.

On peut alors commencer l'exérèse des lésions cancéreuses, soit en avant par le ganglion situé juste au-dessus de l'arcade de Fallope, soit en dehors

de l'artère, c'est-à-dire dans la fosse iliaque interne. Dans l'observation 7 j'ai dû, dans cette région, réséquer largement le psoas déjà envahi. On décolle ensuite au ras de l'os, au besoin en s'aidant de la raspatoire, mettant bien à nu le détroit supérieur; on descend dans le pelvis, et c'est alors que les difficultés hémorragiques vont commencer : il vaut mieux, dès lors, lier, soit l'artère hypogastrique, soit le bouquet de ses branches antérieures; mais cela n'empêche pas le saignement veineux. Au fur et à mesure qu'on descend sur la face interne de l'obturateur, puis des releveurs, il se fait des ruptures successives de grosses veines et il faut s'arrêter pour

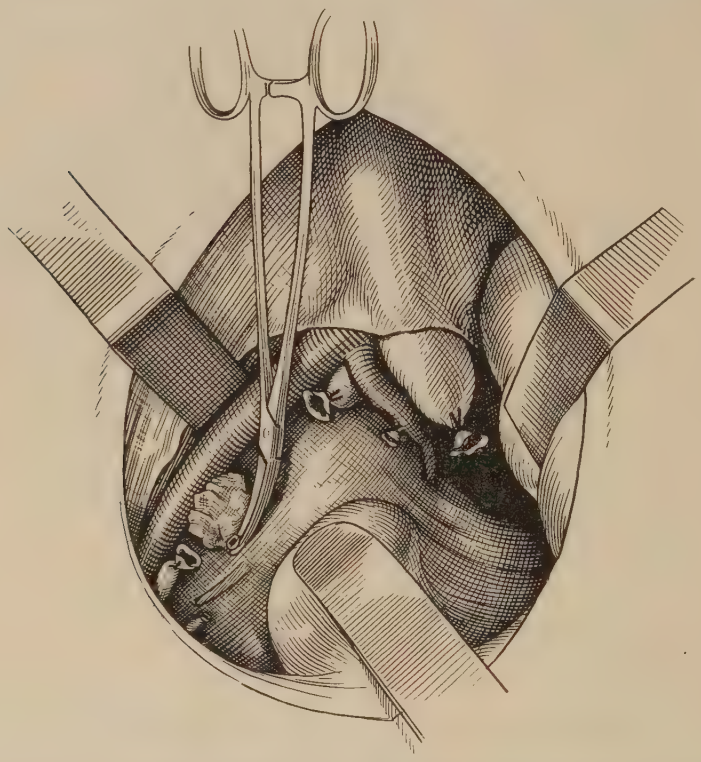


Fig. 3. — La veine iliaque externe a été réséquée, l'uretère sectionné, le tronc artère utérine-artère ombilicale lié et la masse ganglionnaire a été enlevée. L'hémorragie veineuse, d'origine pariétale, a dû être en partie tamponnée. On voit une pince sur une veine repérée. Le nerf obturateur est aperçu dans la profondeur.

tamponner. En avant, la région du nerf obturateur est une des plus hémorragiques. Vers le bas, à la hauteur de la base du ligament large, il y a également de grosses veines externes. Bien entendu, les veines vésicales, utérines, vaginales, venant de dedans, seront aisément pincées et liées.

C'est en arrière que les limites de l'exérèse sont le moins nettes. Il y a là quelquefois des adénopathies satellites des vaisseaux hypogastriques, dont la poursuite entraînerait à de nouveaux sacrifices vasculaires et à de nouvelles hémorragies. Dans plusieurs cas, nous les avons abandonnées,

car nous ne pensions pas qu'elles fussent le point de départ des douleurs dont le soulagement est notre seul objectif.

La cavité résultant de cette exérèse est relativement considérable (fig. 3). Il faut la mécher, après y avoir placé des éponges de thrombase si le saignement ne s'est pas arrêté entre temps, et des antibiotiques en poudre. Le péritoine est refait sur le détroit supérieur recouvrant les vaisseaux, s'ils n'ont pas été sacrifiés. La cavité péritonéale n'a pas été drainée. Dans l'observation 7 un gros abcès s'est formé dans cette cavité, qui ne s'est manifesté qu'après le retour de la malade chez elle et a guéri après son ouverture spontanée par l'ancien orifice de drainage.

Le problème préoccupant est celui de la circulation dans le membre inférieur. L'une de mes premières opérées avait, à la fin de l'opération, une cyanose remontant jusqu'à la cuisse, et peut-être ce trouble circulatoire grave a-t-il été pour quelque chose dans le collapsus qui l'a emportée quelques heures après. Dans d'autres cas, au contraire, le trouble circulatoire est à peu près nul. Cela peut s'expliquer en ce qui concerne la circulation de retour si, comme cela n'est pas rare, la veine iliaque externe est trouvée oblitérée par une thrombose. Classiquement, la ligature de l'artère iliaque externe est dangereuse. Cependant, dans les observations 6 et 7 elle n'a pas entraîné de trouble inquiétant de chaleur ou de couleur du membre inférieur.

Je crois cependant qu'il y a là un risque indiscutable, et j'avais envisagé de pouvoir terminer cette intervention en pontant les deux extrémités de l'artère réséquée par un greffon. Il paraît prudent d'envisager de déporter ce greffon vers le lit du muscle iliaque en zone saine. Mais dans les cas où j'avais prévu cette réparation, elle n'est pas apparue nécessaire.

Observation I. — O..., Germaine, 32 ans, est envoyée au Centre Anticancéreux en Septembre 1936 avec un cancer du col inopérable.

Le paramètre droit est envahi et, du côté gauche, on sent par le palper abdominal une masse iliaque.

Traitée par la télérœntgenthérapie, puis par la radiothérapie et la curiethérapie, on obtient un résultat très satisfaisant sur le cancer lui-même et sur les lésions pelviennes basses. Mais la masse iliaque ne régresse pas et, malgré l'absence de douleurs, et de troubles circulatoires du membre, on décide de l'opérer.

Le 4 Janvier 1937, par une incision oblique iliaque gauche avec ligature du paquet épigastrique, on ouvre le péritoine, on enlève les annexes saines et on essaie de pratiquer l'ablation de la masse ganglionnaire.

Celle-ci est tentée de trop près, en sorte que la lésion cancéreuse est ouverte et du pus s'en écoule. On libère successivement le nerf crural, la veine et l'artère iliaques externes, l'uretère peut être refoulé en dedans, et l'artère hypogastrique en arrière; on termine en plaçant une tente avec une mèche sans refermer le péritoine.

L'évolution post-opératoire est mauvaise. Quelques mois plus tard, cette femme avait de la fièvre et un état cachectique. Il était apparu une masse dans la fosse iliaque droite.

Obs. II. — Mlle N..., 45 ans, est vue en Décembre 1946 avec une lésion du col consistant en petites végétations granuleuses très étendues en surface puisqu'elles couvrent presque tout le museau de tanche et gagnent le cul-de-sac gauche qui est atteint en partie. Ces lésions sont souples. Elles n'ont d'ailleurs pas donné naissance à des hémorragies, mais seulement à des écoulements leucorrhéiques. Les paramètres sont souples, la biopsie est positive.

Traitement par le radium et, le 19 Janvier 1947, il est fait un Wertheim sur des organes apparemment tout à fait sains.

11 mois après, la malade est revue pour des phénomènes douloureux dans le flanc et la fesse du côté droit. On a parlé de coliques néphrétiques. Alors que l'examen par le vagin est tout à fait normal, on trouve au toucher rectal, à bout de doigt, sur la face droite du pelvis, une infiltration dure et sensible. L'urographie démontre un rein droit muet. Les douleurs vont en s'exagérant rapidement, et déjà cette femme a dû subir quelques piqûres de morphine.

J'interviens le 22 Décembre 1947. Laparotomie médiane. Je trouve une lésion sous-péritonéale droite sur le détroit supérieur. Les viscères pelviens sont refoulés en dedans, l'uretère gros comme le pouce est lié, puis l'artère iliaque interne en arrière de la masse. La dissection en dehors, le long du paquet iliaque externe, permet de dégager l'artère, mais pas la veine qui doit être liée et réséquée. En essayant de doubler la tuméfaction en avant, on donne issue à du pus. Le clivage se fait assez bien en dehors sur le plan de l'obturateur interne, mais en arrière et en bas, les veines des sinus hypogastriques saignent en nappe. La tension artérielle a baissé sensiblement et force à arrêter momentanément l'intervention. On peut la reprendre et la terminer, remplacer des pinces par des ligatures et refaire le péritoine sur une mèche laissée dans la cavité. Le bout supérieur de l'uretère est amené dans la fosse iliaque interne, ouvert à la peau et cathétérisé.

A la fin de l'intervention, la malade n'est pas mal, mais le membre inférieur droit est extrêmement cyanosé. Quelques heures après, la malade meurt brusquement sans qu'il y ait eu d'hémorragie dans la cavité qui était méchée.

Obs. III. — Mme F..., 26 ans, est traitée à l'Hôpital Broca en 1949 pour un cancer du col utérin.

Elle subit successivement une électro-coagulation du col, puis une application de radium par colpostat et sonde intra-utérine.

Elle vient ensuite au Centre Anticancéreux de Tenon (à cette époque, le cul-de-sac et le paramètre gauches étaient largement infiltrés), où elle reçoit de la radiothérapie par deux grands champs antérieur et postérieur : 3 000 r par champ. Ce traitement est terminé à la mi-Septembre 1949.

Très vite apparaissent des phénomènes douloureux à gauche, irradiant aux membres inférieurs, et l'examen urinaire montre que l'uretère gauche est bloqué, incathétérisable, à 1,5 cm, tandis que le rein gauche ne sécrète pas. Le paramètre gauche est d'ailleurs largement infiltré au T. R.

On intervient vite, poussé que l'on est par les douleurs extrêmement pénibles que ressent cette jeune femme, et qui nécessitent déjà de grosses doses de morphine.

Le 28 Novembre 1949, par laparotomie, on vérifie l'intégrité du côté droit en disséquant l'uretère, comme dans une opération de Wertheim.

Du côté gauche, l'uretère est gros comme le doigt. Il est lié et sectionné, puis on fait une exérèse du paramètre gauche après ligature de l'artère hypogastrique. Les tissus montent très mal jusqu'à ce qu'on ait fait la section sur le plancher pelvien du ligament utéro-sacré et entamé l'aponévrose du releveur. A ce moment, on peut aborder la vessie, dont il apparaît qu'elle est partiellement envahie.

On résèque systématiquement la moitié gauche du fond vésical avec le méat urétéral gauche. Et on termine la colpohystérectomie.

La vessie est refermée en quatre plans, la colpohystérectomie terminée par drainage avec un train et une mèche pour tamponner la cavité gauche du pelvis, qui forme une brèche considérable.

Surjet colo-vésical de cloisonnement.

Le résultat est absolument remarquable au point de vue du soulagement des douleurs, et cette jeune femme présente pendant quelques semaines les apparences de la guérison, puisqu'elle vient se montrer dans une réunion chirurgicale.

Malheureusement, le résultat parfait est peu durable. Il s'établit en Février 1950 une fistule recto-vaginale que l'examen rectoscopique montre due à une radionécrose intestinale. Il n'y a aucune douleur. Celles-ci réapparaissent en Novembre 1950, 1 an après l'opération, en même temps que des bourgeons cancéreux.

La mort survient en Juin 1951.

Il n'y a jamais eu réapparition des douleurs très pénibles, qui avaient précédé l'intervention.

Obs. IV. — Mme M..., 43 ans, vient de l'Hôpital Saint-Louis avec un cancer du col utérin au stade II.

Le paramètre droit est partiellement infiltré.

Elle est traitée par colpostat, sonde intra-utérine, puis rayons X. Il est à noter que, au cours de ce traitement, il y a eu une réaction fébrile avec un foyer pulmonaire embolique.

Le traitement est terminé en Mars 1949.

En Octobre 1949, elle commence à se plaindre de douleurs du côté gauche, irradiées dans la cuisse. Les infiltrations novocaïnées sont inefficaces, et il apparaît un œdème du membre inférieur gauche.

A l'examen, les paramètres, de même que le vagin, paraissent normaux. L'état général est bon, mais les douleurs sont terribles. Les examens urologiques montrent que le rein gauche est muet.

Intervention le 19 Janvier 1950. Il n'y a pas de lésion apparente tout d'abord. Les paramètres ne sont pas infiltrés, l'utérus monte bien. La lésion consiste uniquement en une induration ombiliquée sur le détroit supérieur gauche. Cette induration est bloquée sur le plan osseux. On découvre l'artère iliaque primitive gauche derrière cette induration. On passe un fil d'attente sous elle. L'uretère gauche est très dilaté. On le lie. On se porte en avant. On lie l'artère iliaque externe et la veine iliaque externe. Il y a un groupe ganglionnaire satellite, qui s'étend jusqu'à l'arcade crurale et que l'on poursuit jusque-là, sans être très à l'aise à cause de l'incision médiane qui a été employée. On aborde alors la dissection du paramètre gauche. On lie en arrière l'artère hypogastrique et une des grosses veines qui l'accompagnent. En décollant au ras du détroit supérieur et de l'obturateur interne la lésion adhérente, il y a une hémorragie veineuse provenant des affluents pariétaux de la veine hypogastrique. Cette hémorragie est très importante, facile à arrêter par tamponnement, mais se reproduisant dès que le tamponnement est levé.

On termine en laissant des pinces à demeure sur ces vaisseaux sectionnés au ras de la paroi pelvienne latérale. Il n'y a pas de troubles circulatoires du membre inférieur, le mollet est chaud et le pied bien mobile. Le résultat est donc satisfaisant.

Lorsqu'elle quitte l'hôpital, il n'y a ni douleur ni œdème.

Malheureusement, ce résultat est de courte durée. Il réapparaît quelques semaines plus tard des douleurs jambières postérieures de type sciatique.

La malade meurt en Août 1950.

Obs. V. — Mme C..., 54 ans, est envoyée en Février 1951 au Centre par l'Hôpital Beaujon pour un cancer exophytique au stade II.

Elle est traitée d'abord par électro-coagulation, puis par le radium, colpostat et tube intra-utérin; ce qui amène un épisode infectieux. Elle reçoit ensuite la radiothérapie transpariétale. Le traitement est terminé en Avril 1951.

Dès le mois de Juin, il apparaît un œdème du membre inférieur droit; l'urographie montre un commencement de dilatation à droite, et le palper de la fosse iliaque montre qu'elle est moins souple que du côté opposé.

Pour ces symptômes, une intervention est décidée, qui est pratiquée le 12 Juillet 1951.

Incision para-médiane droite à travers la gaine du droit.

Le paquet épigastrique est sectionné. On commence par la dissection de l'artère qui est difficile, mais possible. A son bord interne, la veine est thrombosée et écrasée par les lésions cancéreuses. Elle est liée en avant et on commence de la relever avec les ganglions qui sont à son contact. Au cours de cette dissection, on rencontre l'uretère très dilaté, qui est lié et sectionné. L'artère hypogastrique est liée et un fil d'attente est placé sur l'artère iliaque primitive. Reste à décoller la coulée cancéreuse sur la paroi latéro-pelvienne droite. Cette manœuvre est très hémorragique. Elle nécessite des tamponnements successifs et, en arrière, une pince placée sur la veine hypogastrique.

L'intervention est terminée avec une mèche laissée en place dans ce vaste décollement.

La pièce montre que l'uretère, très dilaté, n'est pas envahi par le cancer, mais seulement comprimé; et on regrette de ne pas l'avoir disséqué, d'autant que le palper à l'aveugle du côté gauche, à la fin de l'intervention, a permis de sentir une induration au niveau du détroit supérieur de ce côté.

Les suites ne sont pas réellement bonnes, car la malade, qui cesse de se plaindre

du membre inférieur droit (côté opéré), dit souffrir beaucoup de l'extrémité du membre gauche, du genou jusqu'au pied.

Très vite apparaissent des complications urinaires. La quantité des urines diminue tandis que le taux de l'urée sanguine monte progressivement. On met une sonde dans l'uretère restant; mais elle ne peut pas être tolérée plus de quelques jours, et d'ailleurs le rein gauche, qui avait donné une image normale quelques semaines auparavant, cesse de se montrer à l'urographie.

La malade meurt 6 semaines après l'intervention, en anurie.

Obs. VI. — Mme L..., 57 ans, est envoyée au Centre en Octobre 1949 par l'Hôpital Broussais, pour cancer du col utérin survenu 10 ans après la ménopause.

Il s'agit d'une forme exophytique avec un envahissement partiel du paramètre gauche.

Elle subit un traitement par les rayons X endocavitaires, puis 3 semaines après la fin du traitement, une colpohystérectomie (21 Décembre 1949). Celle-ci ne présente pas de difficulté particulière. Il est à noter que les ganglions du détroit supérieur ne sont pas recherchés. Un incident opératoire : l'uretère gauche, déjà disséqué et apparemment mis à l'abri, est sectionné par erreur. Il est réparé par urétérocysto-néostomie.

Les suites sont simples.

L'urographie montre que le rein gauche fonctionne correctement, avec une dilatation minime de ses cavités.

Au bout de 1 an, à la fin de 1951, apparaît un œdème du membre inférieur gauche. L'examen ne fait rien sentir d'anormal.

Le 25 Février 1952 : incision iliaque gauche, verticale. Elle conduit directement et commodément sur les lésions.

On sectionne l'arcade crurale et on commence la dissection en avant. Le tronc veineux iliaque externe est très vite reconnu adhérent, il est sectionné. On le décolle du détroit supérieur en emportant les lésions cancéreuses. On descend en bas, au delà du nerf obturateur et on fait à cet endroit plusieurs ligatures de veines pariétales. En arrière de la zone pathologique, on lie le tronc veineux iliaque. L'artère a pu être respectée et l'uretère, à peine dilaté, est refoulé en dedans.

La pièce enlevée comprend non seulement les lésions péri-veineuses du détroit supérieur, mais une cellulite latéro-pelvienne apparemment cancéreuse et surinfectée, qui n'a pas dû être enlevée assez au large pour qu'on puisse espérer un résultat durable.

L'examen histologique montre d'ailleurs que tous les tissus sont largement envahis par le cancer.

Les suites sont bonnes; mais il y a un œdème important du membre inférieur gauche, surtout marqué à la cuisse. Il ne comporte pas de cyanose. On essaie de le réduire par un traitement à l'héparine sans y réussir de façon bien satisfaisante. Une nouvelle série de rayons pelviens est faite, à doses moyennes.

En Janvier 1953 cette malade est bien; l'œdème persiste, mais sans douleurs.

Obs. VII. — Mme J..., 53 ans, envoyée par le docteur Delestre, de Connerré, a été opérée en Décembre 1949 au Mans, d'un Wertheim pour cancer du col. Elle subit ensuite des séances de radiothérapie trans-pariétale.

A partir d'Avril 1951, apparition de douleurs à type de sciatique dans la jambe droite avec un énorme œdème du membre. Cet œdème a beaucoup régressé par un traitement au Bufox. Mais les douleurs n'ont été calmées par rien, et la malade est soumise à de grosses doses de morphine.

L'examen est complètement négatif. Il n'y a aucune récidive génitale. Le palper de la fosse iliaque ne permet pas de sentir de tumeur. L'étude des phénomènes douloureux permet de penser qu'il ne s'agit pas d'une véritable sciatique, la douleur siège à la face antérieure du membre. L'état général est relativement conservé. L'urographie est normale. Elle permet de préciser qu'il n'y a pas de lésion osseuse du bassin, ni du rachis. On tente de faire une phlébographie, mais sans y réussir.

Le 1er Mai 1952, mise en place d'une bande d'Esmarch jusqu'à la racine de la cuisse. Incision verticale dans la fosse iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, on aperçoit la lésion typique : induration ombiliquée sur le détroit supérieur. L'uretère est facile à dégager. On met un fil d'attente sur l'artère iliaque externe et sur l'hypogastrique. On passe du côté gauche de la malade pour essayer de libérer plus aisément l'artère iliaque externe de haut en bas. Mais en un point où cette

artère est coudée fortement par la néoplasie, elle est blessée. On avait envisagé de faire une greffe artérielle, mais, étant donnée l'importance de l'exérèse tumorale qu'il va falloir faire, ce plan ne paraît pas opportun. On lie donc l'artère à ses deux bouts. La veine est réséquée sur une assez grande longueur : elle était thrombosée. On dissèque le bloc cancéreux en arrière et on lie à ce niveau l'artère utérine à sa naissance. On sectionne alors le psoas en refoulant le nerf crural en dehors. Avec la rugine, on suit le détroit supérieur et on peut alors prolonger la dissection dans le pelvis; la coulée cancéreuse y est plus importante qu'on ne l'avait pensé d'abord. On a les difficultés habituelles avec les veines émergeant des échancrures pelviennes. Mais peut-être l'hémorragie est-elle moins forte du fait de la présence du garrot fémoral.

Le péritoine est refait au-dessus du foyer de dissection, celui-ci très vaste est drainé par une lame au niveau de l'arcade crurale.

Pas de choc opératoire. Le membre reste chaud et rose. Ce qui peut être attribué à la phlébite de la veine qu'on a réséquée.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

Les suites sont d'abord bonnes. On peut supprimer, du jour au lendemain, la morphine. Le drainage est cessé au bout de quelques jours.

A la fin de la première semaine, la température remonte et, quand la malade rentre chez elle, il s'ouvre un gros abcès provenant du foyer de dissection latéro-pelvien. Les choses s'arrangent ensuite.

A partir du mois de Septembre 1952, le membre s'est œdématié à nouveau, et les douleurs reparaissent, nécessitant l'usage des analgésiques.

L'évolution lamentable reprend jusqu'à la mort en Mars 1953. A la période terminale les viscères ont été envahis, une hémorragie génitale et fistule urinaire.

***

En conclusion, je veux insister sur l'importance du problème des adénopathies latéro-pelviennes dans l'évolution du cancer du col utérin traité par les techniques actuelles. Il s'agit cliniquement de l'un des modes les plus fréquents de récidive, et il est nécessaire que les cancérologues s'y intéressent parce que, de cette cancérisation ganglionnaire latéro-pelvienne, résultent des douleurs et un œdème du membre inférieur qui font très misérable la fin de ces malades.

Un seul traitement pourrait être efficace, et dans les formes unilatérales : le traitement opératoire très large, emportant le membre inférieur par une amputation inter-ilio-abdominale.

A défaut de cette mutilation, difficilement acceptée en l'absence de tumeur apparente, je propose de réaliser, dans un but analgésique, un curage latéro-pelvien sacrifiant le plus souvent l'uretère englobé dans la tumeur et le tronc veineux iliaque, parfois l'artère iliaque externe. Cette intervention, difficile parce qu'hémorragique, donne un soulagement immédiat des douleurs, soulagement dont la durée est variable, mais qui, dans quelques-unes des observations que j'apporte, a justifié l'intervention.

Les fistules artério-veineuses congénitales des membres [1].

Par M.

Christian BOURDE

(Marseille).

Introduction, Historique.

Les fistules artério-veineuses congénitales des membres (F. A. V. C. M.) sont connues depuis moins d'un siècle. Longtemps, on ne posséda, hors l'exploration chirurgicale, aucun moyen d'affirmer sans équivoque la présence au niveau d'un membre d'une communication congénitale pathologique entre artère et veine, tout au moins dans les cas de symptomatologie fruste.

Depuis quelque trente ans, l'affection est mieux connue. Des travaux expérimentaux, des procédés d'exploration précis et assez fidèles furent mis au point qui permirent de préciser les caractères de cette malformation et d'en établir le diagnostic avec des arguments décisifs. Ceux-là même qui, s'intéressant au problème des F. A. V. C., eurent l'occasion d'en observer le plus grand nombre de cas, furent frappés par l'*âge très variable*, souvent très avancé (pour une affection congénitale) des sujets atteints. Ils en inférèrent très logiquement que *bien des F. A. V. C. M. doivent rester plus ou moins longtemps, latentes et asymptomatiques cliniquement*, et que, d'autre part, encore mal instruits de leurs manifestations, *maints cliniciens doivent « passer à côté » du diagnostic.*

Il est donc avéré aujourd'hui que ces malformations ne sont pas exceptionnelles. Des cas indiscutables sont rapportés, surtout aux États-Unis, en nombre croissant; leur rareté apparente et persistante en Europe tient peut-être, en partie, à des difficultés et à des divergences d'interprétation.

En effet, la *nosologie* de cette affection connaît toujours une regrettable confusion. Pour y remédier, il faudrait commencer par :

1° *Réunir sous le nom de F. A. V. C., toute communication, non consécutive à un traumatisme, entre artère et veine* (2), *sans l'intermédiaire d'un réseau capillaire, quelle que soit son expression clinique ;*

2° Donc, *renoncer selon le vœu des auteurs américains, à tous ces termes,* que l'on rencontre de loin en loin dans la littérature, d'angiome plexiforme, d'anévrysme veineux pulsatile, de varices artérielles, d'haemangiectasies

(1) Travail de la Consultation de cardiologie de l'Hôpital de la Conception (Professeur agrégé André Jouve).

(2) A l'exception des canaux de Sucquet qui réunissent une artériole à une veinule juste avant l'épanouissement de l'artériole en bouquet capillaire.

hypertrophiques des membres, d'angiome artériel racémeux, d'anévrysme cirsoïde... qui, pour évocateurs qu'ils soient, ne font que rappeler *les diverses manifestations superficielles d'un état sous-jacent commun : la F. A. V. C.* (Horton).

Ayant observé, pour notre part, plusieurs cas de F. A. V. C. M. en moins de 2 ans, il nous paraît opportun d'entreprendre une revue générale de ce syndrome qui n'a encore bénéficié en France que d'études fragmentaires dont les plus importantes sont celles de Caby.

Dans le présent article, nous laisserons toutefois de côté le *problème thérapeutique*, ainsi que l'analyse détaillée de nos *observations personnelles* sur lesquels nous nous proposons de revenir, notre ami E. Y. Bourdoncle, et nous-même, dans un prochain travail.

D'après Callander, ce serait G. Bushe qui aurait publié en 1827 le premier cas de F. A. V. C.. D. D. Lewis attribue cette primeur à Letenneur (1859).

L'observation de Bushe, résumée par Rienhoff et par Pemberton et Saint, n'est pas sans laisser planer un doute sur le diagnostic. De toute façon, la malformation observée par Bushe était localisée au crâne. L'observation de Letenneur, d'un cas siégeant au membre supérieur, à supposer qu'elle ne soit pas historiquement la première, emporte du moins la conviction.

Par la suite, quelques très rares observations (1) furent recueillies par Krause (1861), Hewett (1867), Gross (1867), Israel (1877), Von Eiselberg (1899).

C'est également dans la deuxième moitié du XIX^e^ siècle que furent entrepris les premiers travaux concernant la *coexistence chez un même sujet d'hypertrophie osseuse, de lésions tégumentaires et de dilatations veineuses*, triade symptomatique que l'on peut trouver associée à des F. A. V. C. et qui, d'après maints auteurs américains, en traduit presque sûrement la présence. Ces travaux furent ébauchés en France par Trélat et Monod (1869), Duzea (1885) et repris par Klippel et Trenaunay (1900) qui firent une minutieuse description de ce syndrome sans toutefois évoquer la possibilité d'un shunt A. V. à l'origine des troubles trophiques.

Cette éventualité, Parkes-Weber, dès 1907 fut, semble-t-il le premier à la reconnaître et le nom d'*haemangiectasie hypertrophique* qu'il proposa, évoque à la fois le trouble vasculaire et sa conséquence trophique la plus importante.

Les publications de Rienhoff (1924) et de Reid (1925) représentent les premiers travaux nourris de données tant expérimentales que cliniques sur les F. A. V. C. Rappelons ici que c'est à Rienhoff que l'on doit la première cure chirurgicale d'une F. A. V. C. du crâne.

Dans les années suivantes, les observations publiées, tout en demeurant en nombre restreint, deviennent de plus en plus fréquentes, la plus importante contribution statistique étant apportée par Horton (1932 à 1940) t par Pratt (1949). Certains *examens para-cliniques* sont introduits par

(1) Nous ne ferons toujours état dans ce travail que des cas certains ou, au moins, très probables.

Horton et par G. E. Brown dans l'étude de cette affection : ils sont d'un grand appoint dans l'établissement des diagnostics positif et topographique.

Citons encore les travaux de Pemberton et Saint (1928), D. D. Lewis (1930), Veal et Mac Cord (1936), Holman (1937), Caby (1945, 1952, 1953) qui a publié, ces dernières années et tout récemment encore, d'intéressantes et très probantes observations de F. A. V. C., Martorell et Salleras (1950), Benchimol et Montero (1950), Adams (1951), Leriche (1949, 1951), Jouve, Bourdoncle et Bourde (1952).

Étiologie.

A. Fréquence absolue. — En 1924, Rienhoff ne trouve dans toute la littérature que 19 observations de F. A. V. C. de toutes localisations dont 5 seulement de diagnostic certain ou très probable siègent aux membres. En 1928, Pemberton et Saint avaient recueilli, en 12 ans, 9 cas personnels de localisations diverses : 4 d'entre eux affectaient les membres. En 1930, D. D. Lewis, colligeant toutes les observations publiées jusqu'alors (au nombre de 34) ajoute 18 cas certains (dont 5 personnels) ou seulement probables de F. A. V. C. M. aux statistiques des auteurs précédents. De 1929 à 1932, Horton qui s'est particulièrement attaché au dépistage de cette malformation, réunit 23 cas personnels : tous intéressent les extrémités. Trois ans plus tard sa statistique personnelle est de 40 cas. Dans son ouvrage de chirurgie vasculaire (1949), Pratt fait état de 114 observations personnelles sans distinction de siège.

Pour notre part, notre ami Bourdoncle et nous-même, depuis Décembre 1950, soit à la Consultation d'Angéiologie de l'Hôpital de la Conception, soit dans notre clientèle privée, en avons observé 3 *cas certains et* 4 *très probables* (plus 3 possibles qui demanderaient confirmation par des recherches paracliniques que nous n'avons pu encore entreprendre). Sur ces 10 *cas de malformations vasculaires congénitales des membres*, 6 *ont été observés dans la seule année* 1952.

On le voit, le nombre de cas de F. A. V. C. publiés de par le monde reste minime mais tend néanmoins à croître.

Il est vraisemblable que *nombre de F. A. V. C. restent longtemps occultes :* certaines d'entre elles ne s'extériorisent qu'à l'occasion de *traumatismes ou d'efforts inaccoutumés*, notion sur laquelle Wright, Pratt ont insisté.

Ce dernier fait, entre autres, explique peut-être que les F. A. V. C. M. soient un peu plus fréquentes dans le *sexe masculin*, mais aussi que *l'âge* d'apparition (ou plutôt l'âge auquel le diagnostic est posé) soit des plus variables. Les âges extrêmes connus sont : 1 jour (cas de Lewis) et 71 ans (Veal et Mac Cord). L'âge moyen des malades observés par Horton à la Mayo Clinic de Rochester (1933) était de 25 ans environ : le plus jeune avait 3 ans, le plus âgé 60 ans. Dans la moitié des cas, Horton put s'assurer à l'interrogatoire que certains symptômes étaient déjà présents à la naissance. Mais, dans un seul cas, le diagnostic avait été posé avant la venue du patient à l'Hôpital !

B. Fréquence relative. — *a*) *Par rapport aux F. A. V. C. d'une autre localisation.* Contrairement à l'opinion classique, il semble, depuis ces 20 der-

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CAS PUBLIÉS (CERTAINS OU TRÈS PROBABLES) DE F. A. V. C. M.

SIÈGE	RIENHOFF 1924		PEMBERTON et SAINT 1928		LEWIS 1930		HORTON 1932/1937		ROSS VEAL et MAC CORD 1936		ALLEN, BARKER et HINES 1946		MARTORELL et SALLERAS 1950		BENCHIMOL et MONTERO 1950		ADAMS 1951		SERVELLE 1952		BOURDE et BOURDONCLE 1952		CABY 1953	
	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G
M. S...		1	2		10	4	4	6	2	1	1						4	1	1			1		1
M. I...	3	1	1	1	3	1	4	12	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	2	2	4		1
	3	2	3	1	13	5	8	19 (4)	5	2	2	1	1	1	1	1	7	4	2	2	2	5	0	2
Total...	5 (1)		4 (2)		18 (3)		27		7		3		3 (5)		2		12 (6)		4 (7)		7 (8)		2 (9)	

A ces 94 cas certains ou très probables de F. A. V. C. des membres, il convient d'ajouter 1 cas de Th. Smith (M. S., 1882), Hawthorne (M. I. D., 1902), Reid (M. I. G., 1925), Bernheim (M. S. G., 1925), Leriche (M. I. G., 1947), Johnson (M. I. D., 1949), Salmon (M. I. D., 1949).

Au total : 101 *cas*.

Mais il existe de nombreuses autres observations dont le détail à notre connaissance n'a pas été publié (Pratt, 114 cas, 1949; Parkes-Weber, Leriche...).

(1) Plus 2 cas douteux siégeant au { M. S. D. (Lee, 1867). / M. S. G. (Gherini, 1867) } — 13 autres cas siégeant au niveau de la tête ou du cou.

(2) Plus 5 cas siégeant au crâne.

(3) Plus 4 cas appartenant à Pemberton et Saint. — Plus 4 cas douteux (Obalinsky 1874, Nicoladoni 1876, Ebstein 1913, Pusch 1914). — Plus 2 cas siégeant au niveau de la tête ou du cou. — Plus 6 cas appartenant à la statistique de Rienhoff.

(4) Dont 1 cas à gauche de niveau non précisé.

(5) Dont 1 cas de siège non précisé. — Plus 15 autres cas incertains.

(6) Dont 1 cas de siège poplité de côté non précisé. — Plus 7 cas siégeant au niveau de la tête ou du cou. — Plus 3 cas de F. A. V. C. viscérales.

(7) Plus une observation appartenant à Leriche. — Plus 1 cas siégeant au cou.

(8) Dont une observation appartenant au Pr. Salmon. — Plus 3 cas insuffisamment explorés, *possibles*.

(9) Plus 1 cas siégeant à la face et plusieurs autres cas *possibles*.

nières années, *que les F. A. V. C. soient nettement plus fréquentes au niveau des extrémités qu'en d'autres sièges*, en particulier qu'au niveau de la tête et du cou. Des publications que nous avons pu consulter, nous avons extrait 135 cas certains ou très probables dont la localisation est précisée : 101 cas siégeaient aux extrémités, alors que 34 seulement atteignent la tête ou le cou (cf. tableau ci-contre).

b) *Par rapport aux F. A. V. C. acquises.* Bien que depuis 1939, les observations de F. A. V. traumatiques par plaies de guerre soient moins fréquentes qu'on aurait pu s'y attendre, ces dernières demeurent probablement plus répandues que les F. A. V. C. mais certainement pas dans la proportion que la statistique de Callander (1920) indiquait (447 cas de shunts A. V. : 383 cas post-traumatiques, 34 d'étiologie inconnue, 3 cas congénitaux). Pratt n'a-t-il pas observé 114 cas de F. A. V. C. contre seulement 24 cas *traumatiques ?*

Il convient d'ailleurs de préciser que *certains cas étiquetés acquis peuvent bel et bien concerner des F. A. V. en réalité congénitales (et latentes) dont un traumatisme aura déclenché l'évolution clinique.*

c) Enfin, ce ne sera pas le côté le moins intéressant de la question que de tenter de déterminer la *fréquence des F. A. V. C. dans les syndromes dits de Parkes-Weber ou de Klippel et Trenaunay* qui, selon les auteurs, s'accompagnent dans des proportions diverses et extrêmes de communications A. V. : c'est ainsi que pour la plupart des auteurs américains, tout syndrome réunissant des nævi ou des angiomes, un allongement osseux et des varices est nécessairement associé à des F. A. V. C.; pour Servelle, un tel syndrome est *purement veineux*; Martorell et Salleras sont moins catégoriques et pensent que la majorité des cas (vraisemblablement) s'accompagnent de F. A. V. C. Les autres cas ne relèvent peut-être que d'un trouble veineux dont la cause est loin d'être toujours évidente, ni toujours la même.

Leriche semble se rallier à cette opinion que nous partageons également.

Pathogénie.

Les travaux expérimentaux de Florence Sabin, Woollard, Rienhoff, Seeger et Scott... ont permis d'élucider le mécanisme de formation des F. A. V. C., formations pathologiques qu'il convient de bien distinguer, ainsi que le souligne Caby, des *anastomoses A. V. directes ou canaux de Sucquet.*

Rienhoff, dès 1922, entreprit l'étude de la circulation embryonnaire afin d'expliquer la *présence et la persistance chez l'embryon de communications entre artères et veines.* Il put s'assurer, en étudiant le développement du métanephros, sur des cultures de tissus prélevés sur l'embryon de porc, que l'ébauche du système vasculaire sanguin se différencie *in situ*, pour chaque région particulière de l'embryon, formant un réseau capillaire primaire, très riche en anastomoses et parcouru par un courant sanguin très lent. *L'arbre vasculaire définitif est donc issu de ce réseau capillaire primitif*, par la coalescence progressive de quelques-uns des capillaires les plus favorablement placés et une atrophie et une disparition de ceux moins heureusement situés.

Si au moment de la constitution et des modifications évolutives de cette ébauche vasculaire une irritation des zones environnantes est produite, des troubles et des anomalies structuraux pourront apparaître. Rienhoff, insistant sur ce fait, précise

qu'il peut survenir à n'importe quel moment de la différenciation et du développement.

Les études de cet auteur, poursuivies sur l'embryon vivant de poulet, et venant à l'appui des recherches de Florence Sabin et de Woollard, ont montré que *le courant sanguin au niveau de l'area vasculosa est d'abord uniquement artériel*, possédant un riche système de *communications capillaires entre les divers troncs*. Ces anastomoses tendent progressivement à disparaître. Secondairement un changement saisissant se produit : *une partie de ce réseau capillaire devient veineux ;* le courant sanguin devient alors centripète, surtout au niveau des zones postérieure et latérales de l'embryon; autrement dit, il n'y a formation d'aucun nouveau réseau capillaire : simplement, le courant sanguin, en certains points se trouve inversé qui, d'artériel devient veineux. *Un grand nombre de communications persistent entre les troncs artériels et veineux ;* normalement, elles devront s'atrophier. On a d'ailleurs tenté, expérimentalement, de faire persister ces communications afin de créer des F. A. V. C. Les résultats ne furent pas très démonstratifs...

Fort riches d'enseignements, ces divers travaux expérimentaux « semblent prouver définitivement qu'il y a de *nombreuses communications capillaires entre artères et veines durant le développement de l'embryon*, ce qui favorise amplement la formation de F. A. V. et explique, au surplus, que lorsqu'elles existent, ces F. A. V. C. soient chez un même sujet multiples ». Aussi Reid a-t-il pu se demander pourquoi, au total, cette anomalie n'est pas plus répandue.

Anatomie pathologique.

La communication A. V.

A. Siège (Cf. tableau p. 731).

Il s'en faut qu'il puisse toujours être déterminé avec exactitude et certitude. Pour établir une statistique (imparfaite et forcément incomplète), il nous aura fallu tenir compte dans certains cas du siège apparent du shunt.

Selon les cas, les communications A. V. sont ou très étroitement localisées au niveau d'un doigt, par exemple, voire d'une phalange, ou, au contraire, diffuses, disséminées sur toute la hauteur d'un membre, voire d'un hémicorps. De toute façon, *l'unilatéralité* paraît être un caractère constant. A notre connaissance, la bilatéralité, ou plutôt la bilatéralisation des F. A. V. C., n'a été signalée que dans une observation de Pratt. Les deux côtés furent atteints successivement, au fur et à mesure que les communications d'un côté étaient supprimées chirurgicalement.

Les deux côtés du corps sont à peu près également atteints (sur 97 cas : 49 à droite, 48 à gauche).

Les F. A. V. C. se localisent un peu plus volontiers aux membres inférieurs (55 cas) qu'aux membres supérieurs (42 cas). Pratt les aurait trouvées plus fréquemment aux membres supérieurs.

Aux membres inférieurs, apparemment, les jambes sont beaucoup plus souvent atteintes que la cuisse ou le pied; aux membres supérieurs, le bras, un peu plus souvent que la main et l'avant-bras. Au total, la partie moyenne des membres serait une localisation légèrement plus commune que les extrémités.

Tous les vaisseaux peuvent être atteints. D'après Pratt, les vaisseaux cubitaux seraient souvent intéressés.

Letenneur, Reid, Lewis, Caby, Servelle, ont observé des fistules à l'intérieur même des os, visibles aux rayons X, sous forme de petits pertuis. Le profes-

seur Salmon, Bourdoncle et nous-même avons constaté chez un de nos malades, la présence de fistules, que nous avons retrouvées *a posteriori* sur les clichés, à l'intérieur des os et plus spécialement du calcaneum qui, à l'intervention saignait en jet. Il n'est guère d'obstacle thérapeutique plus terrible à vaincre.

B. Caractères du shunt A. V. — a) *Aspect.* — Habituellement, il s'agit d'*une simple fistule*, soit latéro-latérale, soit termino-terminale; dans ce dernier cas, d'après Rienhoff, le développement en serait plus rapide. Veal et Mac Cord, par la seule analyse artériographique des 7 cas qu'ils ont observés ont pu n'établir pas moins de 5 variétés de communications, la plus habituelle étant artériolo-veineuse intéressant seulement les petits vaisseaux les plus superficiels.

Adams, précisant d'ailleurs qu'il s'agit d'une classification purement descriptive, distingue les anévrysmes A. V. C. localisés et les formes diffuses hémangiomateuses ou *anévrysmes cirsoïdes*. Aussi bien, maints auteurs ne tiennent l'anévrysme cirsoïde que pour une forme et un stade évolutifs de la ou de plusieurs F. A. V. C. (consécutives à un trouble du développement vasculaire, comme nous l'avons rappelé plus haut), *modalité évolutive d'ailleurs aggravante*, mais dont il n'y a pas lieu de faire une entité anatomopathologique spéciale; d'autres estiment qu'il existe parfois au sein de l'angiome de telles communications artério-veineuses, que tous les intermédiaires se voient depuis l'angiome caverneux jusqu'à l'anévrysme cirsoïde... L'anévrysme caverneux, par effondrements successifs de ses cloisons interlacunaires se transforme d'une façon insensible en anévrysme cirsoïde (Duperrat).

Quoi qu'il en soit, il est bien établi qu'un *traumatisme sur un angiome* peut déclencher une poussée évolutive et provoquer la transformation cirsoïde (de Takats), mais aussi qu'un anévrysme cirsoïde peut se développer en peau vierge, sans angiome pré-existant. Tel est précisément l'avis de Leriche pour qui « le cirsoïde est une maladie des régions exposées » et a sa place dans le cadre général des F. A. V.

b) *Nombre des communications.* — En conformité avec les données de l'embryologie, l'immense majorité des auteurs estime que les F. A. V. C. sont toujours *multiples*. La fistule unique peut se voir, elle constitue l'exception : 1 cas de Reid, 1 cas de Veal et Mac Cord. Dans l'observation de Von Eiselberg (1899), une seule communication fut trouvée à l'intervention, mais d'autres fistules s'extériorisèrent par la suite. Leriche, par contre, aurait tendance à admettre, à la lumière de ses propres constatations opératoires, que dans le cirsoïde, il n'y a qu'une communication et pense que si un thrill persiste après l'intervention, c'est que la fistule n'a pas été atteinte.

C. Lésions consécutives. Physio-pathologie. — La présence d'une ou de plusieurs F. A. V. C. au niveau d'un membre a des conséquences locales, régionales et générales qui ont été tout spécialement étudiées par Holman.

A. *Conséquences locales.* — a) *Au niveau des veines.* — Le sang artériel pénétrant dans *le segment distal* de la veine, a pour effet d'augmenter fortement le volume liquidien dans ce dernier vaisseau et de soumettre ses parois à une pression excessive ; la veine se dilate, perd son tracé rectiligne et dessine des sinuosités. Une *stase veineuse* importante s'installe.

Des modifications analogues mais moins sensibles affectent la veine dans son *segment proximal*. On a ainsi décrit une *artérialisation des veines*, caractérisée par un accroissement du tissu musculo-élastique de la média. Cette modification n'est pas retrouvée par Pemberton et Saint qui observent plutôt une dégénérescence calcaire de la partie interne de la tunique moyenne. Leriche remarque que, quand on opère un anévrysme cirsoïde, « on a l'impression de ne rencontrer que des artères et de ne couper que des artérioles ».

b) *Au niveau des artères.* — Les artères intéressées par la fistule *se dilatent* d'une façon parfois énorme, avec amincissement de leur paroi et altérations dégénératives de leurs tuniques. Ces modifications apparaissent seulement en amont de la fistule; peu visibles ou absentes lorsque celle-ci est de faible calibre, elles sont constantes lorsque la communication est large. En amont de la fistule, la tension systolique de l'artère est augmentée ainsi que sa pulsatilité. En aval, au contraire, le calibre, la tension, la pulsatilité artérielles sont diminués.

B. *Conséquences régionales.* — a) Il existerait, d'après Leriche, une *vaso-dilatation active régionale* qui, s'ajoutant au simple facteur mécanique, serait la cause des modifications structurales vasculaires que nous venons de mentionner. Caby se rallie à cette opinion, à laquelle paraît souscrire également Piulachs. Caby estime même que la transformation cirsoïde d'une F. A. V. C. est due à cette vaso-dilatation active (déclenchée souvent par un traumatisme) qui fait cesser la *vaso-constriction de vigilance* des vaisseaux tributaires de la fistule.

b) L'*hypertrophie* et surtout l'*allongement du membre* que l'on observe ne peuvent évidemment se produire qu'avant la soudure épiphysaire. Peut-être même s'agit-il d'une anomalie congénitale développée durant la vie intra-utérine en même temps que la F. A. V. (et non secondairement à celle-ci, après la naissance) sous l'effet d'un trouble de la régulation nerveuse de la nutrition sanguine du membre, comme l'a soutenu récemment encore Parkes-Weber (1947) qui invoque une augmentation de volume de l'artère nourricière de l'os. Thomson (1932) avait déjà vu dans l'augmentation de l'apport artériel la cause essentielle de l'allongement osseux chez les sujets porteurs d'hémangiomes.

Leriche a dès longtemps reconnu et enseigné qu'une F. A. V. C., qu'une *stase veineuse* accélèrent et prolongent la croissance d'un os aussi bien cliniquement qu'expérimentalement. Servelle, ultérieurement, a pu faire, pour ce qui concerne la stase veineuse, des constatations analogues.

c) *En amont de la fistule*, l'augmentation de la température cutanée, l'hyper-sudation, l'hypertrichose s'observent, tous symptômes dénonçant un *trouble vaso-moteur complexe.*

En aval, les *troubles trophiques* s'expliquent par le fait que le sang artériel, dérivé vers la veine, n'atteint pas, ou très partiellement seulement, le réseau capillaire. Une ischémie distale en résulte qui ne peut être palliée que par le développement d'une circulation collatérale suffisante dont le mécanisme de formation est interprété de façons différentes par Lewis, Reid et Mac Guire, Holman, Piulachs.

C. *Conséquences générales.* — L'existence d'une ou de plusieurs fistules crée un *régime circulatoire nouveau* qui a été magistralement analysé par

Holman. Il se constitue un *circuit cœur-artères-fistule-veines-cœur duquel est pratiquement exclu le réseau capillaire*, circuit *parasite* greffé sur le trajet circulatoire normal.

Il se produit alors :

a) Une *chute de la pression sanguine* (surtout diastolique) due à la fuite du sang artériel dans la veine, laquelle n'offre pas une résistance périphérique suffisante pour empêcher cette hypertension artérielle.

b) Symptôme précoce mais temporaire, la *tachycardie* qui rend compte des effets du cœur pour compenser la chute de tension.

c) A travers la fistule passe une quantité plus importante de sang.

d) Momentanément, les dimensions du cœur s'amenuisent.

L'organisme va tenter de s'adapter à ces conditions particulières :

Pour rétablir la masse du sang circulant, les liquides tissulaires, ceux provenant du foie et de la rate, pénètrent dans le torrent circulatoire et déterminent un accroissement de la volémie, en même temps que la pression sanguine retourne graduellement à la normale, que le pouls se ralentit, inconstamment toutefois. Alors le cœur augmente de volume en raison des efforts excessifs qui lui sont demandés. Le *degré d'hypertrophie est étroitement lié aux dimensions de la fistule*. Aussi bien les F. A. V. C. étant en général de très petit calibre, l'augmentation de volume du cœur n'en est pas une complication fréquente.

Pour Lewis et Drury qui estiment qu'il n'y a pas augmentation de la pression veineuse générale, l'accroissement du volume du cœur serait plus spécialement due à la gêne de la circulation coronaire.

Diagnostic positif.

Les F. A. V. C., déjà peu connues des cliniciens (les ouvrages d'angéiologie, hormis aux États-Unis, en font à peine mention quand ils les mentionnent !) ajoutent encore à la difficulté de leur diagnostic par les symptômes ou très discrets ou peu évocateurs ou non immédiatement accessibles à l'examen clinique sous lesquels elles se présentent souvent. Vient-on à soupçonner le diagnostic, seules des investigations paracliniques de technique spéciale et délicate permettront (mais non toujours) d'affirmer avec certitude la présence d'un shunt.

A. Les symptomes qui amènent le patient a consulter sont variables d'un cas a l'autre. — Tout peut se voir depuis la simple augmentation de température cutanée au niveau d'un doigt jusqu'à l'hypertrophie de tout un hémicorps accompagnée de troubles trophiques considérables.

Envisageons les signes d'appel les plus fréquents :

1° *L'hémihypertrophie*. — L'hypertrophie n'affecte pas seulement l'os, mais aussi les tissus environnants; elle intéresse parfois tout un hémicorps, y compris la face.

Lorsqu'elle ne porte que sur un doigt, elle est également aisément décelée: en présence, par contre, d'une simple inégalité de longueur entre deux membres congénères, *il est souvent difficile, au premier coup d'œil, de se rendre compte si le membre malade est bien celui qui est le plus long*, si le plus court n'est pas un membre atrophié. Dans 5 cas seulement sur 24, Horton a constaté que les deux membres étaient de longueur égale. Tout à fait exceptionnellement, le membre atteint a pu être trouvé plus court.

En général, il n'y a *pas de déformation osseuse*. C'est une ostéomégalie régulière qui, pour la plupart des auteurs, porte sur les trois dimensions de l'os; mais l'allongement est le caractère le plus marquant, pouvant atteindre 10 cm.

Aux membres inférieurs cette augmentation de longueur des os s'accuse parfois dès l'enfance déterminant une boiterie ou des courbures de compensation de la colonne vertébrale, avec déviation du bassin, qui font errer le diagnostic.

Parfois, il s'y ajoute des *phénomènes articulaires :* chez un de nos malades, une altération très importante de la hanche du côté malade s'était manifestée dès l'enfance par une érosion de la tête fémorale et du sourcil cotyloïdien avec, sur les radiographies, un aspect typique d'ostéochondrite.

2° *Manifestations tégumentaires.* — Elles seraient présentes, selon Horton, dans plus de la moitié des cas.

Leur aspect est extrêmement *polymorphe.* Habituellement, il s'agit d'un nævus plan, rarement verruqueux, de teinte brunâtre ou lie de vin. Fréquents aussi sont les *angiomes*, soit angiome plan, soit caverneux ou diffus. Il est volontiers d'un rouge plus ou moins vif à la racine du membre, et cyanotique au niveau des extrémités. Ses contours sont sinueux, défiant toute description. Il occupe soit une étroite partie, soit toute la hauteur d'un membre, s'étendant souvent sur la fesse ou même sur l'abdomen, ou sur le thorax. Certains, frappés par sa *disposition métamérique* ont invoqué un trouble nerveux dans le déterminisme du syndrome : il est de fait qu'on ne l'observe d'ordinaire que sur une moitié du corps et même sur la moitié d'un membre dans sa longueur, excepté au niveau de la partie toute distale qu'il couvre souvent presque entièrement.

Il arrive, comme nous l'avons observé dans l'une de nos observations, que la variété de lésions tégumentaires soit complexe, c'est-à-dire, qu'il y ait simultanément sur le membre atteint angiome et nœvi pigmentaires : « polydysplasie intéressant à la fois le mésoderme et l'ectoderme » (Duperrat).

Signalons enfin que la distinction entre un angiome diffus et un anévrysme cirsoïde est souvent, à la simple inspection, difficile à établir. Peut-être celui-là n'est-il qu'une forme de passage de celui-ci ?

3° *Varices.* – Elles sont, tôt ou tard, presque toujours présentes dans les F. A. V. C. M. C'est leur siège insolite (membre supérieur), leur unilatéralité, leur apparition chez un enfant, l'aspect de veines dilatées et tendues plutôt que des vraies varices, leur non-affaissement dans l'élévation du membre qui doivent retenir l'attention. Si elles sont au surplus *pulsatiles*, le doute n'est guère permis. Mais ce n'est parfois qu'une palpation attentive et très fine qui permettra de mettre en évidence ce dernier caractère, lié d'ailleurs à la dimension du shunt.

Certains auteurs ont signalé la présence, à l'intérieur de ces varices, de *phlébolithes* formés à partir de caillots organisés.

4° *Ulcères.* — Loin d'être constants, ils ont parfois les caractères d'un ulcère veineux banal; mais ils siègent souvent sur la partie distale du pied, l'ulcère banal étant plus volontiers pré- ou supra-malléolaire. D'autre part, ils peuvent survenir au membre supérieur, ce qui n'est jamais le cas avec les ulcères habituels.

Les quatre symptômes que nous venons de décrire, qui peuvent d'ailleurs ne pas posséder ces caractères évocateurs, ne sont certes ni constants ni indispensables au diagnostic.

Toutefois, 6 malades sur les 7 cas à peu près certains de F. A. V. C. M. que nous avons observés présentaient, hors l'ulcère, ces signes. A la 7e manquaient seulement les lésions tégumentaires.

Si nous les avons mentionnés avant tous autres, c'est qu'ils sont, à un premier examen, les plus faciles à constater et les plus propres à donner l'éveil.

Dans ce tableau clinique, combien significative est la présence d'un *thrill* avec ou sans *souffle* perçu au niveau d'une artère périphérique ou même d'une veine, d'une varice d'aspect banal : ce peut être une découverte fortuite d'examen aussi bien que le fruit d'une recherche systématique. Thrill et souffle sont évidemment des symptômes de première valeur. Servelle les juge même pathognomoniques. Néanmoins, ils ne sont ni constants dans les F. A. V. C., ni indispensables au diagnostic ainsi que l'attestent de nombreux cas indiscutables observés aux États-Unis. Pour Horton, il ne faut pas compter trouver de thrill dans plus de 25 p. 100 des cas, du fait de la petite dimension habituelle des fistules. Nos 3 cas « certains » présentent thrill et souffle qui font défaut chez les 4 autres que nous n'avons tenus de ce fait que pour « très probables ».

Parmi les signes cardinaux il en est un dont la valeur est reconnue par tous : c'est le *signe de la tachycardie provoquée de Nicoladoni-Branham.* Mais on ne songerait pas à le rechercher si l'on ne possédait déjà de fortes présomptions en faveur du diagnostic !

Pour mémoire, rappelons que ce ralentissement du pouls observé à la suite de la compression, au niveau du membre atteint, d'une artère, en amont du siège du shunt présumé, fut minutieusement décrit par Branham en 1890; mais Nicoladoni, en 1875 et Israel, en 1877, l'avaient déjà signalé.

Citons enfin quelques *symptômes inconstants* ou d'un moindre intérêt que les précédents : *la dilatation et l'allongement des artères en amont de la communication.* Elle est déjà mentionnée par Gross (1867), par Israel (1877) qui a vu des tibiales atteindre le calibre d'une fémorale, par Leriche qui en a tout récemment souligné la fréquence dans les anévrysmes cirsoïdes.

La *cyanose* distale, l'*hypertrichose*, l'*hyperhydrose* sont des signes qui, pour n'être pas décisifs, frappant par leur unilatéralité, échappent ainsi rarement à l'examen : ils ne sont donc pas négligeables.

Ces symptômes, qu'ils soient groupés ou isolés, doivent toujours déclencher le réflexe d'un examen plus approfondi et systématique de l'appareil vasculaire.

B. — Examens paracliniques. — 1° *L'augmentation de la température cutanée* du côté atteint, en amont du siège de la ou des fistules, est en général perceptible à la main mais un couple thermo-électrique permet une appréciation plus exacte. La différence d'un membre à l'autre peut atteindre 5°. Elle est évidemment encore plus sensible entre l'amont et l'aval du shunt, l'extrémité du membre, insuffisamment irriguée, étant souvent notablement refroidie.

2° *Oscillométrie.* — En amont de la fistule, *la tension maxima et l'indice oscillométrique sont nettement augmentés* par rapport au membre sain, à niveau égal. En revanche, la minima est fréquemment abaissée. Dans le cas où les oscillations seraient plus faibles du côté atteint, il faudrait en conclure qu'il existe une autre fistule en amont du brassard de l'appareil

enregistreur (Martorell et Salleras). Bien entendu, en aval du shunt, les chiffres tensionnels sont diminués.

3° *Oxygénation du sang veineux.* — Pour les auteurs américains, le diagnostic de F. A. V. C. n'est pas douteux lorsque cette recherche est positive. Il s'agit de déterminer la teneur en oxygène du sang veineux prélevé en un point aussi proche que possible du siège de la communication. A moins que les fistules ne soient particulièrement étroites, le sang veineux du membre malade a la teinte du sang artériel. Cette constatation fut faite pour la première fois en 1927 par G. E. Brown et publiée en 1929. L'analyse est faite au moyen de la méthode gazométrique de Peters et Van Slyke, sous protection d'huile. Le sang veineux du côté malade peut atteindre une saturation en oxygène de 45 p. 100 supérieure à la teneur du côté sain. Une différence de 15 p. 100 paraît suffisante pour le diagnostic de shunt.

Lorsque ce dosage ne peut être réalisé, la *simple comparaison, à l'œil*, des sangs recueillis peut être décisive. Dans 1 cas, Mac Cord fit le diagnostic de F. A. V. C. en observant un étudiant prélever du sang pour une transfusion, aux deux bras d'un homme : à gauche, le sang de la veine basilique était rouge vif, alors qu'à droite il avait la teinte *veineuse* normale. Les investigations pratiquées sur ce sujet confirmèrent le diagnostic.

Ross Veal et Mac Cord obtiennent un surcroît de précision de la façon suivante : ils placent sur le membre atteint des garrots étagés et dosent l'oxygène du sang veineux au niveau de chaque segment ainsi délimité. Par ce procédé, le shunt peut être plus exactement localisé. Il faut savoir, en effet, que *le sang veineux à une trop grande distance de la communication peut n'être pas modifié.* Servelle recommande de cathétériser les veines au moyen d'une sonde et de ne pas se contenter de les ponctionner pour prélever le sang le plus près possible des fistules.

4° *Angiographie.* — *a*) En 1933, Horton établit, le premier, un diagnostic de F. A. V. traumatique grâce à *l'artériographie ;* en 1935, il applique ce moyen d'exploration à une F. A. V. C.

C'est là, certainement, le moyen le plus sûr d'affirmer le diagnostic. Encore faut-il se rappeler que dans bien des cas il peut être difficile, sur les clichés, de distinguer les artères des veines en raison de l'artérialisation de ces dernières. D'autre part, comme la substance opaque tend à filer rapidement par la fistule dans la veine, où la pression est basse, il faut prendre des clichés en série plus rapprochés que pour une artériographie ordinaire. Il arrive, malgré cette précaution, qu'on ne puisse pas saisir la communication elle-même.

b) L'intérêt de la *phlébographie* est moindre. Toutefois, elle permet de comparer les images avec celles de la phlébographie indirecte que réalise l'artériographie et de distinguer ainsi sans erreur artères et veines. En présence d'un syndrome d'hémangiectasie hypertrophique d'étiopathogénie indécise elle est d'une extrême utilité; Servelle, le premier, l'a parfaitement montré dès 1945.

Diagnostic différentiel.

Il doit se poser, tout d'abord, avec les F. A. V. acquises. Ensuite, chacun des symptômes doit être isolément discuté. Enfin, nous verrons s'il y a lieu d'établir un diagnostic différentiel entre le syndrome de F. A. V. C. et les autres syndromes

d'hémangiectasie hypertrophique pouvant éventuellement reconnaître une autre pathogénie.

A. — Avec les shunts artério-veineux acquis ;

D'un point de vue anatomopathologique, on a coutume de dire que ce qui différencie les F. A. V. acquises des congénitales, c'est que dans ces dernières les communications sont multiples et de petit calibre alors que le shunt post-traumatique est unique et souvent très large, pouvant aller jusqu'à l'anévrysme sacculaire. Si l'on admet avec Leriche que l'anévrysme cirsoïde est une affection souvent post-traumatique et recélant une communication unique, cette distinction reste valable; pour la plupart des auteurs américains, pour Parkes-Weber, pour Caby, *le cirsoïde n'est qu'une forme de F. A. V. C. ;* un traumatisme surajouté peut avoir un effet déclenchant, autrement dit aggravant, ou simplement révélateur. L'important est donc, lorsqu'il y a eu traumatisme, de savoir dans quelle mesure il n'existait pas déjà auparavant des signes propres à trahir l'existence d'une fistule congénitale.

L'hypertrophie osseuse, en particulier, est presque toujours en faveur d'une origine congénitale, car elle ne peut se manifester qu'avant la fin de la croissance; or, les shunts A. V. traumatiques sont plutôt l apanage de l'adulte.

B. — En fonction de chaque symptome. — 1° *Thrill et souffle.* — Dans la plupart des cas de *dilatation artérielle circonscrite (anévrysme)* ou de collection sanguine communiquant avec la lumière d'une artère (hématome pulsatile), il existe un souffle intermittent synchrone de la systole cardiaque. Les *communications artério-artérielles* se caractérisent par l'existence d'un souffle intermittent systolique qui peut ou non s'accompagner de frémissement. Également, dans la plupart des cas de *communication artério-veineuse,* le choc du courant artériel avec le courant veineux, de pression plus basse, produit un frémissement accompagné d'un souffle continu à renforcement systolique. Enfin, dans les rares cas de *communication veino-veineuse,* avec formation d'une grande dilatation circonscrite comme par exemple dans la maladie de Cruveilhier-Baumgarten, on observe un souffle continu sans renforcement systolique accompagné d'un frémissement (Martorell et Salleras).

2° *Hypertrophie.* — Nous citerons rapidement les *œdèmes lymphatiques,* trophœdème congénital et familial de Meige : mais ceux-ci ne s'accompagnent que d'une augmentation de la circonférence du membre. Toutefois, il faut connaître l'éléphantiasis et la dermosclérose comme complications éventuelles des F. A. V. C. (De Takats).

L'inégalité de volume des membres est souvent prise, nous l'avons dit, pour une *atrophie de l'autre membre,* attribuée alors à une poliomyélite qui serait passée inaperçue.

La *mégarteriectasie simple,* comme dans le cas rapporté par Fontaine et Pilla, entraîne une hypertrophie du membre et des signes stéthacoustiques qui peuvent faire croire à la présence d'une F. A. V. C., si tant est qu'elle ne soit pas une forme de passage des F. A. V. C....

Toute stase veineuse dans un membre n'ayant pas encore terminé sa croissance, peut entraîner un allongement osseux : une thrombose veineuse ancienne (Susman et Mac Credie, cités par J. E. Thomson), une bride cravatant la veine poplitée (Servelle)... Ce rôle de la stase veineuse sur la croissance osseuse est, dit Leriche, dans l'ordre physiologique. Leriche l'a vérifié aussi bien expérimentalement que cliniquement et a souvent

traité des retards unilatéraux de croissance par la stase provoquée par l'application d'une bande d'Esmarch.

L'hémihypertrophie s'observe dans la *Neurofibromatose de Recklinghausen :* l'os est allongé mais également déformé, incurvé, ce qui n'est pas le cas dans les syndromes de F. A. V. C.

Il existe, enfin, dans la littérature, de nombreux cas d'*hémihypertrophie* intéressant parfois tout un hémicorps, s'accompagnant parfois d'autres malformations congénitales, mais dans ces syndromes aucune anomalie vasculaire, à des examens il est vrai incomplets, n'a jamais été constatée.

3° *Varices.* — Nous avons indiqué, plus haut, par quels caractères les dilatations veineuses qui accompagnent les F. A. V. C. se distinguent des varices banales. Nous n'y reviendrons pas.

Ces diagnostics différentiels que nous venons de mentionner à propos de l'hypertrophie osseuse secondaire à la stase veineuse valent également pour les varices.

L'hypothèse formulée et confirmée par Servelle en 1945 d'une stase veineuse à l'origine des varices congénitales du syndrome de Klippel et Trenaunay, vient à l'appui de ces cas de varices congénitales des membres supérieurs que réunit L. H. Petit (cité par Parkes-Weber) en 1880 et qu'il attribuait à une obstruction congénitale de la veine sous-clavière.

Il existe d'autre part dans la littérature d'assez nombreux cas de varices congénitales, de *phlébectasies congénitales sans participation artérielle* (Bockenheimer, 1907, Parkes-Weber, 1918, Freund, 1936). Pour de Takats il y a à l'origine un trouble embryologique analogue à celui qui produit les F. A. V. C. pathologiques mais d'importance moindre ou survenant à un autre stade du développement intra-utérin.

4° *Manifestations cutanées.* — Il est impossible d'entrer dans le détail des diagnostics posés par ces symptômes qui exigeraient que l'on passât en revue trop d'affections dermatologiques. Nous renvoyons à la thèse de Duperrat, *Étude des Angiomes, tumeurs évolutives* (Paris, 1938). En 1943, Parkes-Weber a publié un article intitulé *Some Telangiectatic and other anomalous vascular groups, especially those of dysplastic origin* qui réunit des affections à première vue aussi dissemblables et aussi étrangères les unes des autres que les taches rubis, les étoiles vasculaires, l'haemangiectasie hypertrophique des membres, la maladie de Weber-Christian, les tumeurs glomiques de Masson, etc. !

En fait, *devant toute anomalie tégumentaire d'origine vasculaire — ou paraissant telle — et de quelque importance, il faut faire des explorations angiographiques pour dépister éventuellement une F. A. V. C.* (Pratt).

Discussion.

Au terme de cette étude analytique, où nous nous sommes efforcé de faire le point de ce qui paraît acquis, il convient d'aborder le problème de ce qui reste à connaître — ou du moins à éclaircir.

Dans la littérature, à côté des cas où une preuve irréfutable a été fournie de l'existence au niveau d'un membre d'un shunt artério-veineux congénital, on trouve des observations qui attribuent à des F. A. V. C. des syn-

dromes de malformations vasculaires qui en sont probablement dépourvus et inversement des cas où des F. A. V. C. n'ont pas été décélées, si même recherchées et qui en comportent peut-être. Dans un cas comme dans l'autre, ces observations doivent être jugées avec une extrême réserve quand des examens aussi nécessaires que l'artériographie, les dosages comparatifs de l'oxygène du sang veineux ou, simplement, la recherche de la bradycardie provoquée n'ont pas été effectués.

Il est surprenant de lire dans nombre de publications américaines que tout syndrome de *nævus variqueux ostéohypertrophique* est nécessairement associé (et secondaire) à des F. A. V. C. et de ne voir pratiquement pas cités les noms de Klippel, Trenaunay (1) et Parkes-Weber, alors qu'en France, Servelle nie la présence des F. A. V. C. (à moins qu'il y ait un thrill) dans ce syndrome à l'origine duquel il ne voit qu'une anomalie et qu'un trouble veineux. Il est juste de faire remarquer que les assertions des auteurs américains s'appuient sur des constatations artériographiques ou chirurgicales qui ne laissent place à aucun doute. Servelle, par contre, ne fait aucune mention, dans ses publications sur les malformations congénitales des veines, de recherches artériographiques (sauf dans un cas) ni oxymétriques et les interventions exploratrices qu'il a pratiquées ont presque toujours porté de parti pris sur le seul creux poplité. Il est de fait que Servelle dit avoir toujours trouvé une malformation veineuse propre à entraîner de la stase (et, partant, des varices et un allongement osseux) mais pour les auteurs américains et Horton en particulier, il semble que cet argument ne soit pas suffisant pour accréditer une pathogénie purement veineuse puisque *dans bien des cas certains de F. A. V. C. une anomalie de la voie veineuse profonde a été décelée et précisément au niveau du creux poplité*, dans cette région du genou et du bas de la cuisse où, comme dit Caby : « le balancement entre la prédominance de la voie antérieure et de la voie postérieure donne lieu à de fréquentes anomalies artérielles ou artério-veineuses ».

Au total, les constatations de Servelle restent éminemment valables et il faut savoir gré à cet auteur d'avoir dès 1945 donné, grâce à la pratique de la phlébographie, un regain d'actualité au vieux syndrome de Klippel et Trenaunay, mais à la lumière des travaux nord-américains et de ceux de Caby, étayés par des investigations très complètes et très démonstratives, les conclusions de Servelle paraissent trop limitatives et trop rigides pour qu'on puisse y souscrire sans réserves.

A l'opposé, il faut peut-être se garder de voir dans tous les cas la présence obligée de F. A. V. C. quelque suggestives soient les données de l'embryologie. Mais encore cette réserve est-elle toute gratuite. *Il est encore plus difficile d'affirmer l'absence de F. A. V. C. que d'en démontrer la présence* surtout lorsqu'on admet la présence des canaux de Sucquet, la possible existence de fistules A. V. latentes qui, inoffensives et asymptomatiques, n'attendent qu'une occasion, un déclenchement la plupart du temps mystérieux, souvent sans doute un traumatisme ou un effort inhabituel, pour entrer en activité et faire parler d'elles.

(1) Le syndrome de Klippel-Trenaunay est bien mentionné dans la nomenclature américaine des maladies et anomalies de l'appareil vasculaire mais sous le nom d'hémangiome hypertrophique sous la rubrique *Tumeurs des vaisseaux sanguins.*

Les *troubles vasculaires ou vaso-moteurs ou osseux* qui accompagnent (non toujours) ces fistules en activité, nous avons vu comment la physiopathologie était en mesure de les expliquer.

Il n'en est pas de même des *troubles tégumentaires*. La relation de cause à effet entre F. A. V. C. et nævus garde son secret. Entre une F. A. V. C. et un angiome elle est moins mystérieuse, encore qu'on ne sache pas formellement si c'est toujours l'angiome qui a dégénéré en anévrysme cirsoïde, ou si les F. A. V. C. ont déterminé ce trouble cutané, ou, enfin, si les deux états existent simultanément mais plus ou moins latents, dès la vie intra-utérine. De Takats, Leriche, Caby se sont attachés à résoudre le problème de cette filiation. « Il est légitime de penser que ces angiomes constituent des résidus du réseau capillaire embryonnaire primitif... De même on peut penser que l'apparition secondaire d'un grand nombre d'angiomes est conditionnée par l'existence d'un résidu embryonnaire branché sur un pédicule artério-veineux et *remis en circuit pour une raison qui reste à discuter* » (Caby). Car tel est bien le point délicat à résoudre : « la transformation cirsoïde n'est pas dans le génie de l'angiome en lui-même et le mystère de la transformation reste entier » (Leriche). Un traumatisme peut rendre peut-être compte de cette transformation, il ne saurait suffire à l'expliquer. Caby reprenant une hypothèse de Leriche (mais que Leriche actuellement paraît abandonner) « estime qu'une vaso-dilatation active faisant cesser la vaso-constriction de vigilance des vaisseaux tributaires de la fistule, déclenche l'évolution cirsoïde ».

Ainsi donc, tout en évitant de conclure sur la place exacte des F. A. V. dans les syndromes d'haemangiectasies hypertrophiques, on est bien obligé de convenir que les arguments sont beaucoup plus nombreux et plus probants qui impliquent un shunt A. V. à l'origine de ces syndromes que ceux qui écartent cette éventualité.

D'un autre côté, c'est le lieu de répéter ici que *toute F. A. V. C. ne s'accompagne pas forcément de troubles trophiques*. Des F. A. V. C., soit fortuitement, soit à l'occasion d'examens systématiques, ont pu être décelées chez des sujets apparemment sains et exempts de tout symptôme pathologique.

Il faut donc admettre non seulement des *degrés dans la pathologie des F. A. V. C.*, mais encore, selon les cas, des *tendances évolutives différentes*. Certaines F. A. V. C. se manifestent dès la naissance, d'autres chez l'adolescent, d'autres enfin chez des adultes d'âge parfois très avancé. De Takats croit à l'existence de formes de transition entre la F. A. V. simple, pratiquement asymptomatique et les formes complètes (comportant l'hypertrophie d'un hémicorps, par exemple). L'évolution est peut-être simplement fonction du moment de la vie embryonnaire où se produit l'arrêt de développement du système vasculaire, tout dépendant dès lors du nombre de communications embryonnaires qui, à la naissance, auront persisté entre artères et veines.

Certains auteurs ont invoqué par ailleurs, sans preuve formelle, un *trouble du système nerveux central* qui expliquerait l'hémirépartition métamérique des lésions tégumentaires. Martorell et Salleras tout en ne méconnaissant pas l'importance primordiale du shunt A. V. tiennent ce trouble nerveux pour vraisemblable.

Après la naissance c'est l'importance respective des éventuels *facteurs déclenchants* qu'il importerait le plus de préciser.

La lenteur des progrès accomplis dans la connaissance de cette affection et de son mécanisme est évidemment due à la rareté des cas observés. Au surplus, quand les sujets suspects d'être porteurs de F. A. V. C. ne présentent que des troubles peu gênants, ils ne se livrent pas volontiers aux explorations paracliniques ou chirurgicales qui seraient nécessaires.

Celles-ci ont pourtant pour but de fournir les bases à un *traitement* propre à prévenir les redoutables *complications* auxquelles les sujets sont exposés. Habituellement *l'évolution est lente* car les F. A. V. C. atteignent plus souvent les petits vaisseaux, mais si de gros vaisseaux sont touchés dès l'instant que les troubles dus aux F. A. V. C. prennent un caractère extensif on peut voir survenir des poussées de *thrombose veineuse* récidivantes et surtout des *hémorragies* parfois spontanées ou apparaissant au moindre choc sur de petits anévrysmes capillaires miliaires visibles sous la peau sous forme de points rouge sombre (De Takats). Des *signes fonctionnels* surviennent également au niveau du membre atteint : douleurs, crampes, fatigabilité entraînant une impotence fonctionnelle plus ou moins accusée, aggravée encore par l'*œdème*.

L'évolution vers *l'insuffisance cardiaque* est plus rare que dans les F. A. V. acquises en raison des petites dimensions et du siège souvent très périphérique des fistules. Néanmoins, le retentissement cardiaque a été signalé dans plusieurs observations, objectivé par une augmentation de volume importante du cœur. Trouble d'ailleurs reversible quand la cure de la ou des fistules a pu être effectuée (Horton et Ghormley). Exceptionnellement, on a pu signaler des complications mentales dans un cas d'hémihypertrophie (Thomson).

Ces diverses complications dont les plus redoutables sont les hémorragies, justifieraient donc un *traitement précoce*. Les traumatismes, mais également les émotions, la puberté, toutes les causes en somme, de perturbation de la vaso-motricité sont des facteurs aggravants. Au surplus, il faut traiter les sujets de préférence avant la fin de leur croissance pour pouvoir espérer une égalisation de longueur des os. Mais pour une affection qui paraît si éminemment *chirurgicale* que de difficultés techniques à vaincre ! Que de déboires ! En vérité, le traitement des F. A. V. C. M. reste un chapitre à écrire.

Bibliographie (1).

1. Adams, H. D. — Congenital arteriovenous and cirsoïd Aneurysms. *Surg. Gyn. Obst.*, 92, Juin 1951, 693-697.
2. Allen, E. V., Barker, N. W. et Hines, E. A. — *Peripheral vascular Diseases*. W. B. Saunders Company, Philadelphie.
Beatty, C. C. — Haemangiectatic Hypertrophy of the Arm. *Proc. Roy. Soc. Med., Sec. Stud. dis. Child.*, 20, 1926-1927, 532.
3. Benchimol, A. S., Montero, J. B. — Fistulas arteriovenosas congenitas. *La Prensa Medica Argentina*, 37, Janvier 1950, 187-196.
Bernheim, B. M. — Congenital arteriovenous Fistulas in left brachial Artery and vein with secondary arterial Blood Supply to Arm. *Ann. Surg.*, 81, Février 1925, 465-468.
4. Bessone, L. — Angiectasias hypertrophicans di Klippel-Trenaunay-Parkes-Weber. *Arch. Ital. Dermat. Sif. e vener.*, 23, Février 1950, 133-139.

(1) Les références précédées d'un chiffre sont celles que nous avons consultées.

Bockenheimer, P. — *Ueber die genuine diffuse Phlebektasie der oberen Extremität.* Festschrift f. G. E. von Rindfleisch, Leipzig, 1907, 311-338.

Bourde, Ch., Bourdoncle, E. T. — *Problèmes diagnostiques et thérapeutiques posés par les Fistules artério-veineuses congénitales des membres.* (En préparation).

Braun, H. — Phlebarteriektasie der rechten oberen Extremität. *Munch. med. Woch.*, 49, 1902, 163.

Brau-Tapie, J. — *Arch. Gen. Chir.* Paris, 8, 1914.

5. Broca, P. — *Des Anévrysmes et de leur traitement.* Labé, édit., Paris, 1856.

6. Brown, G. E. — Abnormal arteriovenous Communication diagnosed from the Oxygen content of the Blood of regional Veins. *Arch. Surg.*, 18, Mars 1927, 807-810.

Bushe, G. — Excision of an anastomosing Aneurysm from the right Temple. *Lancet*, 10, 1827-1928, 413.

7. Caby, F. — Essai sur l'étiologie et la pathogénie de l'anévrysme cirsoïde. *J. Chir.*, 61, 1945, 128-138.

Caby, F. — Anévrisme artério-veineux d'origine congénital de la face. *Mém. Acad. Chir.*, nos 30-31, 16 Novembre 1949, 750-753.

8. Caby, F. — Fistules artério-veineuses et capillaires. Ier Congrès intern. d'Angeio. et d'Histo-Patho., Paris, Oct. 1952. *Gaz. Méd. France*, 59, Octobre 1952, 75-78.

9. Caby, F. — Communication personnelle.

10. Caby, F. — Fistules artério-veineuses congénitales. *Acad. Chir.*, séance du 11 Février 1953.

Callander, C. L. — Study of arteriovenous Fistulas with an analysis of 447 Cases. *Johns Hopkins Hosp. rep.*, 19, 1920, 259-358.

11. Comiti, J., Fleury, P. — Fistule artério-veineuse congénitale du pied ayant entraîné une amputation. *Marseille Chirurgical*, 2, Mars-Avril 1950, 287-290.

Daudet, E. — Étude sur les varices congénitales. *Thèse*, Paris, 1946, 202.

12. Deprez, D. — Contribution à l'étude du Syndrome de Parkes-Weber. *Thèse*, Marseille, 1946.

13. De Takats, G. — Vascular Anomalies of the Extremities. *S. G. O.*, 55, Août 1932, 227-237.

14. Duperrat, R. B. — Étude des Angiomes, tumeurs évolutives. *Thèse*, Paris, 1938, no 169.

15. Fontaine, R. et Pilla, P. — Hypertrophie congénitale régulière du membre inférieur droit. *Rev. Orthop. et App. locom.*, 33, Septembre 1947, 342-346.

Freixas Cortes. — Les hipertrophias unilaterales congenitas genuinas. *Medicina Clinica*, 9, 1947, 301.

16. Freund, E. — Diffuse genuine Phlebectasia. *Arch. Surg.*, 33, 1936, 113.

Gesell, A. — Hemihypertrophy and mental Defect. *Arch. Neurol. and Psych.*, 6, 1921, 400.

17. Gougerot, H. et Lortat Jacob, E. — Nævus variqueux ostéo-hypertrophique (de Klippel-Trenaunay) du membre inférieur gauche. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, 6, Novembre 1934, 1668.

Gougerot, H., Giraudeau, R. et De Graciansky, P. — Nævus variqueux ostéo-hypertrophique ou hémangiectasie ostéo-hypertrophique avec ectasie artérielle. *Soc. Derm. et Syph.*, séance du 14 Janvier 1943.

Halsted, W. S. — Congenital arteriovenous and sympathicovenous Fistulas. *Tr. Ame. Surg. Ass.*, 37, 1919, 262.

Harris, K. E. et Wright, G. P. — A case of haemangiectatic Hypertrophy of a Limb and Observations upon Rate Growth in the Presence of increased Blood Supply. *Ame. Heart.*, 15, 1930, 141.

Hewett, P. — A case of congenital anevrysmal Varix. *Lancet*, 1, 1867, 146.

Holman, E. — The Physiology of an arteriovenous Fistula. *Arch. Surg.*, 7, 1923, 64-82.

Holman, E. — Experimental Studies of arteriovenous Fistulae: Blood Volume Variations. *Arch. Surg.*, 9, 1924, 822.

Holman, E. — *Arteriovenous Aneurysms.* The Mc Millam Ed., New-York, 1937.

18. Horton, B. T. — Hemihypertrophy of Extremities associated with congenital arteriovenous Fistula. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic.*, 6, Mai 1931, 316-319.

19. Horton, B. T. — Hemihypertrophy of Extremities associated with congenital arteriovenous Fistula. *J. A. M. A.*, 98, Janvier 1932, 373-377.

20. Horton, B. T. — Arteriovenous Fistula involving the common femoral Artery identified by Arteriography. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, 8, Mars 1933, 189-191.
21. Horton, B. T. et Ghormley, R. K. — Congenital arteriovenous Fistula. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, 8, Décembre 1933, 773-776.
22. Horton, B. T. et Ghormley, R. K. — Congenital arteriovenous Fistulas of the Extremities « visualized » by Arteriography. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, 9, Décembre 1934, 761-764.
23. Horton, B. T. et Ghormley, R. K. — Congenital arteriovenous Fistula involving the femoral Artery visualized by Arteriography and confirmed at surgical Exploration. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, 10, Février 1935, 139-142.
24. Horton, B. T. et Ghormley, R. K. — Congenital arteriovenous Fistulas of the Extremities visualized by Arteriography. *Surg. Gyn. Obst.*, 60, Mai 1935, 978-983.
25. Horton, B. T. — Medical Aspects of congenital arteriovenous Fistula. *Med. Clinic. of North Ame.*, Septembre 1935, 525-533.
26. Jaeger, J. — Hémangiectasie hypertrophique unilatérale (Syndrome de Parkes-Weber). *Dermatologica*, 94, 1947, 189.
27. Janes, J. M. et Musgrove, J. — Effect of arteriovenous Fistula on growth of Bones. Preliminary report. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, 1949, 24.
28. Jausion, H., Calop et Carlier. — Étude hématologique et spectro-réductométrique d'un cas de nævus variqueux ostéo-hypertrophique. *Soc. Derm. et Syph.*, séance du 11 Février 1943.
Johnson, W. O. — Congenital Fistula of lower Extremities with pelvic Complications. *South Surgeon*, 15, 1949, 795-800.
29. Jouve, A. et Bourde, Ch. — Syndrome de Klippel et Trenaunay et shunt artério-veineux. *Arch. Mal. Cœur*, 7, Juillet 1952, 649-650.
30. Jouve, A. et Bourde, Ch. — *Le diagnostic des fistules artério-veineuses congénitales des membres.* Communication au IIe Congrès de Phlébologie d'Aix-en-Provence, Avril 1952.
31. Jouve, A., Bourdoncle, E. Y. et Bourde, Ch. — Fistules artério-veineuses congénitales des membres et syndrome de Klippel-Trenaunay. *La Sem. Hôp. Paris*, 69, Septembre 1952, 2674-2680.
32. Klippel, M. et Trenaunay, P. — Du nævus variqueux et ostéo-hypertrophique. *Arch. Gen. Med.*, 3, 1900, 641-672.
Krause. — Traumatische Angiektasie der linken Arms. *Arch. für Klin. Chirurgie*, 2, 1862, 142.
Laewen. — Ueber die genuine diffuse Phlebarteriektasie an der oberen Extremität. *Deut. Zeitschr. für Chir.*, Leipzig, 48, 1903, 364-390.
33. Laubry, C. et Louvel, J. — *Traité des Maladies des Veines.* Doin, édit., 1950.
Leblanc, E. — *Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale unilatérale, partielle ou complète*, Paris, H. Jouve, édit., 1897.
Lee et Freeman. — Circulatory Disturbances produced by extensive Angiomata of the lower Extremities associated with varicose Veins. *Ann. Surg.*, 5, 1940, 112.
Lereboullet, P. et Petit, L. — *Bull. Mém. Soc. Hôp. Paris*, 37, 1914, 231.
34. Leriche, R. — *Anévrysmes artériels et fistules artério-veineuses.* Masson, édit., Paris, 1949.
35. Leriche, R. — A propos de 12 cas d'anévrysme cirsoïde. *Lyon Chir.*, 46, Janvier 1951, 5-24.
36. Leriche, R. — Précisions sur l'anévrysme cirsoïde. *Mém. Acad. Chir.*, 77, Janvier 1951, 55-61.
37. Leriche, R. — Communication personnelle.
38. Letenneur. — État cirsoïde des artères de l'avant-bras compliqué de phlébectasie artérielle. *Gaz. Hôp.*, Paris, 1859, 122-123.
39. Lewis, D. D. — Congenital arteriovenous Fistulas. *Lancet*, 2, Septembre 1930, 621-628.
Lewis, T. et Drury, A. N. — Observations relating to arteriovenous Anurysms. *Ame. Heart.*, 10, 1923, 301.
40. Lian, C. et Alhomme, P. — Les varices congénitales par dysembryoplasie. *Arch. Mal. Cœur*, 38, Août 1945, 176.
41. Loubat, Dabadie et Mauget. — Un cas de syndrome de Klippel-Trenaunay. *Rev. Orthop. et App. locom.*, 33, 1947, 441.

Mac Farland, B. L. — Hemihypertrophy. *Brit. Med. J.*, 1, 1928, 345.
42. Martinet, J. D. et Tubiana, R. — *Pathologie des veines.* Doin, édit., Paris, 1950.
Martorell, F. et Salleras, V. — Fistulas arteriovenosas congenitas. *Rev. Esp. Cir. Traum. Orthop.*, 6, 1947, 117.
43. Martorell, F. et Salleras, V. — *Fistulas artériovénosas congenitas dos miembros.* Public. Med. Janes, Barcelone, 1950.
44. Martorell, F. — Varices por fistula arteriovenosa congenita. *Angiologia*, 2, 1950, 84.
Moniz de Bettencourt et Quintanilha, A. — Flebarteriectasia e flebectasia genuinas diffusas. *Rev. Clin. Esp.*, 18, 1945, 117.
Nicoladoni, G. — Phlebarteriectasia spontanea pedis. *Arch. f. Klin. Chir.*, 18, 1875, 262 et 20, 1877, 146.
Osler, W. — A case of congenital and progressive Hypertrophy of the right upper Extremity. *J. Anat. and Physiol.*, Londres, 14, 1879-1880, 10.
45. Ougrelidze, M. — Hémihypertrophie congénitale droite, stridor laryngé congénital. *Nourrisson*, 6, 1928, 40.
Parkes-Weber, F. — Angioma formation in connexion with Hypertrophy of Limbs and Hemihypertrophy. *Brit. J. Derm. Syph.*, 19, 1907, 231.
46. Parkes-Weber, F. — Haemangiectatic Hypertrophies of the Foot and Extremity congenital or acquired. *Med. Press.*, Londres, 136, 1908, 261.
47. Parkes-Weber, F. — Haemangiectatic Hypertrophy of Limbs. *Brit. J. child. dis.*, 15, 1918, 13-17.
48. Parkes-Weber, F. — A note on so-called congenital varicose Veins. *Brit. J. child. dis.*, 33, 1936, 102-105.
49. Parkes-Weber, F. — Some telangiectatic and anomalous vascular groups especially those of dysplastic origin. *Med. Press. and circular*, Octobre 1943, 219-224.
50. Parkes-Weber, F. — Limb haemangiectasis and cirsoïd Aneurysm. *Brit. Med. J.*, 115, 1947, 4496.
Patterson, D. et Wyllie, W. D. — Hypertrophy of the Bones and of Limb due to a Nævus. *Brit. J. child. dis.*, 22, 1925, 36.
51. Pautrier, L. M. et Ullmo, A. — Hémangiectasie hypertrophique de Parkes-Weber. *Ann. Derm. Syph.*, 6, 1929, 1195.
52. Pemberton, J. de J. et Saint, J. M. — Congenital arteriovenous Communication. *Surg. Gyn. Obst.*, 46, Avril 1928, 470.
Petit, L. H. — *Union médicale*, Paris, 24, 1880, 316.
53. Piulachs, P. — Considérations physio-pathologiques sur les Anévrysmes artério-veineux. *La Sem. Hôp. Paris.* 71, 26 Septembre 1951, 2787-2793.
54. Poinso, R., Charpin, J. et Deprez, D. — A propos d'un cas de nævus thoracotrachial avec ostéo-hypertrophie du membre supérieur droit (syndrome de Parkes-Weber). *La Presse méd.*, 63, Décembre 1946, 865.
Pratt, G. H. — Arterial Varices, a syndrome. *Amer. J. Surg.*, 77, 1949, 456.
55. Pratt, G. H. — *Surgical managements of vascular Diseases*, Philadelphie, Lea and Febiger, 1949.
Reid, M. R. — Abnormal arteriovenous Communications acquired and congenital. *Arch. Surg.*, 10, Mars 1925, 601-638; 10, Mai 1925, 996-1009; 11, Juillet 1925, 25-42; 11, Août 1925, 237-253.
56. Rienhoff, W. F. — Congenital arteriovenous Fistula. *Bull. John Hopkins Hosp.*, 35, 1924, 71.
Rossler. — Ueber Herzvergrosserung bei angeborener arteriovenoser Kommunikation. *Klin. Wsch.*, 2, 1929, 1621.
Sabin, F. R. — Origin and Development of the primitive Vessels of the Chick and of the Pig. *Carnegie Institute*, 6-7, 1917-1918, 61.
Salleras, V. — El sindrome de Klippel-Trenaunay. *Actas del Instituto Policlinico*, 3, 1948, 289.
Seeger, S. G. — Congenital arteriovenous Anastomoses. *Surgery*, 3, Février 1938, 264-305.
57. Servelle, M. — La veinographie va-t-elle nous permettre de démembrer le syndrome de Klippel-Trenaunay. *La Presse méd.*, 26, Juin 1945, 363.
58. Servelle, M. — Des malformations veineuses congénitales. *Arch. Mal. Cœur*, 40, 1947, 125-131.
59. Servelle, M. et Trinquecoste, P. — Des angiomes veineux. *Arch. Mal. Cœur*, 41, 1948, 436-442.

60. Servelle, M. — Les malformations congénitales des veines. *Rev. Chir. Paris*, 68, 1949, 88-106.
61. Servelle, M. — *Pathologie vasculaire.* Masson, édit., Paris, 1952.
62. Servelle, M. — Communication personnelle.
Sezary et Lichtwitz. — Nævus variqueux ostéo-hypertrophique. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1601, 1927, 2-12.
63. Smith, F. C. et Horton, B. T. — Sclerosing Treatment of congenital arteriovenous Fistula. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, 12, Janvier 1937, 17-21.
Smith, T. — *Trans. Clin. Soc. London*, 15, 1892, 198.
Sonntag, E. — Das Rankenangiome sowie die genuine diffuse Phlebarterieektasie und Phlebektasia. *Ergebn. d. Clin. v. Orthop.*, 11, 1919, 99-182.
Stauffer, N., Arbuckle, R. K. et Aegerter, E. E. — Polyostotic fibrous Dysplasia with cutaneous Pigmentation and congenital arteriovenous Anevrysm. *The J. Bone and joint Surg.*, 23, 1921, 323.
Susman, E. et Mac Credie, D. W. — Haemangiectatic Hypertrophy of the Arm. A case of genuine Phlebectasia. *Med. J. Australia*, 11, 1927, 581.
64. Thomson, J. E. — A case of haemangiectatic Hemihypertrophy with subjective Symptoms of iliac disturbances due to abnormal bony Development. *The J. of Bone and joint Surg.*, 14, 1932, 702.
Trelat et Monod. — De l'hypertrophie congénitale partielle ou totale du corps. *Arch. Gen. Méd.*, Mai 1869; 10, 1888, 257.
65. Van Bogaert, A. et Kegels, C. — Syndrome de Klippel-Trenaunay avec communication artério-veineuse. *Arch. Mal. Cœur*, 40, 1947, 93-98.
66. Veal, J. R. et Mac Cord, W. R. — Congenital abnormal arteriovenous Anastomosis of the Extremities with special Reference to Diagnosis by Arteriography and by the Oxygen Saturation Test. *Arch. Surg.*, 33, Novembre 1936, 848-866.
Wakefield, E. G. — Hypertrophy congenital of the left Shoulder, Girdle, Arm and Hand, with nævus and varicose veins. *Amer. J. Med. Sciences*, 171, 1926, 569.
Wakefield, E. G. — Congenital Hypertrophy involving the right Side of a Female aged six. *Ann. Int. Med.*, 1, 1927, 2921.
Ward, C. E. et Horton, B. T. — Congenital arteriovenous Fistula in children. *J. Pédiat.*, 16, Juin 1940, 746-766.
Weber, K. O. — *Handbuch der allg. und spez. Chir.*, 2, 2, 1, 158.
67. Weill, J., Bonnet, G. et Leveau, H. — Syndrome de Klippel-Trenaunay. *Arch. Fr. Pédiatr.*, 6, 1949, 24.
Wilbur. — Multiple Anevrysms and arteriovenous Fistulas. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, 5, 1930, 10.
Wise et Lisansky. — Congenital arteriovenous Fistula or Fistulas. *Ann. Surg.*, 108, 1938, 801.
Woollard, H. H. — The development of the principal arterial stems in the Forelimb of the Pig. *Carnegie Institute*, 14, 1922, 139.
68. Wright, I. S. — *Vascular Diseases in clinical practice.* The Year Book publ., Chicago, 1948.

***

Nous tenons à remercier MM. les professeurs Leriche et Salmon, MM. les docteurs F. Caby, L. Gerson, F.-W. Preston, W.-F. Rienhoff, M. Servelle de l'aide qu'ils nous ont apportée dans l'élaboration de ce Mémoire grâce à leurs précieuses communications personnelles ou aux travaux que, grâce à eux, nous avons pu consulter.

C. B.

LV^e CONGRÈS
de l'
ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE
(PARIS, 5 au 10 OCTOBRE 1953)

Traitement pré- et post-opératoire de l'occlusion intestinale aiguë de l'adulte [1].

RAPPORT PAR MM.

Jacques MIALARET (de Paris) et **Pierre MICHAUD** (de Lyon)

avec la collaboration de

G. MORIN

M. ARSAC **J. TRAEGER**

L'amélioration des résultats du traitement de l'occlusion intestinale aiguë que l'on constate aujourd'hui est réelle, mais la mortalité est encore considérable. Le progrès ne résulte pas de médications ni de techniques opératoires nouvelles mais de la plus grande précision du diagnostic, de meilleures anesthésies, d'une conception plus raisonnée de l'urgence variable de l'intervention et de la plus grande attention apportée à la recherche et à la thérapeutique pré et post-opératoire des déséquilibres humoraux susceptibles d'entraîner la mort, alors que les lésions anatomiques ne suffiraient pas à l'expliquer.

Cette orientation, modifiant la règle classique de l'intervention d'urgence pour supprimer l'obstacle ou dériver le cours des matières, nous paraît avoir été accueillie par les chirurgiens avec un scepticisme excessif ou une confiance exagérée. Les uns ont tendance à considérer la thérapeutique « para-chirurgicale » de l'occlusion comme une complication « à la mode », mais inutile. D'autres en attendent trop, et pratiqués sans discernement, l'aspiration abusive, le retard excessif apporté à l'intervention sous prétexte de rééquilibration ont eu des conséquences désastreuses.

Le traitement de l'occlusion reste essentiellement chirurgical, mais, s'il est des cas où il doit être pratiqué d'urgence et d'autres où il doit être différé, jamais il ne se résume à l'intervention. La thérapeutique pré, per et post-opératoire doit être systématique. Le pronostic est assez grave pour que l'on doive utiliser au maximum tous les moyens susceptibles de l'améliorer.

Le but essentiel de notre étude, basée sur 200 observations de malades opérés à Paris et à Lyon depuis 1 an, est d'en rappeler la simplicité et l'efficacité.

Conception physiopathologique.

La *conception physiopathologique* de l'étiologie des accidents occlusifs a peu évolué au cours de ces dernières années; on note cependant le regain d'actualité de théories

(1) Résumé des Auteurs du Rapport présenté au *LV^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie.*

anciennes, hier désuètes. Aucune des pathogénies successivement invoquées : lésions anatomiques, infection, toxémie, choc, distension, n'est susceptible à elle seule d'expliquer tous les décès. Telle est actuellement la seule certitude.

L'importance de la distension est classique depuis les travaux de Wangensteen. Toute interruption du transit entraîne progressivement une accumulation de liquides et de gaz dans l'intestin et une distension qui diminue, puis abolit leur résorption normale. Ainsi se constitue un cercle vicieux : plus l'intestin se remplit, plus il est distendu, moins il résorbe — moins il résorbe, plus il est distendu, etc.

La distension entraîne une hyperpression intestinale et un hyperpéristaltisme, bientôt suivi d'atonie et de paralysie, une réduction de la circulation pariétale avec stase veineuse, puis ischémie et nécrose, une diminution, puis une suppression de l'absorption intestinale des liquides et des gaz, des troubles du rythme et de l'amplitude respiratoire, un syndrome humoral caractérisé essentiellement par une déperdition hydrique, une exhémie plasmatique avec hémoconcentration et une fuite électrolytique avec hypochlorémie. Finalement surviennent des phénomènes de choc et la mort.

Le traitement de la distension par l'aspiration, de l'anoxie par l'hyperoxygénation et du déséquilibre hydro-électrolytique par les perfusions compensatrices est la conséquence logique de cette conception des accidents.

Cependant l'hypothétique toxémie, la « stercorémie » d'autrefois, a toujours conservé des partisans. La suppression de l'absorption dans l'anse occluse était l'argument essentiel contre cette théorie, mais on admet aujourd'hui la possibilité du passage des « toxines » à travers la paroi intestinale perméabilisée par la nécrose. Elles sont absorbées, non par l'intestin, mais par le péritoine. L'injection du sang d'un animal occlus à un animal sain ne suffit pas à entraîner la mort, mais devient mortelle si le récepteur est placé en état de déséquilibre hydro-électrolytique analogue à celui des occlus. L'agent toxique serait d'origine microbienne; après le staphylocoque, le perfringens, ce sont les germes du groupe Clostridia qui retiennent aujourd'hui l'attention. Cohn, Nemir, Hawthorne, Light estiment avoir réussi à l'isoler.

Constatant d'autre part une hyperkaliémie au cours des strangulations, Scudder, Zwener, Whipple ont pensé que le potassium intra-cellulaire, libéré par la nécrose tissulaire et absorbé par le péritoine, était peut-être le toxique spécifique, mortel chez un sujet déséquilibré par la distension.

Ainsi les trois théories : microbienne, toxique, distension, autrefois opposées, se rejoignent aujourd'hui pour expliquer les accidents. Il devenait logique de compléter le traitement en s'efforçant de détruire par la chimiothérapie et les antibiotiques la flore microbienne de l'intestin et de surveiller la kaliémie. On découvrit alors la fréquence de l'hypokaliémie et son rôle dans l'étiologie de certaines occlusions post-opératoires.

Les variations du retentissement local et général de l'occlusion suivant son siège et son étiologie sont bien connues. On oppose toujours occlusion mécanique et dynamique, obturation et strangulation, la précocité des troubles de l'occlusion haute du grêle et la grande tolérance du côlon à la distension progressive, mais il faut surtout insister sur les caractéristiques physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques qui différencient la strangulation de la striction avec laquelle elle est trop souvent confondue.

L'occlusion par striction la plus typique est l'occlusion par bride, formant autour de l'intestin une ligature plus ou moins serrée. Les lésions anatomiques qu'elle entraîne, susceptibles d'aboutir au sphacèle et à la perforation sont limitées à la striction et parfois même linéaires. La vascularisation de l'anse entière est peu modifiée. La distension intestinale en amont s'accompagne des conséquences physiopathologiques classiques.

L'occlusion par strangulation au contraire, dont le type est le volvulus du grêle, étrangle le pied d'une anse dans un véritable garrot qui menace la vitalité d'un segment intestinal souvent considérable. La distension ne peut expliquer des accidents qui surviennent avant même qu'elle ait pu se produire. Ils sont d'origine circulatoire; le garrot interrompt d'abord la circulation veineuse de retour, alors que le sang artérie

passe encore, ce qui entraîne rapidement dans l'anse occluse et dans le péritoine l'accumulation d'un épanchement hématique dont le volume, proportionnel à la longueur de l'anse et au degré de strangulation, peut être très important.

Cette hémorragie détermine un choc par exhémie auquel s'ajoute le choc réflexe d'origine nerveuse dû à l'étranglement des pédicules. Il peut entraîner la mort avant l'apparition de lésions intestinales irréversibles. Plus tard, la nécrose par ischémie permettant l'absorption de produits d'autolyse toxiques produit un choc secondaire. La distension ne joue donc, en cas de strangulation, qu'un rôle accessoire.

Du point de vue clinique, cette occlusion très particulière se traduit par un choc précoce, une atteinte rapide de l'état général, un ballonnement léger ou nul, des signes radiologiques très frustes et, beaucoup plus fréquemment qu'il n'est classique de le signaler, par une contracture abdominale avec « ventre de bois ». Du point de vue humoral, c'est l'anémie qui constitue le déséquilibre le plus important. Du point de vue thérapeutique, l'intervention est urgente, le déchoquage pré-opératoire essentiellement à base de sang doit être énergique et rapide. La gravité du pronostic reste considérable, la mortalité atteignant souvent encore aujourd'hui 40 p. 100.

Diagnostic humoral.

Après avoir porté par l'examen clinique et radiologique le diagnostic d'occlusion, déterminé son siège et son étiologie, apprécié l'état général et la résistance du malade, on doit s'efforcer de préciser son état humoral pour fixer la nature et la durée du traitement pré-opératoire. Il ne saurait être question d'envisager d'urgence une étude humorale complète, illusoire et d'ailleurs inutile. Le bilan de départ peut être établi avec une suffisante exactitude par la clinique aidée de quelques examens de laboratoire simples et rapides, partout réalisables.

L'HYDRATATION. — L'occlusion entraîne toujours une déshydratation dont il faut s'efforcer d'apprécier l'importance par l'interrogatoire, en faisant préciser le début des accidents, la quantité de liquide ingérée depuis cette date, l'importance des vomissements et de la diurèse. Si le début a été brutal et précis, le malade évite en général toute absorption et l'estimation des pertes est aisée, mais si l'occlusion s'est constituée plus lentement ou si, quoique vomissant, le malade a continué à boire, s'il a reçu du sérum ou s'il a été soumis à une aspiration, l'état de l'hydratation est beaucoup plus difficile à préciser. La sécheresse de la langue est surtout un signe d'hypertonie; l'oligurie n'indique pas le degré de déshydratation, le volume du liquide retenu dans l'intestin, variable suivant l'étiologie et le siège de l'occlusion et souvent considérable, est impossible à préciser. On admet en principe qu'un sujet maintenu à une diète totale perd environ 2 000 cm³ d'eau par 24 h (800 à 1 000 pour les pertes insensibles : sueur et respiration, 1 200 pour la diurèse), on augmente ce chiffre du volume des vomissements et c'est sur cette base approximative que se font les calculs.

On les contrôle par : *la mesure de l'hématocrite :* rapport entre le volume globulaire et le volume plasmatique (42 p. 100 chez la femme et 45 à 47 p. 100 chez l'homme en général) et par *le dosage des protéines plasmatiques* (normalement 75 à 80 g pour 1 000). La déshydratation entraîne une hémo-concentration avec hyperprotidémie et élévation de l'hématocrite. Ces deux dosages varient dans le même sens et ont la même signification. S'ils ne permettent pas d'évaluer exactement la déshydratation, quels que soient les calculs proposés, ils précisent les renseignements tirés de l'examen clinique.

La concentration électrolytique du plasma sera appréciée par l'étude cryoscopique et la mesure de la résistivité plasmatique.

Le point de congélation d'une solution est d'autant plus bas que la concentration des corps dissous est plus importante et permet donc de calculer la pression osmotique du plasma sanguin, proportionnelle à la concentration des électrolytes dissous. Il est pour le plasma de — 0°,55 à — 0°,56 (après correction de l'urée), ce qui correspond à une pression osmotique efficace de 297 à 302 milli-osmols.

La conductivité électrique du plasma est proportionnelle à sa teneur en électrolytes et la résistivité est d'autant plus élevée que la concentration est plus faible. Le chiffre de la résistivité, calculé en ohms, peut être converti d'après l'abaque de Sonderman, modifiée par J. Gosset, en milli-equivalents. Chez les sujets normaux, le chiffre d'anions varie entre 150 et 155 meq/l, celui des cathions est identique, le total est de 310 meq/l. Cette mesure est très rapide, les causes d'erreur sont négligeables; le prix de l'appareil est peu élevé et cette méthode mérite d'être plus couramment utilisée.

Si le point de congélation et la résistivité sont abaissés, on peut conclure qu'il existe une hypertonie plasmatique et, dans le cas contraire, une hypotonie.

Tels sont les seuls examens utiles à cette période. *La numération globulaire* dont les résultats sont faussés par l'hémo-concentration ne permet guère de déduction thérapeutique. Il en est de même pour *l'azotémie*. L'oligurie suffit à élever son taux et le chiffre normal est variable suivant les sujets : une augmentation légère n'a aucune signification, une élévation importante indique simplement la probabilité d'une insuffisance rénale pré-existante. *La chlorémie et la chlorurie* ne permettent de juger ni des pertes de l'organisme, ni de ses besoins en chlore et en sodium. La chlorurie est sans valeur en cas de déshydratation. La chlorémie plasmatique est en général normale au début de l'occlusion et cependant la conviction de la constance et de l'importance de l'hypochlorémie est telle que, sans dosage ou malgré des chiffres de chlore parfaitement normaux, la thérapeutique pré-opératoire se résume trop souvent en injection systématique de NaCl.

Les dosages isolés des électrolytes (sodium, potassium, magnésium) sont inutiles. Seule peut être mesurée avec quelque intérêt, *la réserve alcaline*, en raison des modifications rapides de l'équilibre acido-basique que peut entraîner l'aspiration. Elle est normalement égale à 55 ou 60 volumes pour 1 000.

***

Nous avons pratiqué chez 50 malades des dosages pré-opératoires aussi complets et précis que possible. Ils nous permettent d'affirmer que l'appréciation obtenue par les moyens simples que nous avons indiqués est parfaitement suffisante.

Les publications consacrées à l'état humoral des occlusions, qui indiquent des déséquilibres importants se rapportent, pour la plupart, à des résultats d'expériences animales ou ne font état chez l'homme que de dosages pratiqués après plusieurs jours d'évolution. Les occlusions que nous avons examinées ont été, dans l'ensemble, vues précocement, ce qui explique la divergence entre nos constatations et les notions habituellement admises.

La déshydratation constante ne nous a pas paru dépasser, dans les occlusions par striction, 2 000 cm³ par 24 h. L'hématocrite s'est montré augmenté 48 fois sur 50 (de 7 p. 100 en moyenne; chiffres extrêmes 2,5 et 18) et la protidémie élevée dans 40 cas sur 50 (en moyenne de 20 p. 100; chiffres extrêmes 6 et 40 p. 100).

Du point de vue de LA TONICITÉ PLASMATIQUE, nous avons noté sur 45 résultats utilisables, 35 hypertonies, 3 hypotonies, 7 isotonies. L'hypertonie était en moyenne de 12,7 meq/l (chiffres extrêmes 26 et 6 meq), déséquilibre modéré, mais indiscutable.

Du point de vue CHLORÉMIE : sur 50 malades, 37 présentaient une *hyperchlorémie* plasmatique (de 7,2 meq/l : chiffres extrêmes 3 à 12), 6 présentaient un taux de chlore normal, 7 seulement présentaient une hypochlorémie, expliquée par l'abondance des vomissements et l'ancienneté de l'occlusion.

Le comportement du SODIUM est totalement dissocié de celui de l'ion Cl, la concentration de l'ion Na dans le plasma s'est toujours révélée normale ou augmentée.

Sur 23 dosages pré-opératoires du POTASSIUM, nous avons constaté 3 hypokaliémies modérées (3, 24 — 3,75 — 3,8 meq/l) et 12 hyperkaliémies (dépassant 6 meq dans 7 cas et 8 meq dans 5 cas). L'hyperkaliémie est donc fréquente au début de l'occlusion, elle ne peut être décelée que par les dosages et ne se traduit par un tracé électrocardiographique spécial qu'à partir de 7 meq/l. Elle ne risque d'être grave qu'en cas d'insuffisance rénale et d'oligurie ou surtout de thérapeutique potassique intempestive.

L'HYPERAZOTÉMIE était manifeste, mais modérée dans 31 cas sur 50. Elle nous a paru proportionnelle, non à l'oligurie, mais à la déshydratation.

L'HYPERLEUCOCYTOSE est considérée par Danis, après Mac Kittrick et Sarris, comme proportionnelle au degré des lésions intestinales. Elle indiquerait à partir de 15 000 globules blancs, l'urgence du traitement. Il ne nous a pas semblé, d'après nos constatations personnelles, qu'elle permette des conclusions aussi précises, mais à une leucocytose élevée correspond d'ordinaire un pronostic grave (dans 20 cas où elle dépassait 12 000 : 11 décès, 9 guérisons; dans 25 cas où elle n'atteignait pas ce chiffre, 20 guérisons, 5 décès).

Nous n'avons constaté de signes de choc qu'en cas de volvulus. Les autres malades, même s'ils étaient examinés tardivement, n'étaient pas choqués, apparemment tout au moins, mais parfois le choc, inapparent parce que compensé, risque de se décompenser brusquement au cours de l'intervention ou dans ses suites immédiates, si le traitement pré et per opératoire a été négligé.

Sauf pour la kaliémie et la chlorémie, nos constatations concordent parfaitement avec les notions classiques. La rapidité d'apparition et d'évolution du syndrome humoral est d'autant plus grande que l'occlusion est plus haut située. Les vomissements abondants transforment le sens de la perturbation, à l'hypertonie du début fait suite une hypotonie avec hypochlorémie. Ce dernier syndrome n'a paru : constant et « typique » de l'occlusion qu'en raison de la date tardive des examens. En pratique, si le malade est toujours déshydraté, rien n'autorise à le considérer, à priori, dès le début, comme toujours hypochlorémique et rien ne justifie l'injection systématique de quantités importantes de sel.

Nous ne pensons donc pas qu'une occlusion ne peut être traitée correctement sans dosages multiples et compliqués; quelques recherches fort simples suffisent. Si elles sont trop souvent déclarées impossibles « d'urgence », c'est que leur nécessité n'apparaît pas avec assez d'évidence, alors que la méconnaissance du déséquilibre peut entraîner un optimisme et une négligence très dangereux, même dans les cas apparemment les plus favorables.

Traitement pré-opératoire.

« L'urgence n'est pas l'intervention, mais la correction du trouble humoral » (Thomeret). Cette affirmation peut choquer les chirurgiens restés fidèles à la règle de l'intervention immédiate malgré les désastres qu'elle entraîne parfois, mais l'amélioration des résultats obtenue par le traitement pré-opératoire est suffisamment probante, pour qu'il puisse être considéré comme l'une des conditions essentielles du succès. Adapté au type de l'occlusion, à l'état général du malade et au « bilan de départ », il doit comporter une aspiration intestinale et une rééquilibration humorale.

L'ASPIRATION a pour but de lutter contre la distension, arrête les vomissements, évite le risque d'inondation trachéale par reflux gastrique au cours de l'anesthésie, atténue le ballonnement et facilite l'intervention.

Le matériel et la technique en sont bien connus, mais si le centre chirurgical le plus modeste possède aujourd'hui des sondes et un petit moteur, l'aspiration n'est pas toujours correctement pratiquée. Passer une sonde par le nez du malade, la brancher et s'éloigner satisfait ne constitue qu'un simulacre. L'aspiration n'est, dans la majorité des cas, duodénale que de principe et en réalité gastrique. Quant à l'intubation intestinale par les longues sondes de Miller-Abbott, Brocq et Eudel, Harris-Thomeret, elle n'est que rarement utilisée. Ses difficultés ne rebuteraient pas les chirurgiens s'ils étaient davantage convaincus de son intérêt.

Quelle que soit la sonde employée, il faut s'efforcer de franchir le pylore. Le passage est fréquemment gêné par la distension intestinale qui entraîne une sténose médio-gastrique. Pour éviter que la sonde ne s'enroule dans la poche supérieure et lui faire

franchir ce défilé, puis le pylore, il faut la diriger sous écran par l'intermédiaire du mandrin. Il n'existe pas d'autre technique. Tous les artifices conseillés : inhalation de nitrite d'amyle ou injection de morphine intra-veineuse, instillation dans la sonde de bicarbonate de soude pour neutraliser l'hyperchlorydrie qui entraînerait un spasme pylorique, toutes les épreuves destinées à témoigner du passage dans le duodénum (réaction au tournesol du liquide aspiré, résistance à l'aspiration, etc.) nous paraissent parfaitement inutiles. La constatation des erreurs qu'évite le contrôle radiologique convainct rapidement de l'inefficacité habituelle de l'intubation non dirigée.

Quelque soin que l'on apporte à l'intubation, il existe cependant des échecs (10 p. 100 dans la statistique de Smith). On obtient d'autant plus régulièrement le passage que l'on y apporte plus de soin et surtout plus de temps. La longue durée de la surveillance nécessaire s'oppose malheureusement trop souvent à l'intubation intestinale, pourtant irremplaçable dans certains cas.

On ne peut espérer obtenir un résultat de l'aspiration qu'en surveillant soigneusement l'appareillage, la perméabilité de la sonde et en vérifiant sur des clichés successifs son efficacité (disparition des niveaux et diminution de la distension gazeuse). Elle doit être systématiquement installée dès l'arrivée du malade, même s'il n'existe pas de ballonnement, même si l'opération ne paraît pas devoir être différée. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'une aspiration véritablement duodénale. L'aspiration gastrique ne permet d'évacuer que ce que le malade aurait vomi et n'agit guère sur le ballonnement. Si l'on veut obtenir une action réelle sur l'intestin, il faut franchir le pylore.

L'intubation jéjunale n'est pas indispensable, son indication majeure est l'occlusion récidivante par adhérence ou subocclusion paralytique, mais elle mérite d'être beaucoup plus fréquemment utilisée. Rien ne s'y oppose, même en cas d'urgence de l'intervention, car rien n'oblige à attendre pour opérer qu'elle ait pénétré dans le grêle, pourvu qu'elle ait franchi le pylore. Elle ne présente aucun danger, il est facile, en cas de résection par exemple d'arrêter sa progression, en amont de l'anastomose. Son emploi plus courant ne dépend que de la meilleure organisation de la chirurgie d'urgence.

La rééquilibration pré-opératoire ne prétend pas rétablir un équilibre parfait, mais cherche à amener le malade à l'intervention dans les meilleures conditions possibles. Plus ou moins rapide suivant l'urgence, proportionnelle au déséquilibre, à la nature et à l'ancienneté de l'occlusion, elle doit être systématique même dans les cas apparemment les plus favorables, car le déséquilibre, léger peut-être, mais constant, risque de s'aggraver par la suite. Il faut insister à nouveau sur les états de choc légers, cliniquement inapparents parce que compensés, mais susceptibles de décompensation brutale au cours de l'intervention ou dans les suites immédiates.

Nous avons indiqué les éléments d'appréciation de l'hydratation et de la tonicité plasmatique. Si l'on admet que l'occlusion complète entraîne une perte d'eau de 2 l jour au minimum, il ne peut être question d'envisager la correction sur cette base avant l'intervention. Les perfusions nécessaires seraient trop importantes, demanderaient trop de temps et si elles étaient trop rapides, pourraient être dangereuses. Il suffit, dans la majorité des cas, de les mettre en route : on intervient lorsque l'état général est amélioré, elles seront poursuivies pendant et après l'intervention, mais la connaissance aussi exacte que possible du déficit initial est nécessaire.

Ni le sérum salé physiologique, ni le sérum glucosé isotonique ne peuvent être considérés comme solution « standard ». Il faut injecter, en quantité plus ou moins grande suivant le déficit hydrique, du sérum glucosé isotonique additionné de plus ou moins de sel suivant le déficit électrolytique indiqué par la résistivité, c'est-à-dire, en pratique, si le malade est isotonique, 6 g de sel par litre d'eau, 10 g en cas d'hypotonie, 3 g en cas d'hypertonie. En l'absence de tout renseignement sur la tonicité, la solution la meilleure paraît le mélange de 2/3 de sérum glucosé et de 1/3 de sérum physiologique, l'hypertonie légère étant habituelle.

Les solutions de polyvinyl-pyrolidone (subtosan) ont une action plus rapide et plus durable sur la masse sanguine et la tension, ce qui indique tout particulièrement leur emploi.

Les injections de sang, de plasma ou de solution de protéines ne doivent pas être

systématiques. Elles ne constituent pas toujours le traitement le plus efficace ni le plus inoffensif. Par contre, en cas de choc précoce (strangulation) ou tardif (après plusieurs jours d'occlusion) le rétablissement de la masse sanguine doit être effectué d'urgence par perfusion de sang.

Les perfusions, quelle qu'en soit la nature, doivent être poursuivies pendant l'opération, en modifiant le débit suivant le chiffre de la tension et l'état du malade. Cette « réanimation per-opératoire » constitue la meilleure prévention du choc post-opératoire.

Les sulfamides et les antibiotiques, administrés pendant plusieurs jours avant la constitution expérimentale de l'occlusion, prolongent la survie des animaux, retardent la péritonite en cas de striction et s'opposent, en cas d'obstruction, au développement rapide de la flore intestinale. Chez l'homme, les résultats des antibiotiques ne peuvent être aussi probants, mais leur emploi doit être systématique, à hautes doses, dès l'arrivée du malade, et quelle que soit la cause de l'occlusion.

Les excitants du péristaltisme (prostigmine) sont contre-indiqués sauf en cas d'iléus paralytique. *La morphine* et *les antispasmodiques* le sont également, tant que le diagnostic et la décision thérapeutique ne sont pas assurés (car elle peut être basée sur la persistance des crises douloureuses, malgré l'aspiration). Atropine, morphine, scopolamine, dodosal, phénergan calment les souffrances du malade, atténuent le péristaltisme, retardent la distension et constituent la prénarcose nécessaire, quelle que soit l'anesthésie utilisée. Quant aux essais de lutte contre les réactions post-agressives, aux déconnexions neuro-végétatives, aux ganglioplégiques, sans méconnaître la valeur de l'expérimentation et des premiers résultats cliniques, nous ne pensons pas que leur application aux interventions pour occlusion puisse être dès maintenant utilement discutée.

Les résultats du traitement pré-opératoire.

Ils dépendent de l'état du malade au moment où il a été entrepris, de la nature, du siège et de l'ancienneté de l'occlusion. L'amélioration est presque constante, mais l'aspiration n'agit pas aussi nettement sur la douleur qu'en cas de perforation ulcéreuse. Elle n'influe sur le ballonnement que si la sonde a dépassé le pylore et si elle est continuée pendant 4 h au moins. Smith estime qu'après 24 h d'aspiration, 25 p. 100 des malades ne sont pas modifiés. Espérer obtenir par une attente obstinée un déballonnement important est une dangereuse illusion. Il est même des cas où l'aspiration correcte et contrôlée peut être inefficace : les vomissements persistent, la distension augmente en raison de l'hypersécrétion et de l'aérophagie.

Les perfusions transforment l'état général, mais l'amélioration clinique et la rééquilibration humorale, contrôlée par de nouveaux dosages, ne sont pas obligatoirement parallèles, l'une pouvant être nette et l'autre discrète. Il est essentiel de se souvenir que l'amélioration n'est souvent que transitoire. Enfin le traitement le plus actif, trop tardivement entrepris sur des malades déjà moribonds, peut être totalement inefficace et ne pas éviter la mort rapide.

La durée du traitement dépend de son efficacité, de l'étiologie de l'occlusion, de l'état général du malade et du bon sens du chirurgien. Il est des délais obligatoires ou raisonnables, d'autres qui sont inutiles ou dangereux.

En cas d'occlusion par strangulation ou striction, l'intervention doit être pratiquée dès que l'état général du malade la permet. S'il est bon, que gagnerait-on à attendre ? 1 ou 2 h suffisent pour faire franchir le pylore à la sonde et injecter au minimum 1 l de liquide, mais ce délai, ce retard, est plus utile au malade, s'il est bien employé, qu'une précipitation opératoire excessive. Par contre, si l'état général est grave, le pouls filant, la tension artérielle effondrée, l'intervention immédiate serait une véritable faute. Le risque de laisser s'aggraver la lésion anatomique est moins grand que celui d'opérer d'extrême urgence un malade choqué. L'amélioration d'abord constante et rapide, n'est pas proportionnelle au délai : l'état général décline à nouveau si l'obstacle n'est pas levé. On interviendra donc dès que le pouls et la tension le permettent.

Il n'y a aucun intérêt à attendre plus de 3 h, même dans les cas les plus graves et chez les sujets âgés ou tarés, car si le risque de l'intervention est chez eux considérable, ce sont eux aussi qui, après une amélioration transitoire, déclinent le plus rapidement lorsque l'intervention est inconsidérément différée.

S'il ne s'agit pas d'une strangulation, le danger de sphacèle intestinal n'entrant plus aussi impérieusement en ligne de compte, l'heure de l'opération dépend des résultats de l'aspiration et de la rééquilibration, mais, d'une façon générale, il paraît dangereux de prolonger le traitement plus de quelques heures, lorsque le ballonnement n'est pas modifié, et plus de 24 h, lorsque les signes d'occlusion persistent, car on ne peut jamais être assuré que la vitalité intestinale ne court aucun risque. On n'est donc autorisé à différer l'intervention qu'en cas d'occlusion paralytique, inflammatoire ou de ces occlusions par adhérences et brides multiples, déjà plusieurs fois opérées, surtout chez les sujets âgés ou en mauvais état général, mais à condition que des signes d'amélioration se manifestent, sinon la vérification est indispensable.

Les publications américaines insistent beaucoup aujourd'hui sur les résultats désastreux de l'aspiration prolongée, de la temporisation inconsidérée, de l'erreur de diagnostic (Berry, Decker, Mitchell, Knapp et Davidson, etc.). Le danger est évident; mais celui de l'intervention immédiate systématique sans préparation est également certain. Il n'est pas inutile de le rappeler, puisque nous constatons que sur 100 observations qui nous ont été confiées :

51 malades ont été opérés sans aucun traitement pré-opératoire.

34 seulement ont été soumis à une aspiration non contrôlée, c'est-à-dire gastrique.

20 ont reçu un traitement excessif (transfusions abondantes injustifiées) ou insuffisant (500 g de sérum, lorsque la déshydratation devait atteindre plusieurs litres).

15 ont subi des examens humoraux, mais l'azotémie, la numération globulaire, la chlorémie demandées ne pouvaient fournir les renseignements utiles.

8 ont été intubés par sonde intestinale.

5 sont morts pendant l'intervention ou dans les suites immédiates. La mortalité globale est de 40 p. 100.

Thérapeutique post-opératoire.

Il serait fort imprudent, même dans les cas apparemment les plus simples, d'attendre passivement le rétablissement spontané du transit intestinal et de l'équilibre humoral après suppression de l'obstacle. Guidé par la surveillance clinique, radiologique et humorale, le traitement comporte essentiellement, après comme avant l'intervention, l'aspiration et la rééquilibration.

L'ASPIRATION complète l'évacuation pré et per-opératoire de l'intestin et facilite la reprise du transit, mais, susceptible d'entraîner par soustraction d'eau et d'électrolytes un déséquilibre particulièrement dangereux chez des sujets déjà déséquilibrés par l'occlusion, elle doit être attentivement surveillée. On doit non seulement vérifier le bon fonctionnement de l'appareillage, interdire les ingestions liquidiennes qui faussent les résultats, noter le volume du liquide aspiré mais aussi, dans les cas graves, y doser le chlore et le potassium pour permettre l'établissement de bilans quotidiens exacts et suivre, sur des radiographies successives, le cheminement des sondes intestinales et l'efficacité de la décompression.

Le volume du liquide aspiré, parfois insignifiant dès le premier jour, lorsque l'aspiration pré et per-opératoire a été complète, peut être considérable (2 l par exemple), varier d'un jour à l'autre et même augmenter comme le ballonnement, en raison de l'hypersécrétion et de l'aérophagie qu'entraîne la présence de la sonde, sans être inquiétant s'il s'accompagne de signes cliniques et radiologiques de rétablissement du transit Par contre, la réapparition des niveaux liquides, s'ils avaient disparu, ou la reprise des vomissements doit faire craindre la récidive de l'occlusion ou un sérieux déséquilibre humoral.

L'aspiration doit être en principe maintenue jusqu'à certitude du rétablissement du transit, c'est-à-dire pendant 3 jours au minimum, lorsque l'évolution est normale. Pendant cette période, elle doit être continue et toute ingestion liquidienne proscrite, précaution peut-être inutile dans les cas simples, mais les demi-mesures trop souvent consenties compliquent, dans les cas difficiles, l'indication thérapeutique. On ne procédera à l'ablation de la sonde qu'après avoir vérifié par suppression de l'aspiration pendant quelques heures et par de nouveaux clichés, la liberté du transit.

La rééquilibration. — L'appréciation des besoins de l'opéré est difficile par le seul examen clinique et il faut s'adresser à des mesures indépendantes de l'appréciation subjective, mais, de ce point de vue, les difficultés sont moins grandes qu'avant l'intervention, car il n'y a plus urgence. Il est aisé de connaître chaque jour les pertes et les gains et en conséquence, les besoins du malade. Il faut fournir à l'opéré :

A. — *La quantité d'eau* compensant la diurèse et les pertes insensibles augmentées du volume des liquides soustraits par l'aspiration et éventuellement par les fistules intestinales. On y ajoute le premier jour le total du sang perdu pendant l'intervention, de l'exsudat péritonéal évacué et des liquides intestinaux retirés par ponction et aspiration per-opératoire.

L'équilibre hydrique est facilement obtenu par l'établissement du bilan quotidien des liquides. On le contrôle par la mesure de l'hématocrite et de la protidémie et par la pesée du malade.

B. — *Les électrolytes.* — Tout bilan en est impossible sans le secours du laboratoire, car l'abondance du liquide aspiré ne permet pas de juger de leur perte, leur taux variant considérablement suivant les malades et du jour au lendemain chez le même opéré. Or, si la rééquilibration peut être approximative avant l'intervention, elle doit être exacte ensuite, sous peine de complications, si l'aspiration est longtemps prolongée.

La mesure de la résistivité suffit à préciser les besoins électrolytiques, en indiquant le taux des bases totales du plasma. Le chiffre normal étant de 310 meq/l, si la résistivité indique 290 meq/l, c'est qu'il existe un déficit de 20 meq par litre de L.E.C. Le L.E.C. (1) correspond au 1/5 du poids du sujet. Il faut donc, chez un homme de 60 kg, injecter $12 \times 20 = 240$ meq ou 14 g de sel (1 g de NaCl = 17,2 meq de Na). Ce calcul approximatif permet en pratique de fournir au malade la quantité d'électrolytes jugée nécessaire. Le lendemain, la constatation d'une hypertonie indiquerait que l'appoint a été trop généreux, celle d'une hypotonie, son insuffisance, à condition que les pertes hydriques aient été correctement compensées, sinon l'hypertonie pourrait traduire une déshydratation.

Si, la mesure de la résistivité étant impossible, on effectue la correction d'après la chlorémie, on peut multiplier le chiffre du déficit par rapport à la chlorémie normale par le 1/5 du poids du sujet. Une chlorémie à 4,60 g traduisant un déficit de 1 g, commanderait chez un homme de 80 kg l'injection de $\frac{1 \times 80}{5} = 16$ g de sel ou 2 l environ de sérum physiologique, calcul également inexact puisque le taux du chlore plasmatique ne correspond pas obligatoirement au taux du chlore du L.E.C.

C. — *La ration calorique minima* est chez un homme de poids moyen de 1 600 cal. par jour. En fait, 800 cal. par 24 h peuvent suffire pendant quelques jours, si le malade n'était pas au départ en état de dénutrition et s'il peut rapidement reprendre une alimentation normale; mais comme il est impossible, en cas d'occlusion, de savoir quelle sera la durée de l'aspiration et de la suppression de toute ingestion, il faut s'efforcer de fournir systématiquement par voie intra-veineuse, une ration calorique aussi élevée que possible à base de *glucides*, indispensables pour l'utilisation convenable des graisses et de *protides* que les glucides ne peuvent ni longtemps, ni totalement remplacer.

La quantité de glucose nécessaire pour assurer, à elle seule, le minimum vital est de 200 g. La quantité totale des protéines du plasma correspondant à 280 g environ

(1) L.E.C. = liquide extra cellulaire.

(protidémie normale à 80 g/l et volume plasmatique égal à 3,500 l) le chiffre de la protidémie permet de calculer aisément le déficit plasmatique en protéines.

E. — *Les vitamines.* — 500 mg/jour de vitamine C peuvent être considérés comme nécessaire à l'opéré, ainsi que 2 mg de vitamine B1, 5 000 U. I. de vitamine A et 12 à 20 mg de vitamine PP. La vitamine K (10 à 20 mg/jour) est particulièrement indiquée en cas d'hypoprothrombinémie chez les hépatiques.

Il n'existe ni doses, ni solutions « standard ». Les besoins en eau peuvent être beaucoup plus considérables que les besoins en sel et l'utilisation exclusive de sérum salé physiologique isotonique à 9 pour 1 000 conduirait, pour donner assez d'eau, à donner trop de sel. Inversement, le volume de solution isotonique nécessaire à la rechloruration est en général insuffisant pour assurer l'équilibre hydrique. Si l'on doit donner beaucoup de sel, on risque de donner trop d'eau.

Le sérum glucosé isotonique doit être la solution de base que l'on charge suivant les besoins : *de NaCl,* en injectant dans l'ampoule la quantité nécessaire de sérum salé hypertonique à 20 p. 100, *de glucose, de vitamines et de KCl.*

Les besoins énergétiques seront satisfaits par injection de *protides* fournies par le plasma (600 cm³ apportant 35 g de protéines), les solutions d'hydrolysat de protéines (50 g/l, Baxter) ou le sang total et de *glucides.* Le litre de sérum glucosé isotonique à 50 pour 1 000 fournit 200 calories. La concentration peut être augmentée par adjonction de sérum glucosé hypertonique à 300 pour 1 000.

La rééquilibration, théoriquement simple, peut être en pratique difficile, parce que l'appréciation exacte des pertes insensibles, variables suivant l'âge des malades, leur température, leur poids, est impossible, parce que la thérapeutique ne peut se baser que sur les chiffres du jour précédent et peut être excessive ou insuffisante, que la voie sous-cutanée ne permet que des injections insuffisantes et que la voie veineuse entraîne vite des thromboses.

Si l'on désire assurer à un opéré de 60 kg par exemple, son minimum vital, il faut lui fournir 60 à 80 g de protides, 8 g de sel et 800 calories d'origine glucosée, c'est-à-dire injecter 4 l de sérum glucosé isotonique et 1,200 l de solution de protéines, ce qui entraînerait une hydratation excessive. On est conduit, pour réduire l'apport aqueux, à augmenter les concentrations, ce qui rend les solutions exagérément hypertoniques et mal tolérées et l'apport total est finalement toujours insuffisant.

Notre enquête nous a convaincus que les pertes hydriques des opérés d'occlusion sont habituellement insuffisamment compensées, alors que les besoins en sel sont surestimés. Beaucoup de chirurgiens, craignant les dangers de perfusions excessives ou habitués à voir d'ordinaire bien tolérées, les réductions liquidiennes post-opératoires extrêmes de la chirurgie d'autrefois ne peuvent admettre que 2,500 l d'eau représentent le minimum nécessaire à un opéré d'occlusion. Par contre, ils manient le sérum hypertonique avec une excessive désinvolture. L'hypochlorémie étant considérée comme la règle, il est encore de pratique courante, sans l'avoir vérifiée, d'injecter en 24 h, 80 à 100 cm³ de sérum à 20 p. 100, ce qui paraît une thérapeutique anodine, alors qu'elle risque de déclancher de graves hypertonies. Le sérum hypertonique n'a plus guère qu'une indication formelle : l'hypotonie consécutive à la surhydratation.

Lorsqu'au moment de l'intervention, la chlorémie était normale ou peu abaissée, l'administration de 4 g de sel par jour paraît suffisante et les mesures de la résistivité ont prouvé que ce faible apport suffisait à maintenir la tonicité. Ce chiffre doit être augmenté du total des électrolytes soustraits par aspiration (100 meq/l de chlore et de sodium, soit l'équivalent de 6 g de sel, en moyenne d'après nos observations).

L'hypokaliémie est fréquente. On peut admettre que tout malade soumis à une aspiration pendant plus de 3 jours présente un déficit potassique, car les liquides d'aspiration en contiennent 20 meq/l, les urines éliminent 30 à 50 meq par jour et les liquides de perfusion en sont habituellement dépourvus. Dosant systématiquement la kaliémie, nous n'avons au début de nos examens administré du potassium que lorsque son taux descendait au dessous de 4 meq/l, puis l'administration a été systématique et nous a semblé faciliter le rétablissement du transit. La dose habituellement conseillée est de

3 à 4 g de KCl par litre de sérum glucosé ou salé. Nous avons injecté sous forme de citrate de potassium, 50 meq/jour. Il nous semble cependant préférable de s'abstenir, en cas d'impossibilité de contrôle, à moins que l'électrocardiogramme n'indique une hypokaliémie manifeste, car le potassium introduit dans le sang trop rapidement ou sous une concentration trop élevée, est toxique et peut entraîner des troubles du rythme cardiaque et même la mort subite. On ne peut injecter plus de 15 g de KCl par jour, soit 6 à 7 g de K (150 à 200 meq) de telle sorte qu'un déficit de l'ordre de 400 à 500 meq ne doit être corrigé qu'en plusieurs jours, mais il faut donner de fortes doses, car 50 p. 100 du potassium injecté sont éliminés par les urines, même en cas de déficit global de l'organisme. La thérapeutique potassique prend fin dès que le malade peut boire et à plus forte raison s'alimenter.

Les antibiotiques ont toujours été injectés systématiquement (pénicilline : 1 million d'unités, streptomycine : 1 g). Nous n'avons qu'exceptionnellement eu recours aux médications dites adjuvantes, et en particulier à l'*ésérine* (prostigmine) employée systématiquement par certains pour hâter le « passage » des gaz. Il ne nous semble pas que l'évacuation ainsi provoquée soit utile; étudiant l'évolution sur des clichés post-opératoires successifs, il ne nous a jamais paru que l'injection de prostigmine ait sur le retour à la normale, une action bien nette, sauf peut-être en cas de subocclusion inflammatoire. Elle est, en tout cas, sans danger. La *yohimbine* nous semble plus efficace. L'injection répétée d'*adrénoxyl et de diparcol* donnerait dans les occlusions paralytiques d'excellents résultats.

L'utilité de l'emploi des extraits surrénaux et de l'A. C. T. H. en cas d'occlusion, est des plus discutable. L'inhalation d'oxygène pur diminue la distension et prévient en partie les complications pulmonaires post-opératoires. L'infiltration des sinus carotidiens en cas de choc est décevante, peut-être parce que l'on n'y songe que dans les cas désespérés. Les ganglioplégiques, comme le 45 60 R. P. agissent efficacement sur les graves hyperthermies post-opératoires.

Complications post-opératoires.

Les décès au cours même de l'intervention ou dans les suites immédiates sont devenus exceptionnels, mais les inondations trachéales par vomissements, avec asphyxie, les chocs mortels per et post-opératoires s'observent encore aujourd'hui, rappelant l'obligation de l'aspiration avant l'anesthésie et la nécessité de la rééquilibration.

L'importance des péritonites dans l'étiologie des décès apparaîtrait davantage si les autopsies étaient systématiquement pratiquées. Qu'il s'agisse de péritonite due au sphacèle intestinal et continuant son évolution, malgré la résection, de sphacèle par extension de la thrombose vasculaire, de désunion des sutures ou de perforation intra-abdominale secondaire d'une anse que l'on avait à tort jugée viable et réintégrée (23 p. 100 des péritonites post-opératoires dans la statistique de Caliban, Kennedy et Blain), le diagnostic en est habituellement difficile, les antibiotiques sont insuffisants, la réintervention en général trop tardive et le pronostic très grave.

Les accidents pulmonaires, cardiovasculaires, les éviscérations, les escharres, les complications des iléostomies étant bien connus, nous n'insisterons quelque peu que sur les complications d'origine humorale et les complications occlusives post-opératoires.

Complications d'origine humorale. — Le déséquilibre entraîné par l'occlusion, aggravé par l'aspiration et l'intervention, risque de devenir dangereux en cas d'insuffisance ou d'excès de la thérapeutique de rééquilibration. Les complications humorales sont fréquentes, rarement graves, mais parfois mortelles, alors que le traitement en est simple, si leur étiologie est reconnue. Leur diagnostic exact est difficile par la seule clinique, car leur symptomatologie peut être identique, alors que leurs causes sont diverses et relèvent de thérapeutiques différentes. Il appartient au laboratoire de l'orienter par la détermination du point cryoscopique et la mesure de la résistivité.

L'hypotonie plasmatique entraîne des troubles digestifs et nerveux : l'anorexie est totale, le dégoût des liquides est caractéristique, toute ingestion déclanche des nausées, puis, si le syndrome s'aggrave, apparaissent des vomissements (ou si le malade est sous aspiration continue, une augmentation de volume du liquide aspiré, de même signification). Ils augmentent l'hypotonie, créant ainsi un redoutable cercle vicieux. Quant aux signes nerveux, de gravité croissante : crampes, myalgies, puis céphalée, troubles psychiques, obnubilation, confusion mentale, convulsions, ils peuvent aboutir au coma hypothermique et à la mort.

L'hyperhydratation. — « L'intoxication par l'eau » résulte d'un excès de perfusions hypotoniques. L'œdème est le signe d'alarme, le laboratoire met en évidence la dilution sanguine, l'abaissement de l'hématocrite, l'hypochlorémie et les signes d'hypotonie plasmatique. Sauf erreur thérapeutique lourde, telle que continuation de l'hydratation intempestive, reins, poumons, intestin et glandes sudoripares éliminent l'excès d'eau et rétablissent l'équilibre, sinon de graves accidents peuvent survenir : œdème aigu du poumon, insuffisance ventriculaire mortelle, auxquels sont particulièrement exposés les sujets âgés en cas de perfusions trop abondantes ou trop rapides, œdème cérébral qu'annonce l'œdème papillaire, convulsions, troubles psychiques, coma.

C'est chez les malades présentant une hypotonie grave que l'injection intra-veineuse de sérum salé hypertonique est susceptible d'obtenir des résultats rapides et spectaculaires.

L'hypertonie plasmatique résulte de l'injection excessive de chlorure de sodium plus que de l'insuffisance de la réhydratation. Elle se manifeste d'abord par la soif et par une asthénie qui évolue vers une véritable obnubilation entrecoupée d'agitation délirante. L'hyperthermie est la règle. Tous les symptômes disparaissent rapidement par réhydratation hypotonique (sérum glucosé).

L'hypokaliémie habituellement légère (3 meq) et sans manifestation clinique, n'est découverte que par les dosages ou l'électro-cardiogramme systématique. L'asthénie, l'apathie, signes d'alarme classiques sont peu caractéristiques après une intervention grave. Le retard du transit sans raison apparente doit attirer l'attention. Un véritable tableau d'iléus paralytique peut se constituer et l'hypersécrétion, accentuant le déficit potassique, augmente la paralysie. Eliel et Pearson, Rawson ont observé sur 32 cas d'hypokaliémie, 19 distensions intestinales et 6 véritables iléus. Un taux de potassium inférieur à 3 meq l impose un traitement systématique. Au-dessous de 2,6, les troubles du transit, et, au-dessous de 2 meq, une véritable paralysie intestinale, sont la règle.

Les complications dues a la persistance ou a la récidive de l'occlusion nous ont paru présenter par leur fréquence, leur gravité et la complexité des indications thérapeutiques, une importance considérable.

La persistance de l'occlusion parfois évidente, doit souvent être dépistée sous une amélioration apparente. Elle résulte parfois d'une erreur thérapeutique grossière (iléostomie en aval d'un volvulus, cæcostomie pour une occlusion du grêle, etc.) qui souligne la nécessité d'un diagnostic précis et d'une exploration opératoire complète, pour éviter de tels accidents.

Parfois, l'occlusion persiste, malgré la levée de l'obstacle. Un iléus paralytique typique s'installe : ballonnement important sans mouvements péristaltiques ni douleurs vives, vomissements, arrêt de l'émission des gaz.

Il est enfin des cas où l'occlusion initiale était dynamique : paralytique, ou, très rarement, spasmodique : l'intervention a vérifié l'absence d'obstacle, mais a été inefficace.

La récidive post-opératoire précoce de l'occlusion peut être d'origine mécanique, dynamique ou humorale. Son mécanisme peut différer de celui de l'occlusion initiale : une occlusion mécanique peut être suivie de récidive inflammatoire et inversement. Souvent enfin, les étiologies sont multiples et se compliquent mutuellement.

— *L'occlusion mécanique* (récidive de volvulus, d'occlusion par bride) est d'un diagnostic facile, si, après rétablissement du transit, elle se manifeste par un syndrome brutal analogue à l'accident initial (douleurs, vomissements, péristaltisme sans

fièvre, etc.), mais si la récidive est très précoce et le tableau atténué, elle risque d'être méconnue. L'examen radiologique systématique permet de la dépister.

— *L'occlusion inflammatoire* réalise un tableau d'iléus paralytique fébrile, l'intervalle libre est moins net, la reprise du transit avait été incomplète, il n'existe pas de signe de lutte, pas de mouvements péristaltiques, etc. Fréquemment des troubles du transit d'origine mécanique, par agglutination d'anses, s'associent à la paralysie inflammatoire et l'occlusion, purement paralytique au début, peut se transformer en occlusion mécanique.

Les syndromes occlusifs d'origine humorale. — La persistance ou la réapparition, sans cause nette, d'un syndrome occlusif après l'intervention doit faire rechercher l'hypokaliémie qui peut être à l'origine des troubles qui disparaissent rapidement par le traitement adéquat.

L'examen radiologique post-opératoire contrôle l'évolution de l'occlusion, permet de dépister les complications occlusives, alors qu'elles sont parfois cliniquement inapparentes et d'en préciser l'étiologie. Son intérêt pour le pronostic est donc considérable.

L'évolution normale se fait en deux temps : disparition des niveaux et rétablissement du transit. Elle dépend, comme l'évolution clinique, de l'importance de la distension, de l'étiologie de l'occlusion et de son siège, de l'état de l'intestin, du degré d'évacuation obtenu par aspiration, etc. La disparition des niveaux traduit le rétablissement de la fonction intestinale d'absorption. On admet habituellement qu'elle est complète entre 24 et 36 h. Il ne nous semble pas qu'elle soit constamment aussi rapide. La persistance des niveaux liquides, au 3e jour, n'a pas de signification fâcheuse s'ils ont diminué, et si elle s'accompagne de signes de rétablissement du transit. Celui-ci se traduit par le déplacement des gaz du grêle vers le côlon et la constitution d'une aérocolie.

L'iléus paralytique post-opératoire se manifeste par une dilatation gazeuse considérable et diffuse intéressant à la fois le côlon et le grêle. Il n'existe pas, en principe, de niveaux liquides ou leur peu d'importance contraste avec celle de la distension.

L'occlusion mécanique détermine au contraire, dans sa forme typique, la réapparition *dans le grêle* de gaz, puis de niveaux, alors qu'ils avaient disparu.

La péritonite généralisée entraîne un iléus paralytique. La présence simultanée de gaz et de niveaux dans le grêle et dans le côlon est associée à une parésie diaphragmatique et aux symptômes traduisant la présence de liquide dans l'abdomen.

L'abcès collecté se traduit par une opacité localisée, homogène ou présentant un niveau liquide; l'agglutination, par des signes de paralysie et d'obstacle mécanique non caractéristiques.

Le diagnostic n'est pas toujours aussi schématique. Il existe des occlusions mécaniques sans images d'aéroiléie et des niveaux liquides dans certains iléus purement paralytiques. Théoriquement, l'occlusion mécanique du grêle entraîne une dilatation en amont et une vacuité en aval. Il ne doit exister dans le côlon, ni gaz, ni niveau. On en constate cependant au début de l'occlusion, car ils n'ont pas encore en totalité disparu. On en constate encore lorsqu'elle régresse. Un cliché mettant en évidence au 5e jour, une stase iléale et des gaz coliques, est ininterprétable, puisqu'il peut s'agir aussi bien d'une occlusion qui s'installe que d'une occlusion qui guérit. Il faut, dans les cas de ce genre, répéter les examens, parfois de 12 h en 12 h. Si, sur les clichés successifs :

La stase iléale :	*Les gaz coliques :*	*On peut conclure :*
Augmente.	Diminuent.	Certitude d'obstacle sur le grêle.
Diminue.	Augmentent.	Occlusion régressant spontanément.
Reste inchangée.	Restent inchangés.	Iléus réflexe : péritonite probable.

Toutes les observations que nous avons recueillies confirment ces indications.

La thérapeutique *en cas d'occlusion persistante ou récidivante* est imprécise et varie suivant les chirurgiens. L'entrée dans la pratique courante de l'aspiration intestinale et de l'opération de Noble est susceptible de les modifier. On admet généralement aujourd'hui que s'il existe des signes cliniques et radiologiques d'occlusion mécanique, l'on doit toujours réintervenir. L'iléus paralytique au contraire doit être traité par aspiration, infiltrations splanchniques et injections de péristaltogènes. L'intervention chirurgicale est en principe illogique, l'intestin étant paralysé : l'iléostomie et les anastomoses seraient inefficaces. En cas d'iléus spasmodique, exceptionnel, les infiltrations splanchniques, les antispasmodiques, l'aspiration constituent les seules ressources.

L'occlusion inflammatoire sera traitée par les antibiotiques, l'évacuation des abcès collectés et l'aspiration maintenue jusqu'au rétablissement du transit, mais devant son inefficacité et l'impossibilité fréquente d'éliminer une étiologie mécanique, on est souvent conduit à réintervenir, pour pratiquer une iléostomie, une anastomose ou une libération des anses suivie d'organisation du type « Noble ».

Les occlusions coliques.

Si l'on excepte certains volvulus aigus évoluant rapidement vers la nécrose, les occlusions du gros intestin sont caractérisées par leur longue tolérance et le contraste entre l'ancienneté de l'occlusion, l'importance de la distension et la conservation apparente de l'état général constitue un paradoxe clinique, souvent confirmé par les résultats des examens de laboratoire auquel s'oppose, paradoxalement aussi, le contraste entre la mortalité considérable et la bénignité apparente d'interventions aussi banales que la cæcostomie ou la détorsion d'un volvulus.

I. — Les occlusions par cancer du côlon. — Représentent 90 p. 100 des occlusions coliques. Elles surviennent chez des malades âgés, fragiles parce que cancéreux, anémiques, hypoprotéinémiques, azotémiques, etc., elles sont tardivement diagnostiquées et traitées en raison de leur évolution lente et progressive, caractéristiques qui les opposent aux occlusions aiguës du grêle. La thérapeutique pré et post-opératoire doit être prudente, car, si les troubles humoraux, même légers, sont souvent mal supportés, le système circulatoire réagit dangereusement aux surcharges liquidiennes, comme au collapsus vasculaire et la correction excessive ou trop hâtive des troubles humoraux serait plus grave que les déséquilibres eux-mêmes. En outre, l'anoxie d'origine anesthésique, l'emphysème et la bronchite chronique préparent et aggravent les complications pulmonaires et cardiaques.

La distension colique progressive n'entraîne ni vomissements abondants, ni exhémie, ni déficit hydrique important, mais lorsque la valvule iléo-cæcale est forcée, la rétrodilatation du grêle et la réduction plasmatique, l'hypochlorémie, l'hypoprotidémie, l'hypokaliémie qui l'accompagnent aggravent sensiblement le pronostic. La continence de la valvule transforme le côlon distendu en une anse exclue avec l'exaltation de la virulence microbienne, la diminution de la vascularisation pariétale et les risques de perforation, plus souvent d'origine infectieuse que mécanique, qu'entraîne l'exclusion.

L'intervention chirurgicale n'est pas toujours obligatoire ni urgente. La dérivation peut être inutile et gêner considérablement l'exérèse ultérieure. On doit donc s'efforcer d'apprécier tout d'abord, d'après l'importance de la distension, l'ancienneté de l'occlusion, les antécédents, l'état général et après examen radiologique, l'opportunité de l'intervention; il est, dans tous les cas, indispensable d'installer une aspiration, d'établir un bilan humoral et d'entreprendre une rééquilibration.

L'aspiration lorsque la valvule est incontinente, ne peut prétendre agir utilement sur une distension aussi étendue et, lorsqu'elle est bloquée, elle ne peut être qu'inefficace. Sa prolongation est dangereuse, mais elle supprime les vomissements et, réduisant le ballonnement, facilite la laparotomie souvent préférable à une cæcostomie aveugle.

Les troubles humoraux quoique en général discrets : (hémoconcentration, hypoprotidémie, anémie) sont pratiquement constants et doivent être, si possible, compensés avant l'intervention. La chlorémie, habituellement normale, ne nécessite pas de correction. Les injections salées sont même contre-indiquées chez les malades âgés dont on ignore le fonctionnement rénal. La rééquilibration ne doit pas dispenser de la plus grande prudence dans l'indication opératoire. L'occlusion du gros intestin présente dans l'ensemble un pronostic plus grave que l'occlusion du grêle (30 p. 100 de mortalité contre 16 p. 100 dans la statistique de Mitchell, Knapp et Davidson).

Après l'intervention, l'intubation trans-cæcovalvulaire, installée lors de la cæcostomie, permet parfois mieux que la voie haute d'évacuer le grêle lorsque la distension rétrograde est importante. L'intubation colique par sonde à mercure de gros calibre après cœcostomie permet des lavages qui évacuent l'intestin avant l'intervention d'exérèse et une aspiration qui protègent les sutures après la résection.

Quant à la rééquilibration post-opératoire, destinée à préparer le malade au deuxième temps, il est inutile d'en décrire à nouveau les principes. La colectomie soigneusement préparée s'est montrée souvent moins dangereuse que la cæcostomie d'urgence, sans préparation, chez des malades occlus depuis plusieurs jours.

II. — A PROPOS DES VOLVULUS DU SIGMOIDE, seule mérite d'être discutée l'opportunité de l'intervention, en raison des succès récemment publiés de « décompression sigmoïdienne non opératoire » par intubation sous rectoscopie. L'obstacle est rarement total, le sphacèle est tardif, l'intervention d'urgence n'autorise que la détorsion ou la résection avec anus *in situ*. Il serait souhaitable d'éviter cette intervention incomplète et de pouvoir pratiquer à froid une colectomie en un temps.

La rectoscopie est contre-indiquée en cas de diagnostic douteux. On ne doit pas poursuivre l'examen si elle montre un œdème important de la muqueuse et si le rectum contient du sang. L'opération doit alors être immédiate, mais, dans la majorité des cas, la rectoscopie permet d'introduire une longue sonde qui, évacuant les gaz et les liquides contenus dans le sigmoïde, évite l'intervention. Mitchell, Knapp et Davidson confirmant les résultats de Brunsgaard, auraient obtenu la disparition des accidents dans 8 cas sur 11.

III. — LES VOLVULUS DU CÆCUM sont plus proches du volvulus du grêle que de celui du sigmoïde, tant par les troubles qu'ils entraînent du point de vue humoral, la précocité des accidents et le risque de sphacèle que du point de vue thérapeutique. La dernière anse iléale est habituellement intéressée par la torsion et le grêle est toujours le siège d'une rétro-dilatation importante et rapidement progressive. La nécessité de la rééquilibration, des antibiotiques et de l'intervention d'urgence est la même qu'en cas d'occlusion du grêle.

Résultats.

Les résultats du traitement de l'occlusion intestinale aiguë paraissent s'améliorer d'année en année si l'on en croit les statistiques, mais, trop favorables, elles sont trompeuses, englobant souvent des cas non opérés et guéris par quelques heures d'aspiration, sans diagnostic précis. Un bilan intégral comme celui de J. Quenu, portant sur 300 cas opérés en 27 ans présente cependant un intérêt peu discutable. La mortalité de 1925 à 1935 est de 48 p. 100; de 1935 à 1945, de 38 p. 100; de 1945 à 1952, de 29 p. 100. Le progrès est évident. Il se retrouve dans toutes les publications étrangères, aux États-Unis, comme en U. R. S. S. Les statistiques françaises inédites que nous avons examinées, trop limitées ou trop disparates, ne nous permettent de ce point de vue, aucune conclusion précise, leur mortalité variant entre 8 et 50 p. 100. En moyenne, elle dépasse encore 25 p. 100 et elle est souvent beaucoup plus élevée.

La gravité de l'occlusion intestinale est donc encore considérable, en raison du diagnostic trop tardif, de l'âge souvent avancé des malades et de leurs tares organiques, des formes véritablement foudroyantes, des occlusions récidivantes et complexes où le traitement le plus réfléchi et le plus rigoureux reste inefficace. Il semble cependant

que l'on pourrait dès maintenant, sans difficultés insurmontables, réduire sensiblement cette lourde mortalité.

***

La constatation d'un évident et profond désaccord entre les principes du traitement et la pratique quotidienne nous a constamment frappés, au cours de l'enquête nécessitée par ce rapport. L'intérêt du diagnostic radiologique, du bilan humoral, du traitement pré et post-opératoire n'est guère contesté et cependant, dans la majorité des cas, les occlusions sont opérées d'urgence, sans aucun traitement préalable et la thérapeutique est ensuite désordonnée, mal contrôlée, excessive ou insuffisante. Les difficultés lassantes qui s'opposent à une thérapeutique cohérente ne suffisent pas à expliquer cette contradiction. Il est manifeste que l'intérêt de cette ligne de conduite n'apparaît pas à la majorité des chirurgiens avec une suffisante évidence; l'aspiration est un simulacre, la rééquilibration est négligée.

Entre un idéal utopique et l'insuffisance actuelle, il y a place pour un traitement plus rigoureux, partout et toujours réalisable. Il demande souvent beaucoup de patience et de temps, mais l'attention apportée au diagnostic et à la thérapeutique ne constitue pas une « complication inutile ». Nul ne conteste que ces examens et ces traitements pré et post-opératoires ne puissent être souvent superflus dans les cas simples, mais si, dans les cas graves, on les a négligés, la « fatalité » n'est pas toujours seule responsable du décès.

Les œsophagoplasties avec le tube digestif [1].

RAPPORT PAR MM.

J.-C. RUDLER et P. LAFARGUE

(Paris). (Bordeaux).

Définition.

Dans son sens le plus restrictif, l'œsophagoplastie avec le tube digestif consiste à remplacer l'œsophage en totalité par un segment de tube digestif qui ne lui fait normalement pas suite. Nous n'aurions donc dû étudier que les opérations qui anastomosent en haut le transplant *au pharynx*, et les œsophagoplasties avec *l'estomac* auraient dû être éliminées. En réalité la plupart des œsophagoplasties actuellement réalisées ont anastomosé un viscère abdominal (estomac compris) à l'œsophage cervical. C'est pourquoi nous n'avons cité que pour mémoire les anastomoses au pharynx, qui restent l'exception; et nous avons étudié l'emploi de l'estomac en entier, qui conserve dans toute la chirurgie moderne de l'œsophage des indications très nombreuses. Par contre nous avons écarté la question des œsophagoplasties chez l'enfant.

TECHNIQUE

A. — Préparation du matériel de plastie.

Pour chacun des transplants utilisés, notre rapport étudie les conditions anatomiques (feuillets péritonéaux, vaisseaux) de l'ascension au cou dans des conditions de longueur et de vascularisation suffisantes, et la technique détaillée des interventions.

Nous ne pouvons reprendre ici ces considérations et nous nous contenterons d'exposer les conclusions de ce chapitre.

I. — Estomac. — Il a été utilisé en totalité ou sous forme de plastie tubulaire.

a) *La seule plastie tubulaire* à considérer est celle de Rutkowsky qui taille un tube gastrique isopéristaltique aux dépens de la grande courbure. En réalité, notre expérience pratique (et celle de J. L. Lortat-Jacob la confirme) nous a montré que le tube est souvent trop court, et son raccord cervical aléatoire.

b) *L'estomac en entier.* — Le procédé original de Kirschner était palliatif. L'estomac étant libéré en entier, sauf les pédicules vasculaires inférieurs (artères pylorique et gastro-épiploïque droite), l'œsophage sectionné au niveau du cardia, on ferme celui-ci et on implante la tranche supérieure de section de l'œsophage abdominal dans une anse jéjunale montée à travers le mésocôlon. L'estomac est alors placé sous la peau préthoracique et anastomosé à l'œsophage cervical.

(1) Résumé par les Auteurs d'un Rapport au *LV*e *Congrès de l'Association Française de Chirurgie*, 5-10 Octobre, Paris, 1953.

Ce procédé ne nous a pas paru mériter d'être retenu en tant qu'opération palliative, en particulier, à cause des aléas de l'anastomose œso-jéjunale. Par contre, après œsophagectomie par voie thoracique et exentération de l'œsophage au cou, dans 14 cas l'un de nous a pu utiliser l'estomac entier, mobilisé par cœliotomie médiane, pour rétablir la continuité.

Malheureusement, l'anatomie et la pratique montrent que la limite quasi-constante d'utilisation de l'estomac, d'après notre expérience, correspond au plan horizontal passant par la clavicule.

Si l'on tente d'atteindre la région cervicale, dans 30 p. 100 des cas environ l'estomac est trop court. On doit alors renoncer à son emploi. Jamais l'anastomose cervicale ne doit être tentée sous la moindre traction : ce serait aboutir inévitablement à la fistule cervicale, particulièrement redoutable ici, du fait du pouvoir digestif du suc gastrique.

En somme l'estomac en entier, par sa longueur trop souvent insuffisante, par les caractères phagédéniques de la fistulisation éventuelle, et aussi par son volume, est loin de représenter un matériel idéal d'œsophagoplastie. Nous réservons son emploi aux cas où l'œsophage a été extériorisé au cou après exérèse par voie thoracique d'un cancer haut situé, et où l'on désire rétablir la continuité dans le même temps. Malheureusement, ce n'est qu'après gastrolyse complète qu'on peut apprécier la longueur utilisable d'estomac. S'il est trop court, il ne reste plus qu'à terminer par une œsophagostomie cervicale et une gastrostomie sur l'estomac mobilisé ou sur une partie de celui-ci après la résection, par exemple, de sa moitié ou de ses deux tiers supérieurs. Le rétablissement de la continuité est remis à plus tard.

II. — Jéjunum. — Le jéjunum représenterait le matériel idéal de plastie du fait de son calibre. L'intervention consisterait à sectionner plusieurs artères de la première anse jéjunale en respectant la première, à sectionner le jéjunum à une distance d'ailleurs variable de l'angle duodéno-jéjunal, à anastomoser la partie supérieure de l'anse transposée à l'œsophage cervical, et à rétablir la continuité intestinale par anastomose en Y de l'anse afférente au pied du transplant. Nous croyons inutile et parfois nuisible (ulcère peptique) d'implanter celui-ci dans l'estomac ou de l'y anastomoser au passage, réservant cette anastomose aux cas où la mise en dérivation de l'estomac semblerait présenter à la longue des inconvénients. Malheureusement on se heurte pour son emploi à un obstacle majeur : l'impossibilité dans environ 80 p. 100 des cas (Yudin) d'en obtenir une longueur suffisante sans compromettre la vascularisation d'une partie plus ou moins importante du transplant. Ces difficultés tiennent exclusivement à la disposition vasculaire.

Nous étudions les différents types possibles et les artifices qui ont été décrits par différents auteurs pour obtenir la longueur maxima.

Quoi qu'on fasse, il reste cependant que l'anse jéjunale, même en utilisant le trajet rétro-sternal, sera trop courte dans un pourcentage important de cas pour atteindre le cou en un seul temps opératoire.

L'un de nous met à l'étude actuellement les ligatures en deux temps, séparées par 15 jours d'intervalle, de pédicules vasculaires alternés du jéjunum. Cette technique proposée par Harrison, puis Shumacker et Battersby permet, semble-t-il, d'obtenir une anse jéjunale assez longue et bien vascularisée. Mais il fait évidemment perdre du temps, et ne peut donc être appliqué que dans les cas où l'on dispose d'un délai suffisant pour mener à bien le traitement (rétrécissements cicatriciels, cancers déjà enlevés).

En dehors de ce procédé, le jéjunum ne peut être employé en un temps que dans un nombre de cas assez faibles, dont seul l'examen per-opératoire de la vascularisation jéjunale peut rendre compte.

III. — Iléo-côlon droit. — Si le cæco-côlon droit avait déjà été utilisé (Roith), c'est l'École bordelaise qui a eu l'idée d'obtenir plus de longueur en utilisant la fin de l'iléon, et qui a mis au point cette technique.

L'intervention consiste alors à sectionner l'artère iléo-cæco-colique, l'arcade bordante de l'iléon à 20 ou 30 cm de la valvule de Bauhin, puis l'iléon lui-même à ce niveau, et à faire pivoter l'iléo-cæco-côlon droit sur l'artère colique supérieure droite comme pédicule. L'œsophage cervical est anastomosé à l'iléon, l'extrémité inférieure du transplant soit au duodénum, soit à la première anse jéjunale; la continuité est rétablie par une anastomose iléo-transverse.

Cette intervention n'est possible que grâce à l'existence de l'arcade bordante du côlon droit, unissant la colique supérieure droite à l'iléo-cæco-colique. Pour l'école bordelaise, cette arcade existe dans plus de 90 p. 100 des cas.

L'un de nous (Rudler), d'après son expérience personnelle, réduit ce chiffre à 75 ou 80 p. 100. De toutes façons, les conditions vasculaires rendent l'opération possible dans un pourcentage de cas très élevé. Elle a l'avantage de permettre une plastie iso-péristaltique, dans laquelle la présence de la valvule de Bauhin peut même assurer un obstacle à un reflux éventuel. Nous pensons que l'iléo-côlon droit représente le meilleur matériel d'œsophagoplastie, et que c'est à lui qu'il faut s'adresser par priorité.

IV. — Côlon transverse. — Il peut être utilisé soit dans le sens antipéristaltique (artère colique supérieure droite comme pédicule nourricier), soit dans le sens isopéristaltique (colique supérieure gauche), grâce à l'arcade de Riolan. Le transverse seul est habituellement trop court pour « monter » jusqu'au cou. Il est nécessaire de lui ajouter, dans le premier cas, une certaine longueur de côlon descendant; dans le deuxième cas, une certaine longueur de côlon droit.

Dans toutes nos interventions cadavériques et opératoires, le côlon transverse et descendant antipéristaltique a toujours présenté une longueur suffisante, voire excessive, et une vascularisation parfaite. Nous ne pouvons donner de conclusions fermes sur le transverse isopéristaltique; l'artère colique supérieure gauche étant cependant beaucoup plus variable et, en général, beaucoup moins volumineuse que la colique supérieure droite, nous ne pensons pas que ce type de transplant puisse être utilisable aussi constamment que l'antipéristaltique.

Ce dernier transplant paraît donc idéal sur le plan purement anatomique et technique. Malheureusement deux observations au moins (Mialaret et Rudler) nous ont montré que l'antipéristaltisme peut entraîner dans certains cas des conséquences graves du point de vue fonctionnel. Comme pour le jéjunum, nous prenons donc ici position contre l'antipéristaltisme, solution qui ne doit jamais être adoptée que devant l'impossibilité certaine de préparer un transplant isopéristaltique.

B. — Trajet du matériel de plastie.

Trois possibilités s'offrent au chirurgien :

A. — Le trajet préthoracique. — Son avantage principal est évident : c'est la bénignité extrême de la manœuvre du décollement sous-cutané qui n'est pas choquante et qui n'entraîne pratiquement jamais de saignement important. Mais plusieurs inconvénients doivent être signalés :

le préjudice esthétique qui n'est pas négligeable chez une femme jeune;

la création inévitable d'une éventration épigastrique plus ou moins importante;

la coudure du transplant sur les deux chevalets constitués par le rebord costal en bas et la clavicule en haut;

le siège très superficiel de l'anastomose au cou qui crée, en outre, une coudure de l'œsophage cervical.

B. — Le trajet rétro-sternal (*médiastinal antérieur*). — L'expérience prouve que la création d'un tunnel rétro-sternal, malgré ses dangers théoriques (blessure

pleurale ou vasculaire) ne s'accompagne pratiquement jamais d'incidents sérieux. Les avantages théoriques de ce trajet sont très grands :

esthétique respectée, pas d'éventration épigastrique, anastomose au cou profonde et respectant à peu près l'axe de l'œsophage cervical. Mais un danger majeur a été signalé : la possibilité de mort subite post-opératoire, qui, dans quelques cas, semble indiscutablement en rapport avec la compression du cœur ou de l'aorte ascendante par un transplant volumineux. Soulignons cependant que pareil accident n'a jamais été signalé après plastie rétro-sternale jéjunale. C'est la preuve que le volume de l'anse transplantée joue un rôle. Nous pensons donc qu'il ne faut jamais utiliser le côlon pour une plastie rétro-sternale.

C. — Le trajet intra-thoracique. — Le transplant peut cheminer soit dans la cavité pleurale généralement gauche, soit dans le médiastin postérieur. On l'amène au cou en effondrant le diaphragme cervico-médiastinal. C'est théoriquement le trajet idéal, puisqu'il réunit tous les avantages du trajet rétro-sternal sans en avoir le danger de compression cardiaque.

Mais cette voie suppose naturellement que le malade est en état de supporter la thoracotomie, et surtout qu'il n'y a aucun risque de nécrose même secondaire du transplant utilisé.

Temps cervical. — Nous utilisons une incision à lambeau en L dont la branche verticale médiane descend jusqu'au-devant du manubrium sternal, et dont la branche horizontale est parallèle à la clavicule gauche à 2 ou 3 cm au-dessous d'elle.

Nous n'insistons pas sur la technique de la découverte de l'œsophage cervical, soulignant toutefois un artifice d'importance majeure, décrit par l'École bordelaise, le mode de section de l'œsophage.

Il y a, en effet, intérêt à sectionner celui-ci très bas, et si possible dans le médiastin supérieur. De nombreuses interventions ont prouvé qu'il est possible, après avoir dégagé l'œsophage jusque dans le médiastin, de le sectionner à ce niveau en abandonnant son bout inférieur non suturé. La longueur du bout supérieur ainsi obtenue facilite la réalisation d'une anastomose cervicale sans traction.

Nous ne détaillerons pas ici la technique de l'anastomose cervicale proprement dite, qui doit de façon impérative n'affronter que des tranches parfaitement vascularisées et sans la moindre traction.

Il est indispensable de laisser dans le médiastin un petit drain permettant des instillations biquotidiennes d'antibiotiques.

C. — Tactique opératoire générale.

I. — Préparation opératoire.

Elle comporte :

a) *La préparation générale* au sujet de laquelle nous dirons seulement que l'œsophagoplastie ne devrait jamais être tentée chez un malade dont l'équilibre biologique n'a pas été ramené à la normale ou aussi près que possible de la normale.

b) *La préparation du tractus digestif* qui doit être aussi vide et aseptique que possible.

c) *Anesthésie-ranimation.* — Nous avons toujours employé l'anesthésie générale en circuit fermé, sauf pour le temps cervical isolé qui peut être mené à bien sous anesthésie locale.

La ranimation est celle de toute intervention importante.

II. — Succession des temps opératoires.

Elle pose des problèmes différents suivant qu'on envisage ou non l'exérèse de l'œsophage.

A. — Œsophagoplastie sans exérèse de l'œsophage (cancers inenlevables, rétrécissement non cancéreux). — Ce cas élimine l'emploi de l'estomac. Mais que l'on utilise le jéjunum ou un segment colique quelconque, nous conseillons formellement de faire deux temps opératoires : dans un premier temps, préparation et mise en place du transplant; 12 ou 15 jours après, anastomose cervicale. Cette conduite nous est dictée par le fait que la nécrose secondaire du transplant est toujours possible, pour des raisons parfois indépendantes de la technique (thrombose artérielle ou veineuse, compression ou coudure du pédicule). Cette nécrose, si le raccord cervical n'a pas été fait, n'est désastreuse qu'en cas de plastie intra-pleurale; en effet, les conséquences sont habituellement bénignes si la plastie n'est que préthoracique ou même rétrosternale. Mais si l'anastomose cervicale a été faite, sa désunion totale serait inévitable.

B. — Œsophagoplastie avec exérèse de l'œsophage. — 1° *Lésions bénignes.* — Ce n'est pas le lieu de discuter les indications de l'œsophagectomie dans les rétrécissements non cancéreux. Lorsqu'on la juge utile, le procédé le plus sûr nous paraît être la mise en place de la plastie dans un premier temps et, 15 jours après, l'œsophagectomie par thoracotomie droite suivie d'exentération de l'œsophage au cou et d'anastomose de son bout supérieur au transplant.

2° *Cancers.* — a) *L'intervention en un temps* est parfois possible; elle consiste généralement en une œsophagectomie par thoracotomie droite suivie de rétablissement préthoracique de la continuité avec l'estomac ou un segment colique, mais ce plan suppose évidemment un malade en assez bon état général pour supporter une intervention longue et complexe.

b) *L'intervention en deux temps* nous paraît plus souvent indiquée.

La question de la préséance des temps est très discutée. On peut, en effet, faire d'abord l'œsophagectomie en terminant par une œsophagostomie cervicale et une gastrostomie pour réaliser secondairement la plastie. Ce plan a l'avantage d'enlever d'abord le cancer; mais l'œsophagostomie cervicale crée parfois des lésions cutanées qui contrindiquent pendant longtemps l'œsophagoplastie. D'autre part, la déperdition de salive est importante et compromet le rétablissement de l'état général.

C'est pourquoi on a proposé de faire dans un premier temps l'œsophagoplastie et secondairement une amputation de l'œsophage. En réalité, nous préférons ne faire dans le premier temps que la mise en place du transplant, et dans un deuxième temps l'œsophagectomie et le raccord cervical. Cette tactique séduisante en théorie, se heurte en pratique à une objection importante : elle rend difficile l'exérèse obligatoire des ganglions périgastriques souvent envahis et toujours suspects. Nous pensons tourner cette difficulté en pratiquant cette exérèse lors du premier temps.

III. — Soins post-opératoires.

Du point de vue abdominal et thoracique, les soins post-opératoires ne diffèrent en rien de ceux de la grande chirurgie viscérale.

La prévention de la fistule cervicale nécessite quelques précautions : antisepsie locale par instillation biquotidienne d'antibiotiques dans un petit drain; diminution de la sécrétion salivaire par l'atropine; interdiction de boire pendant au moins 10 à 12 jours.

INDICATIONS

Les deux grandes indications éventuelles de l'œsophagoplastie sont le *cancer* et les *sténoses non cancéreuses.*

I. — Le cancer.

Le problème est tout différent suivant que la plastie est associée à l'exérèse de l'œsophage ou qu'elle résume à elle seule le traitement chirurgical, dès lors palliatif.

A. — Œsophagoplastie associée a l'exérèse. — Dans l'état actuel de la technique, l'indication de l'œsophagoplastie nous semble devoir être tirée essentiellement du siège du cancer.

Dans les cancers bas situés (1/3 ou 1/4 inférieur) l'opération peut être menée à bien de façon satisfaisante, même du point de vue cancérologique, par une thoracotomie ou une thoraco-phréno-laparotomie gauche. De même, les cancers de la partie moyenne sont justiciables d'une exérèse avec rétablissement de la continuité par voie endothoracique.

On peut donc dire pratiquement que jusqu'au bord inférieur de la crosse aortique, le cancer de l'œsophage peut être traité par les interventions désormais classiques. Lorsque la limite supérieure du cancer dépasse vers le haut le bord inférieur de la crosse de l'aorte, le rétablissement de la continuité après exérèse soulève des problèmes délicats, à la fois du point de vue technique et du point de vue cancérologique (on risque alors de ne pas disposer d'une longueur suffisante d'œsophage sain au-dessus de la tumeur). La section de l'œsophage doit pour nous dans ces cas être reportée au cou, et l'on est amené à rétablir la continuité par œsophagoplastie au sens que nous avons donné à ce terme. Mais nous rencontrons alors une nouvelle limite : la limite *supérieure* des indications de l'œsophagoplastie. Si l'on admet qu'il faut laisser au moins 5 cm d'œsophage sain au-dessus du cancer, on voit que cette limite sera assez rapidement atteinte; déjà un cancer atteignant par son pôle supérieur le défilé cervico-médiastinal conduit, si l'on respecte cette longueur, à faire l'anastomose presque au pharynx.

Le territoire œsophagien dans lequel l'exérèse d'un cancer entraîne obligatoirement l'œsophagoplastie est donc limité pour nous, en bas par le bord inférieur de la crosse aortique, en haut, mais en forçant un peu les indications, par le défilé cervico-médiastinal. Il correspond pratiquement au 1/4 ou au petit 1/3 supérieur de l'œsophage thoracique.

B. — Œsophagoplastie palliative. — 1° *Contre-indications à l'exérèse. — Découvertes au cours d'une thoracotomie.*

Le malade ayant été préparé pour une opération importante, mais le cancer s'avérant inenlevable à l'exploration, on doit essayer de faire une anastomose palliative sus ou sous-aortique.

Ce n'est que dans le cas où l'œsophage sus-aortique s'avère inutilisable (envahissement néoplasique ou péri-œsophagite), qu'il ne reste qu'à refermer le thorax et à faire une gastrostomie. La question d'une plastie ultérieure est alors à discuter comme dans le cas suivant.

2° *Contre-indications cliniques à l'exérèse.* — Soulignons que l'on ne peut envisager une plastie palliative *de principe* que sur des contre-indications *locales* à l'exérèse. En effet, les contre-indications générales valent aussi bien pour l'œsophagoplastie, intervention importante et éventuellement grave, que pour la thoracotomie.

Mais il est nécessaire de soulever d'abord deux questions préalables :

D'une part, il est certain que toutes les fois qu'un tube de Souttar peut être mis en place, c'est le moyen le plus élégant et le plus simple d'assurer l'alimentation du malade (nous ne citons que pour mémoire l'emploi des tubes de polythène, des greffes vasculaires, qui en sont encore au stade expérimental).

D'autre part, la gastrostomie palliative ne doit pas être abandonnée; associée à la radiothérapie, elle peut donner des survies appréciables.

Les limites de la plastie palliative en cas de cancer apparaissent donc déjà fort étroites : cancer du tiers ou du quart supérieur de l'œsophage, sûrement inextirpable,

ne permettant pas la mise en place d'un tube, chez des malades encore en assez bon état général pour supporter une intervention importante, et ayant fait la preuve qu'ils supportent mal la gastrostomie.

Mais à toutes ces réserves doit s'en ajouter une autre : on ne devrait proposer une plastie palliative pour cancer qu'avec la certitude d'aboutir à un résultat effectif, c'est-à-dire la reprise de l'alimentation sans fistule cervicale.

Nous avons le devoir de dire qu'actuellement on ne peut être assuré d'obtenir des résultats de cet ordre. Nous déconseillons donc formellement l'œsophagoplastie palliative aux chirurgiens qui n'en ont pas l'expérience; l'avenir nous dira si les progrès de la technique permettront de revenir sur cette condamnation.

II. — Rétrécissements non cancéreux.

Ils ne soulèvent jamais la question de l'œsophagoplastie qu'à un stade avancé de leur évolution. Dans quels cas peut-on être amené à poser ses indications ?

1° Les spécialistes considèrent que les dilatations « à vie », tant qu'elles sont possibles, constituent encore le meilleur traitement. Cette prise de position vient sans doute des mauvais souvenirs qu'ont laissés certaines tentatives d'œsophagoplastie; si des succès nombreux et surtout constants pouvaient être apportés, il y aurait peut-être lieu de reconsidérer la question, et de proposer la plastie au moins à titre d'indication facultative.

2° Dans les cas où les dilatations s'avèrent impossibles, il est classique actuellement de faire une gastrostomie. Si elle doit rester définitive, cette solution est bien peu satisfaisante. Nous pensons qu'il y a là une indication formelle à l'œsophagoplastie.

3° Une indication très précise vient encore des cas où l'on est obligé d'interrompre les dilatations : périœsophagite, médiastinite, perforation instrumentale accidentelle de l'œsophage, qui impose généralement, en plus de son traitement local, une gastrostomie définitive.

4° Même si les indications du rétablissement de la continuité se posent, est-ce toujours à l'œsophagoplastie qu'il faut s'adresser ?

Nous retrouvons ici la même servitude que pour le cancer : celle du niveau des lésions. La majorité des sténoses par caustique commence au rétrécissement aortique. S'il reste une portion suffisante d'œsophage sain entre les crosses vasculaires et le dôme pleural, nous pensons qu'il est actuellement préférable de rétablir la continuité par voie thoracique, par anastomose œso-gastrique sus-aortique par exemple.

Si le rétrécissement commence au niveau de l'œsophage cervical ou au défilé cervico-médiastinal, l'œsophagoplastie est la seule solution possible.

Doit-on faire l'œsophagectomie dans les rétrécissements cicatriciels ? On l'a proposée surtout dans la crainte d'un cancer développé ultérieurement sur un rétrécissement cicatriciel. En réalité on peut se demander si le risque supplémentaire de l'œsophagectomie n'est pas supérieur à celui de la cancérisation secondaire.

Le choix du procédé d'œsophagoplastie mérite également d'être considéré en fonction du cas particulier; d'une part, il est relativement moins important que l'intervention nécessite plusieurs temps, ce qui rend la tâche du chirurgien plus facile et lui permet de « jouer la prudence »; d'autre part, la plastie ne doit faire courir aucun risque de complications à longue échéance. Le fonctionnement « à vie » d'une œsophagoplastie exige certaines conditions, que nous croyons pouvoir résumer ainsi : elle doit être isopéristaltique, elle ne doit laisser persister aucun cul-de-sac œsophagien au-dessous de l'anastomose; l'extrémité de l'anse transposée doit être implantée en bas dans le jéjunum ou dans le duodénum, et son raccord à l'estomac ne doit être envisagé que si l'exclusion unilatérale de celui-ci entraîne à la longue des troubles nutritifs; enfin le passage du transplant peut soulever des discussions. Chez les jeunes, une plastie pré-thoracique présente des inconvénients définitifs. Chez les malades qui peuvent supporter une thoracotomie, le passage transpleural est évidemment le plus satisfaisant, à condition d'avoir un transplant de vitalité certaine. Nous ne

pouvons enfin conseiller sans arrière-pensée la voie rétro-sternale; si l'on arrive cependant à préparer, au besoin en deux temps, une anse jéjunale de longueur et de vascularisation suffisantes, il nous semble que l'œsophagoplastie jéjunale rétro-sternale mérite d'être préférée.

RÉSULTATS

Nous avons pu rassembler 119 cas d'œsophagoplastie avec le tube digestif (A. Mouchet, 7; J. Mialaret, 11; J. L. Lortat-Jacob, 35; Rudler, 43; École bordelaise, 27). Sur ce total nous comptons 110 plasties pour cancer, 9 pour sténoses non cancéreuses.

A. — Résultats d'ensemble.

I. — Œsophagoplasties pour cancer. — a) *Gastroplasties.* — 16 malades ont été opérés d'exérèse suivie dans un même temps de gastroplastie totale; 7 seulement ont quitté l'hôpital avec leur estomac préthoracique fonctionnant correctement, dont 4 après une fistulisation d'anastomose cervicale guérie spontanément ou chirurgicalement; 5 morts post-opératoires précoces relevant des causes habituelles de mort dans la chirurgie des cancers haut situés de l'œsophage; 4 morts « secondaires », conséquences d'une fistulisation extensive de l'anastomose cervicale.

Au total sur les 16 cas : 9 fistules dont 5 mortelles et 4 curables.

Ce pourcentage est très supérieur à celui que l'on observe dans les anastomoses intra-thoraciques, dont la désunion est devenue exceptionnelle entre les mains de chirurgiens exercés. La raison en est simple : nous avons dit que l'estomac au cou risque d'être utilisé trop souvent au-delà de ses possibilités en longueur. Nous pensons néanmoins que le rétablissement de la continuité par l'estomac, contemporain de l'exérèse, ne mérite pas d'être totalement abandonné, puisqu'il a donné quelques beaux succès dans l'une des variétés les plus difficiles à traiter des cancers de l'œsophage; mais il faut savoir renoncer à son emploi si la longueur et la vascularisation gastriques apparaissent insuffisantes après gastrolyse.

b) *Tubes gastriques.* — Sur 12 tubes gastriques, un seul (J. L. Lortat-Jacob) a fonctionné effectivement. Les autres malades sont morts ou ont présenté des fistules cervicales. Ce type de procédé doit être abandonné.

c) *Jéjunum.* — Notre expérience personnelle est inexistante (1 seul cas suivi de sphacèle d'une partie du transplant); notre rapport ne peut donc faire état que des cas publiés à l'étranger, en particulier en U. R. S. S.

d) *Iléo-côlon droit.* — 58 cas dont 14 avec exérèse. De ces derniers, 8 malades ont quitté l'hôpital opératoirement guéris avec une plastie fonctionnant bien; les autres sont morts dans les suites immédiates ou secondaires, un seul porteur d'une fistule minime. Sur les 44 plasties palliatives, 21 fois l'anastomose cervicale n'a pu être faite, mais 10 fois on y a renoncé à cause de la cyanose de la fin du grêle et du cæcum témoignant d'une insuffisance circulatoire qui se serait peut-être amendée secondairement. Sur les 23 cas où l'opération palliative a été complétée, 8 morts post-opératoires, 3 morts secondaires par fistule cervicale. 12 malades ont quitté l'hôpital avec une plastie fonctionnant, malgré 5 fistules cervicales dont 2 seulement fermées spontanément et 3 autres ayant persisté jusqu'à la mort du malade.

Au total, 52 p. 100 des opérés ont bénéficié de leur plastie palliative.

Soulignons bien qu'on a toujours choisi pour tenter cette intervention des cas « désespérés »; il s'agissait donc de tentatives quasi-expérimentales.

e) *Côlon transverse.* — 23 cas dont 3 avec exérèse. Ces derniers ont donné 2 guérisons opératoires. Sur les 20 cas restants, une fois l'anastomose cervicale n'a pu être faite à cause d'une péri-œsophagite intense.

Au total, 16 antipéristaltiques, 3 isopéristaltiques, 7 morts opératoires (36 p. 100)

par complications abdominales (désunion d'anastomose, occlusions) ou pulmonaires; 3 de ces malades présentaient en plus une fistule cervicale. 3 fistules incurables (les malades étant morts des progrès de leur cancer, mais aggravés par une fistule cervicale importante et porteurs d'une gastrostomie); enfin 9 succès, c'est-à-dire que 47 p. 100 des opérés ont quitté l'hôpital avec une plastie fonctionnant, dont 3 après une fistule temporaire.

***

Il résulte de ces chiffres que l'œsophagoplastie pour cancer reste une opération grave et exposant aux fistules cervicales. C'est pourquoi nous en avons réservé les indications à des cas bien particuliers : avant tout, œsophagoplastie de nécessité pour rétablissement de la continuité après exérèse d'un cancer haut situé. Comme opération palliative, on peut peut-être en appeler dans une certaine mesure de la condamnation prononcée en 1934 par Ochsner et Owens.

Dans les cas que nous avons définis au chapitre des indications, on peut évaluer le risque à un tiers de morts post-opératoires; le bénéfice à une moitié environ de plasties fonctionnant de façon satisfaisante.

II. — Œsophagoplastie pour rétrécissement non cancéreux. — Nous n'avons pu faire état que de cas français isolés, seul J.-L. Lortat-Jacob disposant d'une statistique personnelle de 8 cas. Nous avons exposé quelques statistiques soviétiques.

Dans l'ensemble, les résultats sont naturellement très supérieurs à ceux des plasties pour cancer, puisqu'il s'agit de sujets jeunes et généralement bien équilibrés par une gastrostomie déjà ancienne. Le risque de fistule cervicale peut même entraîner des conséquences moins fâcheuses, puisqu'on dispose de temps pour la réparer éventuellement. L'avenir seul pourra dire si la technique la meilleure est la plastie jéjunale rétro-sternale, au prix d'un temps préalable de ligatures alternées.

Conclusions.

1° Du point de vue du *matériel d'œsophagoplastie*, notre première conclusion est qu'on doit, toutes les fois que c'est possible, éviter le montage antipéristaltique. Le matériel de choix est l'iléo-côlon droit. Ce n'est qu'en cas d'impossibilité de l'utiliser qu'on doit s'adresser à un autre segment du tube digestif : le jéjunum ne peut que rarement être utilisé d'emblée, le procédé de ligatures en deux temps élargira peut-être ses indications. Lorsqu'on ne dispose que d'un court délai pour achever le traitement, on peut s'adresser au côlon transverse; ce dernier fournit constamment un transplant assez long et bien vascularisé lorsqu'on le monte dans le sens antipéristaltique; mais cette solution n'est dans la règle pas souhaitable, et malheureusement le montage isopéristaltique du côlon transverse n'est pas constamment réalisable.

Quant à l'estomac, son utilisation en totalité est réservée au rétablissement de la continuité après œsophagectomie sub-totale; les tubes gastriques nous paraissent devoir être condamnés.

2° Du point de vue du *trajet du matériel de plastie*, nous avons exposé les avantages et les inconvénients de chacune des voies possibles. C'est la voie pré-thoracique qui garantit le meilleur pronostic vital; la voie rétro-sternale n'est permise qu'à un transplant de petit volume; enfin la voie intra-pleurale, théoriquement la plus satisfaisante, comporte les risques inhérents à cette chirurgie.

3° *Les indications de l'œsophagoplastie* doivent être envisagées séparément pour le cancer et pour les rétrécissements non cancéreux.

Dans la chirurgie du cancer, sa meilleure indication actuelle est fournie par l'exérèse des cancers rétro- ou sus-aortiques; elle peut dans ces cas précéder, accompagner ou suivre l'exérèse.

L'œsophagoplastie palliative pour cancer, dans les conditions actuelles de la technique, doit rester une intervention d'exception.

Dans les rétrécissements non cancéreux, l'opération de choix nous paraît être la plastie rétro-sternale avec le jéjunum, préparé si c'est nécessaire en deux temps par ligatures alternées. Mais on ne doit pas oublier les possibilités souvent magnifiques de l'iléo-côlon droit, soit préthoracique, soit intra-pleural, sa mise en place rétro-sternale nous paraissant à déconseiller.

4° Ces conclusions sont basées sur l'étude des résultats de 119 cas parisiens et bordelais; ils montrent que l'œsophagoplastie avec le tube digestif reste grevée d'une lourde mortalité dans les cancers. Associée à l'œsophagectomie, elle ajoute à la gravité de l'exérèse des cancers haut situés ses risques propres; palliative, elle représente une intervention importante et sévère pour des malades en mauvais état général. Dans les rétrécissements non cancéreux, les progrès de la technique doivent, au contraire, en faire une opération bénigne. Mais elle expose encore maintenant à la fistule cervicale, qui reste sa « pierre d'achoppement ». Toujours curable dans les rétrécissements non cancéreux, où l'on dispose de temps, elle est particulièrement redoutable dans les cancers, où le malade risque de mourir porteur de sa fistule qui aggrave péniblement son état.

L'avenir nous dira s'il ne s'agit là que d'un problème technique, que l'on arrivera à résoudre, ou si l'anastomose au cou est exposée, pour des raisons que nous ne pouvons que conjecturer, à des dangers irrémédiables.

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Ed. L. Compère. — **The 1952 Year Book of Orthopedics and Traumatic Surgery** (Un vol. de 385 p., 226 fig., *The Year Book Publishers*, Chicago, 1952).

Il est remarquable à tous points de vue, comme le sont tous ses frères de cette fameuse collection.

Il apporte, comme les autres années, l'essentiel des questions de chirurgie osseuse envisagées l'an écoulé. Il obtiendra le même succès que ses aînés, j'en suis certain.

JEAN PATEL.

R. André, B. Dreyfus, Ch. Salmon et **R. Malassenet** (Paris). — **Les donneurs universels dangereux. Recherches sur les causes d'immunisation contre l'antigène A** (*Revue d'Hématologie*, **7**, n° 4, 1952, p. 604-615).

On sait que des accidents ont été observés au cours d'injections de sang O à des sujets A et qu'ils ont toujours été en rapport avec l'existence chez ces donneurs universels d'un anticorps (anti-A) d'immunisation. Le problème étiologique présente encore bien des inconnues, mais on a déjà observé parmi les causes de cette immunisation la fréquence de la vaccination par les anatoxines diphtérique et tétanique. C'est de ce côté que les auteurs ont orienté leurs recherches et ils exposent toute une série d'expériences poursuivies par eux avec les sérums antidiphtérique et antitétanique. Or ils ont toujours trouvé la substance A dans les sérums purifiés *par digestion enzymatique à la pepsine* et ne l'ont jamais observée dans les sérums purifiés par tout autre méthode ou non purifiés. L'existence de la substance A paraît donc bien liée à la présence de la pepsine ou des impuretés qui l'accompagnent. Pensant qu'il en doit être de même dans certaines préparations médicamenteuses à base de pepsine, les auteurs ont expérimenté dans ce sens avec le Robuden, le Gastrhema, la Parulcine et ont toujours trouvé la substance A dans ces médicaments dont les injections parentérales peuvent, par suite, être incriminées dans l'apparition d'une immunisation anti-A.

M. DENIKER.

G. T. Pack, D. M. Gerber et **I. M. Scharnagel** (New-York). — **Résultats terminaux du traitement des mélanomes malins** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 6, Déc. 1952, p. 905-911).

Ce travail résume 1 190 cas de mélanomes malins observés dans deux centres de 1917 à 1950. Les mélanomes d'avant la puberté n'y sont pas compris, car ils sont habituellement bénins. 575 cas, opérés avant 1946, sont utilisables pour cette étude. 123 d'entre ces opérés ne présentaient pas de récidives après 5 ans ou davantage, soit 21,4 p. 100. Ces guérisons atteignent même 26 à 27 p. 100 pour les opérés de 1936 à 1945.

P. G. et S. étudient ce pourcentage suivant la localisation de la tumeur, suivant le sexe (15,6 p. 100 chez l'homme, 27,4 p. 100 chez la femme). Il n'y a pas de différence suivant l'âge.

Le retard de plus de 1 mois, entre une excision locale et une intervention curative, réduit le pourcentage de guérisons de 5 ans de 39,9 p. 100 à 17 p. 100.

Le pourcentage est étudié également suivant que l'on a fait une large incision locale seule, ou avec ablation des ganglions, séparée ou dans la continuité, ou une amputation du membre.

Les survies de 5 ans sont de 14,1 p. 100 lorsque les ganglions étaient envahis, de 40,5 p. 100, lorsqu'on n'y trouvait pas de métastases.

Les survies de 10 ans (33 malades opérés avant 1940) ont été de 12 p. 100.

M. GUIMBELLOT.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Emilio Pirastu (Cagliari). — **L'ostéomyélographie** (*Annali di Radiologia diagnostica*, vol. **24**, fasc. 4, 1952, p. 245-259, avec 16 fig.).

L'auteur rapporte une série de recherches sur la diffusion d'une substance de contraste (ioduron ou uroselectan) dans le tissu osseux.

La technique par lui employée est simple. Il se sert d'un trocart à ponction sternale, qui, en général, pénètre facilement dans l'épiphyse de l'os examiné (péroné, tibia, radius et cubitus). Rarement, il est nécessaire, pour faire pénétrer le trocart, de s'aider d'un coup sec de marteau. L'auteur recommande bien de ne pas mobiliser le trocart une fois en place afin de ne pas ovaliser l'orifice de ponction, ce qui augmente les risques de reflux de la substance de contraste dans les parties molles. Il recommande aussi (d'accord avec Mallet-Guy et Micek) de ne retirer le trocart qu'après dissémination de drogue (environ de 1/2 h).

Dans 5 cas il a injecté de l'urosélectan B; dans 4 cas de l'ioduron. L'injection est douloureuse et il recommande d'anesthésier le malade avec quelques centimètres cubes de pentothal sodique intra-veineux. La quantité de liquide injecté est de 20 cm³. Un cliché est fait après 10 cm³ d'injection, un deuxième après 20 cm³. Cette quantité est toujours suffisante pour opacifier le système veineux et, en général, le cliché montre déjà le dessin trabéculaire.

L'auteur rapporte, avec une bonne iconographie, 9 cas comprenant 6 cas d'ostéomyélite et 3 de tumeur osseuse.

P. PORCHER.

G. Pelizzolo (Pavie). — **Hémangiome caverneux encapsulé du muscle grand pectoral** (*Tumori*, fasc. 1, 1953, p. 47-56).

Cette tumeur fut observée chez un enfant de 5 ans. Connue des parents depuis 6 à 7 mois, elle se présentait comme une masse para-sternale gauche, dure, bosselée, mobile, du volume d'une demi-noix, indolente.

L'ablation en fut aisée. On dut simplement, après clivage presque total, couper un pédicule musculaire faisant corps avec la tumeur.

Tumeur bien encapsulée, avec cloisons de refend lui donnant un aspect polykystique, à contenu sanglant, et dont l'examen histologique conclut à hémangiome caverneux.

Les angiomes musculaires sont d'observation plutôt rare et la forme encapsulée ne se retrouve que dans la proportion de 13 p. 100 des cas.

Le diagnostic en est des plus difficiles, vu l'absence de signes vasculaires.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une tumeur congénitale.

J. ASSALI.

VAISSEAUX

F. Schaposnik, D. Grinfeld et **G. W. Cabral.** — **Anévrysme double des artères sous-clavières-axillaires** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **39**, n° 28, 11 Juil. 1952, p. 1587-1589, avec 3 fig.).

Travail basé sur une observation personnelle. Homme de 68 ans, atteint d'une dilatation fusiforme des deux artères sous-clavières et axillaires, perceptible au palper. L'artériographie montre que la dilatation s'arrête brusquement au niveau de la naissance des artères humérales.

Le malade n'a pas été opéré.

G. Menegaux.

Harry Larsson et **Andreas Palmlöv** (Göteborg). — **L'aortographie abdominale (ses complications)** (*Acta Radiologica*, vol. **38**, fasc. 2, Avril 1952, p. 111-124, avec 3 fig.).

La vogue récente et justifiée de l'aortographie ne saurait faire oublier les précautions préalables essentielles et méconnaître un pourcentage encore trop élevé d'accidents.

Les auteurs ont étudié la toxicité des substances de contraste telles que l'Umbradil à 70 p. 100 chez des lapins; leurs expériences ont montré qu'il ne présente de danger qu'à de fortes doses, dose très supérieure à la quantité de liquide employé chez l'homme.

Ils rapportent les résultats et les incidents possibles, dans 59 cas d'aortographie abdominale chez l'homme. Après anesthésie générale (evipan), ils injectent 30 cm^3 d'Umbradil 70 p. 100 ou Diodone 70 p. 100 par une aiguille de 12, 14 cm (diamètre extérieur 1,2 à 1,5 mm), l'injection est effectuée avec un appareil analogue au Dos Santos en 6 à 9 s.

Dans l'ensemble, il n'y a jamais eu d'accident : les tests de laboratoire sont normaux, la tension artérielle reste normale. Les quelques accidents remarqués paraissent dus à la piqûre et non au produit injecté. A ce propos, les auteurs rapportent un accident mortel dû à un collapsus cardiaque, dans 1 cas de ponction de l'aorte par injection de novocaïne pour relâcher un spasme (?) de l'aorte.

P. Porcher.

N. C. Lapeyre et **P. Carabalona** (Montpellier). — **Considérations pathogéniques à propos de 2 observations de contracture des extenseurs du membre inférieur, consécutives à des injections intra-artérielles fémorales** (*Lyon-Chirurgical*, **47**, 4, Mai-Juin 1952, p. 419-426, avec 3 fig.).

Ces 2 cas sont à verser au dossier des accidents des injections intra-artérielles : dans le premier cas, il s'agit de l'injection accidentelle, dans l'artère fémorale, d'un mélange de sérum salé isotonique, éther et héparine (mélange de Katz), alors qu'on croyait être dans la veine. Dans l'autre, c'est une artériographie fémorale à la diodone à 50 p. 100 qui fut responsable des accidents. Ceux-ci se manifestèrent dans les 2 cas par une contracture douloureuse permanente et invincible de tous les muscles extenseurs du membre inférieur, associée à des phénomènes d'ischémie, qui entraînèrent la mort dans le premier cas, et nécessitèrent une amputation dans le second. Après avoir analysé minutieusement ces 2 observations, les auteurs estiment que ces contractures musculaires n'ont pas leur origine dans l'ischémie elle-même, mais dans un déséquilibre artério-capillaire, et peut-être aussi dans une action chimique directe du produit injecté, déclenchant un réflexe hypertonisant.

J. Mialaret.

Hans Idbohrn (Lund, Norvège). — **Une complication de l'artériographie par ponction directe de la carotide** (*Acta Radiologica*, vol. **36**, fasc. 2, Août 1951, p. 155-161, avec 4 fig.).

L'auteur rapporte 1 cas exceptionnel d'hématome par pénétration de la substance de contraste dans la paroi et non dans la lumière de la carotide primitive au cours d'une artériographie per-cutanée sans dénudation.

La ponction a été faite au niveau de la bifurcation « à cheval » sur la paroi artérielle. Quelques minutes après l'injection le malade perdit connaissance. On retrouvait sur les clichés pratiqués le lendemain la substance de contraste au niveau de la bifurcation.

Une autopsie providentielle (si l'on peut s'exprimer ainsi), le malade étant décédé rapidement d'un gliome, permit de confirmer le diagnostic de compression de la lumière carotidienne par un hématome péri-artériel; l'endartère, décollée de la tunique moyenne par l'hématome, faisait saillie dans la lumière, obturant ainsi le vaisseau. La méthode per-cutanée peut donc risquer de faire payer cher son incontestable élégance.

P. Porcher.

U. Borell, I. Ternstrom, R. Lindblom et **A. Westman** (Stockholm). — **La valeur diagnostique de l'artériographie des artères iliaques en gynécologie et obstétrique** (*Acta Radiologica*, vol. **39**, fasc. 4, Oct. 1952, p. 247-263, avec 14 fig.).

Les auteurs expliquent leur méthode d'artériographie de l'artère iliaque droite ou gauche par ponction directe de la fémorale profonde, au moyen d'une aiguille à trocart tolérant un mandrin souple sur lequel on engaine un tube de polyéthylène (sonde de Seldinger). Le reflux est supprimé par une compression élective de la fémorale juste en aval de la ponction. Tout d'abord le liquide employé fut l'Umbradil à 35 p. 100, puis les auteurs utilisèrent un produit plus visqueux de 1/3 solution de dextran à 22 p. 100, 2/3 Umbradil à 50 p. 100. L'injection est faite en 3 à 4 s.

Ils ont examiné ainsi 80 maladies gynécologiques et 21 femmes enceintes.

L'artériographie de l'artère iliaque est d'une grande aide pour le diagnostic différentiel entre les myomes et les tumeurs de l'ovaire, pour le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Chez les femmes enceintes, il est possible de déterminer ainsi l'emplacement du placenta.

P. Porcher.

F. E. Tricerri. — **La voie transpleurale transdiaphragmatique extra-péritonéale dans la chirurgie de l'hypertension artérielle évolutive. A propos de 20 cas opérés** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **40**, n° 11, 13 Mars 1953, p. 642-645).

Il s'agit d'une statistique de 20 malades (40 temps opératoires) sans aucune mortalité, dont les observations ne sont pas données. L'auteur a toujours utilisé la technique préconisée par Massel et ses collaborateurs en 1950 (*Surgery*, 27, 82, 1950), et dont il donne une description succincte.

Sous anesthésie générale (pentothal, curare, éther) et intubation trachéale, on aborde et on ouvre la plèvre le long du 8e ou 9e espace intercostal. Grâce au jour excellent que donne l'écarteur de Finochietto, on découvre facilement la chaîne sympathique et les splanchniques. On suit ces nerfs jusque dans la région lombaire grâce à une phrénotomie, ce qui permet l'extirpation complète de la chaîne du 1er ganglion thoracique au 2e ou 3e ganglion lombaire. Le diaphragme et la paroi sont ensuite refermés avec un drainage pleural étanche.

L'auteur indique que cette technique donne moins de complications que celle de Smithwick, à son avis.

G. Menegaux.

R. May et **R. Nibl** (Berlin). — **La veinoscopie des membres** (*Fortschritte, Rœntgenpraxie*, vol. **76**, fasc. 6, Juin 1952, p. 774-780, avec 9 fig.).

L'auteur attire l'attention sur la supériorité de la veinoscopie sur la veinographie. Elle permet non seulement de voir le réseau mais encore d'observer le flux veineux. Il décrit les avantages de la méthode dans les cas de varicose essentielle et dans les séquelles post-phlébitiques. La veinoscopie est particulièrement utile dans l'étude des récidives post-opératoires.

P. Porcher.

Daniel del Pozo R. (Santiago du Chili). — **Ligature de la veine cave inférieure (résultat éloigné)** (*Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile*, **3**, 3. Sept. 1951, p. 221-225, avec 1 fig.).

Observation d'une phlébite bilatérale des membres inférieurs, survenue chez une femme de 24 ans, à la suite d'un avortement, et compliquée d'embolies pulmonaires à répétition devant l'échec des infiltrations lombaires, et de la thérapeutique anticoagulante (imparfaite, il est vrai, par défaut de contrôle hématologique), une ligature du tronc de la veine cave est exécutée, par voie sous-péritonéale droite, associée à une résection des trois premiers ganglions sympathiques lombaires droits. Les anticoagulants sont administrés pendant les 20 jours suivants, et la guérison obtenue sans incident. Revue 9 mois après, la malade ne présentait aucune séquelle notable (œdème, troubles trophiques) au niveau des membres inférieurs.

J. Mialaret.

P. Maliet-Guy, G. Devic, R. Feit, A. Soler et **P. Blondet** (Lyon). — **Étude expérimentale des ascites par sténose veineuse post-hépatique. Ligature de la veine cave inférieure thoracique. Ligature des veines sus-hépatiques** (*Lyon-Chirurgical*, t. **47**, n° 7, Oct. 1952, p. 807-824, avec 6 fig.).

Ce travail expérimental, qui a porté sur 98 chiens, avait pour but de rechercher dans quelle mesure une sténose veineuse peut avoir une part dans la genèse de l'ascite, en dehors des facteurs métaboliques et capillaires. Il résulte des expériences réalisées que la striction progressive de la veine cave inférieure, au-dessus des veines sus-hépatiques, au moyen d'une lame de cellophane sclérogène, est compatible avec la vie si elle n'est pas exagérément serrée (alors que la ligature brutale est mortelle); cette sténose de la veine cave entraîne presque constamment une ascite abondante, précoce et persistante. Mais cette sténose cave entraîne par contre-coup une hypertension portale importante, associée à l'hypertension dans le territoire cave. Pour éliminer le facteur hypertension portale, une seconde série d'expériences réalisa seulement la ligature complète d'une ou plusieurs veines sus-hépatiques, assurant une stase veineuse complète dans un territoire hépatique déterminé. Une gangrène hépatique par nécrose anoxique se déclara dans plusieurs cas. Sinon, l'ascite apparut environ une fois sur deux. Ce fut une ascite abondante, précoce, mais passagère, sans que soit notée aucune modification de la pression portale. Le caractère passager de l'ascite s'explique par le développement d'une circulation veineuse collatérale de suppléance, intra-hépatique, et périphérique par adhérences diaphragmatiques. Cette suppléance assure le drainage veineux du territoire hépatique correspondant aux ligatures. L'existence même de cette ascite, malgré sa guérison spontanée, permet d'affirmer qu'un facteur de stase veineuse, isolé, est capable à lui seul d'entraîner une ascite, et que le foie lui-même doit être considéré comme une source certaine d'ascite.

J. Mialaret.

César Santos. — **Visualisation radiologique du canal thoracique** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **39**, n° 28, 11 Juil. 1952, p. 1585-1587, avec 2 fig.).

Il s'agit d'un travail expérimental sur le cadavre. L'auteur a utilisé tantôt la voie haute, cervicale, rétrograde, tantôt la voie basse, thoracique (par thoracotomie latérale gauche).

G. Menegaux.

CRANE ET ENCÉPHALE

P. Wertheimer, J. Courjon et **G. Allegre** (Lyon). — **Valeur de l'électro-encéphalographie dans les indications thérapeutiques des traumatismes crâniens fermés récents** (*Lyon-Chirurgical*, t. **47**, n° 6, Août-Sept. 1952, p. 641-649, avec 9 fig.).

D'après une expérience de 3 années, les auteurs considèrent que l'électro-encéphalographie, appliquée aux traumatismes crânio-cérébraux, présente un intérêt considérable au point de vue diagnostic et pronostic.

Ils l'appliquent chaque fois que « les examens habituels, neurologique, psychique, ophtalmologique, ne permettent pas le pronostic vital, ni d'établir le diagnostic de nature et de siège du dommage cérébral ».

Dans 11 cas où le tracé était normal, l'évolution fut favorable malgré des signes cliniques graves. Lorsque le tracé électro-encéphalographique est altéré, ses modifications concordent habituellement, avec les signes cliniques, et, lorsqu'il y a une discordance, l'expérience a montré qu'il fallait surtout accorder foi aux signes électriques. Des altérations en foyer signifient une hémorragie localisée, donc une indication chirurgicale; et dans 4 cas, l'opération confirma ce diagnostic et guérit les blessés. Des signes de souffrance diffuse sont, au contraire, une contre-indication opératoire, et un élément de pronostic très réservé, comme le confirma souvent l'évolution clinique. Lorsque ces blessés survivent, la surveillance électrique montre la disparition progressive des altérations diffuses du tracé.

Partant de cette idée, « qu'en agissant sur l'activité électrique, il serait possible d'obtenir une action sur les signes cliniques », les auteurs ont tenté de bloquer les influx nerveux par la procaïne intra-veineuse. Dans une assez forte proportion de cas, ils ont observé, au cours même de la perfusion de procaïne, une amélioration manifeste, mais assez transitoire, du tracé électrique. L'amélioration concommitante des signes neurologiques ne fut guère notable, mais les perturbations d'ordre végétatif furent nettement amendées.

J. Mialaret.

J. Lecuire et **M. Meunier** (Lyon). — **Indications thérapeutiques précoces dans les traumatismes crâniens fermés** (*Lyon-Chirurgical*, t. **47**, n° 8, Nov.-Déc. 1952, p. 917-924).

Une statistique de 2 032 traumatismes crânio-cérébraux fermés, à l'exclusion des contusions bénignes sans traduction encéphalique, autorise largement les auteurs à formuler des règles précises : l'indication opératoire est rare (128, soit 6,3 p. 100 des cas); elle n'est jamais urgente. Il ne faut opérer ni les cas manifestement bénins, ni les blessés d'emblée moribonds, à coma stertoreux.

Il faut opérer rapidement les grosses embarrures, les enfoncements profonds, les fractures qui intéressent le sinus frontal. Il faut opérer les hématomes intra-crâniens, dès qu'ils font leur preuve neurologique après l'intervalle libre. Si les signes cliniques sont insuffisants, la localisation exacte de l'hématome peut être utilement précisée par l'électro-encéphalogramme, l'artériographie carotidienne, la ventriculographie. Les auteurs font un large crédit à l'électro-encéphalogramme, qui fut pratiqué dans 64 cas, et dont les conclusions furent rarement en défaut; 12 blessés ne furent pas opérés, au vu d'un tracé normal, et guérirent tous sans séquelle. 27 tracés, montrant des perturbations diffuses, ont correspondu à 16 améliorations, 3 séquelles mentales et 8 morts. 25 tracés montraient des anomalies localisées, qui permirent 9 fois de préciser le siège exact du lieu de trépanation. Par contre, les auteurs se montrent assez sobres de ventriculographie à la phase précoce.

Le plus souvent, la localisation exacte de l'hématome permet d'utiliser comme voie d'abord une crâniectomie limitée (19 cas). Le volet ostéoplastique est rarement néces-

saire (6 cas). On ne peut naturellement opposer les résultats du traitement médical (1 904 blessés, 105 morts : 5 p. 100) à ceux du traitement chirurgical (128 blessés, 56 morts : 43 p. 100) qui s'adresse aux cas les plus sérieux.

J. Mialaret.

L. Psenner (Vienne). — **A propos du diagnostic clinique et radiologique des chordomes de la base du crâne** (*Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen*, vol. **77**, fasc. 4, Oct. 1952, p. 425-435, avec 6 fig.).

Les chordomes de la base du crâne peuvent présenter une symptomatologie clinique et radiologique très variée, ainsi que leur localisation et leur développement, rendant le diagnostic difficile. L'encéphalographie, et même l'artériographie montrent des signes de déplacement non typiques. L'auteur pense qu'il faudrait faire l'artériographie par la carotide externe, pour espérer voir ces tumeurs extra-duremériennes, très vascularisées.

Le diagnostic de cause est pourtant là très important car si l'opération est difficile et rarement couronnée de succès, la radiothérapie donne de très bons résultats.

P. Porcher.

RACHIS ET MOELLE

R. B. Cloward (Honolulu). — **Le traitement de la rupture des disques intervertébraux lombaires par la fusion des corps vertébraux** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, nº 6, Déc. 1952, p. 987-992, avec 4 fig.).

De 1939 à 1943, C. a pratiqué 162 opérations pour hernie discale lombaire : 51 malades ont dû être réopérés en raison du retour de douleur. Aussi depuis 1943, il a utilisé une nouvelle technique consistant à obtenir par une greffe osseuse la soudure des deux corps vertébraux voisins. Il a d'abord prélevé les greffons sur la crête iliaque du malade lui-même. Puis, depuis 1945, il a prélevé les crêtes iliaques de cadavres humains frais, les a découpées en plusieurs fragments de dimensions variées, qu'il a conservés par réfrigération, suivant une technique, qu'il décrit minutieusement, et qui est à peu près celle des banques d'os. A l'intervention, après avoir fait de chaque côté du sac dural une ablation subtotale du disque et des cartilages avoisinants, il introduit des greffons dans l'espace située entre les deux corps vertébraux.

De 1944 à 1951, 300 fusions des corps vertébraux ont été ainsi réalisées après ablation des disques. 68 de ces opérations, sur 67 malades, ont été faites à l'aide des greffons de la banque d'os. 3 cas eurent une légère infection des greffons, qui céda aux antibiotiques. Un 4e cas d'infection amena l'élimination des greffons, et nécessita une nouvelle intervention avec pose de nouveaux greffons, qui, cette fois, ne s'infectèrent pas.

M. Guimbellot.

S. Spadea et **H. Hamlin** (Providence). — **Fusion interépineuse pour le traitement des hernies discales intervertébrales** (*Annals of Surgery*, vol. **133**, nº 6, Déc. 1952, p. 982-986, avec 2 fig.).

L'opération de la hernie discale donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est pratiquée plus près du début des symptômes. D'autre part, les résultats les meilleurs sont obtenus quand l'ablation du disque est suivie de la fusion osseuse des apophyses épineuses par un greffon. S. et H. utilisent pour ce greffon la 3e apophyse épineuse lombaire, qu'ils sectionnent à sa base, échancrent sur ses bords et viennent inter-

poser entre la 5e apophyse épineuse lombaire et la 1re apophyse épineuse sacrée; elle constitue une sorte de greffe en H.

200 cas ont été opérés par cette technique. S. et H. donnent les résultats des 100 cas opérés depuis plus de 1 an. Ces résultats ont été excellents dans 60 cas, bons dans 30 cas, passables dans 5 cas, mauvais dans 5 cas. Dans 4 de ces 5 derniers cas, de nouvelles douleurs sont apparues au bout de 3 à 20 mois: une réintervention a montré que la greffe osseuse maintenait bien la fusion, mais qu'il existait aussi une hernie dans un autre disque que celui qui avait été opéré; cette réintervention, sans nouvelle greffe osseuse, amena la guérison.

M. Guimbellot.

A. Ricard et **R. Masslon** (Lyon). — **Compressions médullaires par discopathies cervicales** (*Lyon Chirurgical*, **47**, 4, Mai-Juin 1952, p. 447-452).

Les radiculalgies d'origine discale cervicale sont aujourd'hui bien connues. Les syndromes médullaires de même étiologie le sont beaucoup moins, et c'est le mérite de ce travail, d'en apporter 24 cas personnels, dont la vérification opératoire permet de fournir, à côté de la physionomie clinique, une description précise des caractères anatomo-pathologiques. Le terme de compression médullaire est d'ailleurs assez inexact, car la traduction neurologique est beaucoup plus celle d'une affection médullaire intrinsèque que d'une compression extrinsèque. Les antécédents traumatiques sont rarement retrouvés, les douleurs radiculaires sont l'exception, et la souffrance des racines ne s'extériorise souvent que par une très légère amyotrophie des petits muscles de la main, qui passe inaperçue; l'élément dominant du tableau clinique est une paraplégie spasmodique, à prédominance souvent unilatérale, où les phénomènes spastiques l'emportent sur les troubles moteurs, les perturbations sensitives restant très discrètes. On conçoit donc que le diagnostic soit longtemps celui de sclérose médullaire (sclérose en plaques 9, sclérose latérale amyotrophique 3, sclérose combinée 2) ou de myélite (2). Dans 8 cas seulement, le diagnostic pré-opératoire était celui de compression médullaire. Encore l'étiologie discale exacte n'avait-elle été prévue que 3 fois; les 5 autres malades furent opérés avec le diagnostic de tumeur médullaire.

Les épreuves para-cliniques sont, en effet, rarement démonstratives. L'épreuve de Queeckenstedt n'indique pas un blocage total, la dissociation albumino-cytologique reste discrète, et les renseignements du radiolipiodol sont assez imprécis, transitoires, permettant rarement de fixer avec certitude le siège exact de la compression. Les seuls signes radiologiques sont souvent les images osseuses de cervicarthrose et de discopathie. Mais ils demandent à être recherchés avec soin, car ils sont discrets. Ils manquaient même complètement dans 1/3 des cas.

Cette imprécision sémiologique s'explique par les lésions rencontrées : 4 fois seulement il s'agissait d'une hernie discale vraie, et le plus souvent c'était une protrusion postérieure du disque, en bourrelet transversal, plus ou moins calcifié. Cette protrusion n'est pas en elle-même l'agent de compression; elle agit en refoulant la moelle en arrière contre l'arc postérieur, en provoquant lors des mouvements du rachis cervical, une irritation de la moelle et de ses vaisseaux : des lésions d'arachnoïdite furent découvertes presque constamment, et deux examens histologiques, réalisés après décès opératoire, montrèrent des lésions de sclérose médullaire de voisinage. On conçoit donc que les résultats post-opératoires soient restés très imparfaits : la laminectomie assure la décompression, mais l'ablation de la protrusion discale est irréalisable s'il n'y a pas de hernie vraie, localisée, et la libération de l'arachnoïdite laisse persister les lésions médullaires. 3 malades seulement, sur 21 survivants à l'opération, restèrent nettement améliorés. Tant que le diagnostic ne sera pas posé plus précocement, avant la constitution de lésions intra-médullaires, il faudra se contenter de demi-succès opératoires.

J. Mialaret.

BOUCHE

J. L. Wilson et **L. G. Brizzolara** (San Francisco). — **Cancer de la langue** (*Annals of Surgery*, vol. **135**, n° 6, Déc. 1952, p. 964-970, avec 4 fig.).

W. et B. étudient 54 cas de cancers de la langue traités depuis plus de 5 ans par excision chirurgicale, ou par rayons X ou radium.

Dans le stade I (lésion confinée à la langue), 21 cas sont utilisables. La survie de 5 ans a été de 57 p. 100 : 12 cas sur 21.

Dans le stade II (tissus adjacents à la langue envahis, mais ganglions non envahis), la survie de 5 ans a été de 17 p. 100 : 1 cas sur 6.

Dans le stade III (ganglions lymphatiques envahis), la survie de 5 ans a été de 4 p. 100 : 1 cas sur 23.

M. Guimbellot.

PHARYNX

Robert M. Geist et **N. V. Portmann** (Cleveland, Ohio). — **Les tumeurs primitives malignes du naso-pharynx** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **68**, n° 2, Août 1952, p. 262-271, avec 2 fig.).

Les auteurs rapportent 72 cas de tumeurs malignes du naso-pharynx vues par eux entre 1935 et 1949 à la Clinique de Cleveland. Ils insistent sur le fait que faute de signes cliniques précoces et évidents, le diagnostic est fait tardivement. Quatre formes habituelles de symptômes : troubles auditifs, respiratoires, neurologiques et la présence de ganglions.

La radiothérapie leur paraît être la seule arme contre le cancer à cause de sa localisation inaccessible et du type de ces néoplasmes, dont le pronostic est mauvais pour le stade I (pas de ganglions palpables, pas de signes neurologiques, 23 p. 100 de survie).

11 p. 100 de survie au stade II (ganglions palpables, pas de signes neurologiques).

0 p. 100 au stade III (envahissement orbite, sinus, et base du crâne, signes neurologiques).

P. Porcher.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

H. Wijnbladh (Stockholm). — **Tétanie post-opératoire. Étude basée sur 40 cas traités** (*Acta Endocrinologica*, vol. **10**, fasc. 1, Mai 1952, p. 1-16).

Sur une série de 1 230 goitres opérés en 3 ans et demi, l'auteur a observé 24 tétanies, dont 9 transitoires. Les 16 autres cas proviennent d'autres opérateurs. Dans cette étude, l'auteur n'envisage que la détection précoce de la tétanie post-opératoire, et son traitement, mais passe sous silence l'étiologie et la pathogénie de cette affection, ainsi que les précautions opératoires qui en constituent la prophylaxie.

A côté de l'appréciation des signes cliniques — malaise général, signes de Chvostek et de Trousseau — l'auteur préconise, pour assurer un diagnostic précoce, le dosage systématique du calcium sanguin avant l'opération, et le jour suivant. Un abaissement de la calcémie de 10 p. 100, même sans signe clinique, équivaut au diagnostic de tétanie. Il n'y a pas toujours en effet de corrélation entre l'importance des signes cliniques et le taux d'abaissement de la calcémie.

La tétanie peut apparaître dès le lendemain de l'opération. Elle peut aussi être

beaucoup plus tardive : dans 1 cas, elle ne se manifesta que 10 ans après l'opération.

Tout en reconnaissant l'efficacité de l'AT 10 (dihydrotachystérol) et de la parathormone, l'auteur ne les considère pas comme le traitement de choix. Il pense, en effet que, tout en corrigeant l'abaissement de la calcémie, l'hormone parathyroïdienne agit comme freinateur de la glande ou du fragment de glande parathyroïde éventuellement laissée en place, et s'oppose ainsi à son hypertrophie compensatrice. Il est possible ainsi qu'une tétanie, susceptible de régresser spontanément, devienne définitive sous l'influence de ce traitement et requiere une administration indéfinie de la drogue. Aussi préfère-t-il le Calciférol (association de calcium et de vitamine D2) qui lui a fourni des résultats équivalents, et a permis dans certains cas l'interruption du traitement au bout de plusieurs mois ou années. De toutes façons, ce traitement, nécessairement prolongé, exige un contrôle périodique de la calcémie pour assurer une posologie adéquate. L'apparition d'une déficience rénale peut, en effet, entraîner, par défaut d'élimination, une hypercalcémie qui nécessite la diminution des doses ou la cessation complète du traitement.

J. Mialaret.

ŒSOPHAGE

P. Santy, P. Michaud et **R. Margotton** (Lyon). — **A propos du brachy-œsophage** (*Lyon-Chirurgical*, t. **47**, n° 6, Août-Sept. 1952, p. 667-680, avec 5 fig.).

C'est à définir le terme de brachy-œsophage que s'attachent avant tout les auteurs. Quels que soient les critères acceptés pour sa définition, le brachy-œsophage est une affection rare : sur un millier de cas d'affections œsophagiennes chirurgicales, les auteurs n'en retiennent que 10, auxquels ce terme peut s'appliquer. Encore, dans 8 d'entre eux, la brièveté œsophagienne est-elle un élément accessoire, associé à un autre état pathologique qui passe au premier plan des préoccupations chirurgicales ; 4 de ces cas peuvent être rangés sous la rubrique « hernie de l'hiatus œsophagien » (sur un total de 45 hernies hiatales observées); la brièveté œsophagienne reste modérée, elle s'accompagne naturellement d'une ectopie thoracique du cardia : c'est le type défini par Allison « hernie par glissement ». L'élément brachy-œsophage, dans ces cas, peut être considéré comme contingent, car l'œsophage reste assez long pour permettre d'abaisser le cardia au-dessous du diaphragme. La brièveté œsophagienne ne change rien à l'indication opératoire, ou à la technique; tout au plus, peut-on être conduit à transposer un peu en avant l'orifice œsophagien sur le diaphragme, en fermant une partie de l'orifice en arrière du passage œsophagien; cette transposition, très facilement réalisable par voie thoracique, surélève un peu l'orifice, ce qui permet un abaissement facile malgré une brièveté œsophagienne relative. 4 autres cas que l'on pourrait considérer comme brachy-œsophages compliqués, peuvent aussi bien se ranger sous la rubrique « sténose œsophagienne organique ». Il s'agit de trois néoplasmes du tiers inférieur de l'œsophage et d'un ulcère peptique sténosant de l'œsophage terminal. L'ascension intra-thoracique du cardia, associée à ces sténoses, permet évidemment le diagnostic de brachy-œsophage. Elle n'en reste pas moins contingente. On peut discuter à perte de vue pour savoir si le brachy-œsophage était congénital, primitif, en partie responsable de l'apparition d'une sténose néoplasique ou inflammatoire, ou si, au contraire, cette lésion sténosante a entraîné par rétraction, une ascension secondaire du cardia. En fait, l'indication chirurgicale ne se trouve nullement modifiée par la brièveté œsophagienne, et la résection indispensable de la portion pathologique entraînera obligatoirement, dans tous les cas, l'ascension intra-thoracique de l'estomac pour rétablir la continuité.

Il ne reste donc que 2 cas de brachy-œsophage pur, non compliqué, avec une brièveté telle qu'il est impossible d'abaisser entièrement l'estomac sous le diaphragme.

La chirurgie ne peut rien contre eux. Il faut les traiter médicalement pour éviter l'œsophagite peptique, dilater une sténose débutante. Parfois leur traitement « peut devenir chirurgical, mais alors indirectement, et la vagotomie ou la gastrectomie proposées n'ont pour but que la réduction d'acidité ».

J. Mialaret.

R. F. X. Pelligrini (Wien). — **L'indication opératoire dans le méga-œsophage idiopathique** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. 103, n° 14, 4 Avril 1953, p. 256-258).

Bien qu'il se manifeste souvent dès le tout jeune âge, le méga-œsophage idiopathique n'est souvent que tardivement traité.

Le signe le plus précoce en seraient les crises de toux, survenant pendant ou immédiatement après le repas; plus tard apparaissent une sensation de pression intra-thoracique, des brûlures rétro-sternales; finalement enfin les troubles de la déglutition, portant tout d'abord sur les liquides, et les douleurs à type de crampes. Un vomissement post-prandial peut faire disparaître tous les symptômes. Mais l'état général s'altère progressivement; la chute de poids devient considérable; la vie est menacée.

L'évolution est souvent coupée de périodes de rémission; une nouvelle crise peut être déclenchée par un choc psychique.

Au point de vue thérapeutique, l'opération de Heller représente un gros progrès. Les résultats en sont bons ou très bons dans 80 p. 100 des cas; mais il reste 15 p. 100 d'échecs, aussi bonne qu'ait été la technique employée.

P. ne pense pas qu'il y ait là un argument suffisant en faveur de l'œsophago-gastrostomie, défendue par les chirurgiens américains; avec une mortalité opératoire de 6 p. 100, elle expose au reflux, à l'œsophagite, à l'ulcère peptique; il reste fidèle à la myotomie qui lui apporte satisfaction, quelle que soit la forme anatomique, et même en cas de dolicho-œsophage.

Le test au nitrite d'amyle, s'il est positif, est un facteur de bon pronostic. L'œsophagoscopie renseigne sur deux éléments importants : le degré d'inflammation, la part du spasme, mais sans que l'on puisse dire si celui-ci a précédé celle-là ou inversement.

Or, tout le problème serait là : si le spasme est l'élément dominant et premier, la myotomie le lèvera, et fera céder l'inflammation; s'il est secondaire, l'œsophagite persistera, menant à de nouveaux accidents et à la sténose cicatricielle.

L'auteur estime que le facteur constitutionnel joue un rôle primordial dans cette affection. Il s'agirait en fait de troubles complexes du système neuro-végétatif. Utilisant le test de Curry (comportement de l'organisme sous différentes influences climatiques), P. classe ces malades en deux types : à tendance spasmodique et à tendance inflammatoire; il reconnaît d'ailleurs que, outre le climat, l'alimentation, la race, le milieu peuvent jouer également un rôle.

Un tel examen psycho-somatique réalisé avant l'intervention, permettrait un pronostic quant à la qualité du résultat : le sujet à tendance spasmodique guérira; les résultats seront moins bons chez le sujet à tendance inflammatoire; et peut-être, chez ce dernier, le traitement médical devra-t-il être un jour préféré.

R. Gueullette.

A. Gutgemann (Bonn). — **Sténoses œsophagiennes par tumeur bénigne ou maligne et sténose du cardia** (*Fortschritte a. d. Geb. Röntgenstrahlen*, vol. 77, fasc. 3, Sept. 1952, p. 315-321, avec 7 fig.).

Le diagnostic précoce des tumeurs malignes de l'œsophage doit tenir compte des symptômes initiaux encore peu caractéristiques.

L'auteur estime que s'il y a suspicion de cancer, un examen radiologique minutieux et une œsophagoscopie sont nécessaires pour parvenir au diagnostic.

Le diagnostic de la nature de la sténose de l'œsophage présente des difficultés et

des causes d'erreurs. L'auteur insiste sur l'aspect trompeur du soi-disant spasme du cardia.

L'examen radiologique doit permettre un traitement opératoire précoce : mais les éléments permettant de poser un diagnostic de nature me paraissent assez fragiles.

P. Porcher.

W. P. Butler (Shreveport, U. S.). — **Les ruptures spontanées de l'œsophage** (*The Journal of the Louisiana State medical Society*, **105**, n° 2, Fév. 1953, p. 67-68).

B. relate l'histoire d'un homme de 37 ans, alcoolique invétéré, qui, enfermé en cellule au cours d'une crise de delirium particulièrement violente, fut trouvé mort le lendemain, étendu à plat ventre dans une mare de vomissements mêlés de bile et de sang. L'autopsie montra un épanchement bilieux de la plèvre, une atélectasie totale des deux poumons avec obstruction de l'arbre bronchique par une abondante quantité de mucosités. Un peu au-dessus de l'orifice diaphragmatique, l'œsophage présentait une perforation longitudinale de la paroi antérieure sur 5 cm environ. Foie cirrhotique, myocardite chronique, glomérulo-néphrite hémorragique bilatérale, estomac dilaté avec 200 cm³ de bile. Présence d'alcool constatée dans l'estomac, le sang et l'urine. Pas de lésions histologiques nettes de l'œsophage. B. pense que la rupture est due à de violents et fréquents efforts de vomissements étant donné l'abondance des déjections retrouvées sous le cadavre.

A propos de ce cas, B. fait une courte étude des ruptures spontanées de l'œsophage, dont le 1er cas connu serait dû à Bœrhaave (1724) et dont 50 observations seulement auraient été notées depuis jusqu'en 1947 lorsque Barrett publia *le 1er cas non suivi de mort*. Quelques cas heureux diagnostiqués, traités et guéris ont été publiés par la suite.

M. Deniker.

Brit B. Gay (Georgie). — **Perforations œsophagiennes** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **68**, n° 2, Août 1952, p. 183-197, avec 9 fig.).

L'auteur passe en revue les différentes formes et causes de perforations œsophagiennes. Le diagnostic précoce est rarement posé par la clinique, par contre certains signes radiologiques doivent y faire penser.

1° Hydropneumothorax gauche dans 50 p. 100 des cas.

2° Emphysème cervical ou médiastinal dans 60 p. 100.

3° Le « vide » médiastinal se voit fréquemment au stade tardif, rarement précocement.

4° L'ingestion de lipiodol montre le siège de la perforation et ses relations avec les espaces pleuraux.

5° L'absence d'air sous-diaphragmatique est un bon signe négatif.

Dans la perforation de l'œsophage haut, l'auteur note la fréquence des signes suivants :

1° L'augmentation d'épaisseur du tissu mou pré-vertébral.

2° La présence possible de B. K.

3° La présence d'air libre rétrotrachéal ou rétropharyngé.

4° Le lipiodol fait la preuve de la fistule.

L'auteur présente une observation typique pour chaque cause de fistule, insiste sur le fait que depuis 3 ans environ, grâce à la connaissance des signes radiologiques, le diagnostic a pu être porté relativement précocement, facilitant l'opération.

P. Porcher.

Havry, S. Hellins (Minnesota). — **Ulcère de l'œsophage chez le nourrisson** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **68**, n° 4, Oct. 1952, p. 634-638, avec 2 fig.).

L'étude clinique et pathologique montre que l'ulcère de l'œsophage chez le nourrisson pour être rare n'est pas exceptionnel.

L'hématémèse est le signe principal et souvent le seul.

L'examen radiologique fait systématiquement ne montre pas toujours l'image de niche. Le diagnostic *ante mortem* est rarement fait, pourtant il en existe quelques cas dans la littérature.

P. Porcher.

Antonio Bertieri (Gênes, service du professeur T. Biancheri). — **Polype géant de l'œsophage** (*Chirurgia Italiana*, vol. **6**, fasc. 5, Sept.-Oct. 1952, p. 331-336, avec 6 fig.).

Les tumeurs bénignes de l'œsophage sont connues, bien que rares (97 cas dans la Littérature en 1945). Leur origine histologique, qui dépend de la constitution de la paroi œsophagienne, les classe en adénomes, fibromes, fibromyxomes, lipomes, myomes (qui sont les plus fréquents).

Il s'agit ici d'un fibrolipome remarquable par son volume.

Le début, chez ce malade de 35 ans, fut curieux. A diverses occasions, des efforts ou la toux faisaient apparaître, dans son arrière-gorge, une à deux tuméfactions du volume d'une petite noix. Cela provoquait un certain degré de suffocation, qui disparaissait dès que le sujet avalait à nouveau ces tumeurs insolites. Peu à peu, une dysphagie permanente s'installe et le malade maigrit. Il consulte. A sa partie supérieure, l'œsophage porte une tumeur bilobée d'un diamètre de 6 cm, étendue en hauteur sur 24 cm, de la I^re^ à la IX^e^ vertèbre thoracique.

Opération par thoracotomie gauche (9^e^ côte et partie postérieure de la 8^e^). Incision longitudinale de l'œsophage. On découvre la tumeur qui est extirpée par torsion, son pôle supérieur n'étant pas accessible. L'opération est terminée par une œsophago-gastrostomie sans résection, utilisant toute la brèche œsophagienne. Résection des pneumogastriques pour réduire l'acidité. Cette tactique improvisée a donné (pour les 20 premiers jours) un résultat excellent.

Louis Barraya.

M. Jaubert de Beaujeu (Lyon). — **Fistules œsophago-bronchiques chez l'adulte avec diverticule œsophagien de traction** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 2, Oct. 1952, p. 796-806, avec 5 fig.).

S'appuyant sur 8 observations de diverticule épibronchique de l'œsophage fistulisé dans l'arbre bronchique, l'auteur trace le tableau clinique de cet état pathologique complexe et grave, qui pose des problèmes délicats de diagnostic et de thérapeutique chirurgicale. D'après ses pièces anatomiques de résection, il lui semble qu'il s'agit toujours d'un diverticule acquis, de traction, par adhérence à l'œsophage d'une ancienne adénopathie, le plus souvent tuberculeuse. Il est plus difficile de préciser si la fistule provient de l'ouverture dans la bronche d'une adénite caséeuse, ou bien de la perforation du fond du diverticule, par stase alimentaire, infection et diverticulite. Toujours est-il que l'examen histologique n'a jamais retrouvé de lésion tuberculeuse active au niveau du trajet fistuleux. Ce qui domine assez rapidement, c'est l'abcédation pulmonaire, avec pyosclérose et dilatation bronchique, à la faveur d'une réinfection permanente par le passage des particules alimentaires dans la bronche. Aussi bien le tableau clinique est-il toujours celui d'une suppuration pulmonaire chronique, dont l'origine est longtemps méconnue, les signes cliniques de la communication œsophago-bronchique restant des plus discrets : le diverticule est toujours de petites dimensions, la fistule de diamètre minime. Et plusieurs fois, ce n'est qu'après échec d'une pneumotomie pour suppuration pulmonaire, qu'on a retrouvé, par l'interrogatoire, de légers troubles de la déglutition, le déclenchement par celle-ci, surtout après ingestion de liquide, de violentes quintes de toux.

Le diagnostic de la fistule se fait alors par exploration barytée de l'œsophage, qui objective le diverticule, parfois la fistule, et ingestion de bleu de méthylène, dont on retrouve la coloration dans l'expectoration ou le drainage de l'abcès pulmonaire. La bronchoscopie, le broncho-lipiodol, sont, par contre, incapables de déceler la fistule, et n'ont d'utilité que pour apprécier la topographie des lésions pulmonaires.

Le bilan du traitement chirurgical de ces 8 cas fut sévère, puisqu'il se solda par 4 décès. Mais il s'est agi toujours de cas diagnostiqués tardivement, après une longue période de suppuration pulmonaire, 3 fois même après pneumotomie infructueuse. Cette série permet tout de même des conclusions utiles : nécessité de penser à la fistule œsophago-bronchique devant une suppuration pulmonaire qui ne cède pas aux moyens thérapeutiques modernes. Utilité d'un diagnostic précoce, avant la phase de cachexie par suppuration chronique. Nécessité d'un traitement chirurgical d'emblée radical et complet : résection du diverticule et suture œsophagienne plus ablation des lésions pulmonaires par lobectomie ou pneumonectomie. Les demi-mesures (drainage simple de l'abcès, ou cure isolée du diverticule laissant les lésions pulmonaires aux soins de la thérapeutique médicale) sont toujours insuffisantes.

J. Mialaret.

GLANDE MAMMAIRE

P. Cogniaux et **J. Lebrun** (Bruxelles). — **A propos de 16 observations de sarcomes du sein** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 8, Nov.-Déc. 1952, p. 897-912, avec 8 fig. Bibliogr.).

A côté du sarcome primitif, développé aux dépens des tissus conjonctifs normaux du sein, les auteurs décrivent un sarcome secondaire, par dégénérescence des éléments conjonctifs d'un adéno-fibrome pré-existant. Ils ont rencontré deux fois cette dernière éventualité. Des résultats opératoires lointains de ces 16 cas, il ressort que le pronostic n'est pas aussi effroyable qu'on le dit parfois : 6 malades sont guéries depuis 4 ans et demi au moins (certaines depuis 10 ans), 2 sont suivies depuis moins de 2 ans, sans récidive. Ces métastases se font toujours à distance, l'envahissement ganglionnaire est exceptionnel et tardif. Aussi le traitement recommandé est-il la mammectomie simple, sans ablation des pectoraux, ni curage axillaire. La radiothérapie n'a guère d'action; aussi est-elle inutile comme mesure pré-opératoire. Par contre, les auteurs conseillent de l'appliquer sur la cicatrice opératoire, pour prévenir les récidives locales qui sont assez fréquentes à ce niveau. Ces directives concernent le fibro-sarcome le plus fréquent (13 cas). D'autres types histologiques plus rares pourraient bénéficier d'opérations plus larges, si le diagnostic en était possible (angio-sarcome, 1 cas; myo-sarcome, 1 cas; sarcomes neurogéniques, 1 cas).

J. Mialaret.

Gershon-Cohen et **Helen Ingleby** (Philadelphie). — **Radiothérapie du cancer du sein (classification pathologique basée sur le critère rœntgenlogique)** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **68**, n° 1, Juil. 1952, p. 1-7, avec 2 fig.).

Les auteurs reprennent la classification des cancers du sein, et le diagnostic de carcinome sur les signes radiologiques (radiopacité de la tumeur, irrégularité des berges, caractères du tissu péri-tumoral, et les modifications secondaires de la peau, de la forme de la glande et de la position du mamelon).

Ils pensent qu'une semblable classification aide le radiothérapeute dans le choix du traitement.

P. Porcher.

THORAX, CAGE ET CAVITÉ

Franco Perassi (Gênes). — **Les tumeurs du sternum** (*Annali di Radiologia diagnostica*, vol. **24**, fasc. 4, 1952, p. 275-287, avec 10 fig.).

Malgré la rareté des tumeurs localisées au sternum, l'auteur décrit trois observations de chondromes, de chondro-sarcome et de fibrose à évolution sarcomateuse.

Devant la difficulté de poser un diagnostic radiographique exact, l'auteur propose de s'aider des renseignements fournis par la stratigraphie habituelle et la stratigraphie axiale, et pense que l'on obtient par ces méthodes des arguments pour la discussion diagnostique.

Puis il discute les différentes formes de néoplasmes fréquents au niveau du sternum et conclut :

a) Que ce siège est rare.

b) Que le syndrome radiologique, bien que polymorphe, peut orienter vers une affection, et dans certains cas, permettre un diagnostic de nature.

c) Que le diagnostic radiologique précoce est presque impossible sans l'aide de la biopsie.

P. Porcher.

POUMON ET PLÈVRE

R. Lochhead, D. Roberts et **C. Dotter** (New-York). — **L'embolie pulmonaire (étude angiocardiographique expérimentale)** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **68**, n° 4, p. 627-633, avec 5 fig.).

Les auteurs se sont servis du chien comme sujet d'expérience : ils pratiquent des angiocardiographies après une embolie pulmonaire aiguë provoquée. Ils ont noté :

La dilatation immédiate des branches des artères pulmonaires après l'embolie d'une lobaire ou d'un segment de l'artère pulmonaire.

Cette dilatation est réversible et n'entraîne pas obligatoirement des conséquences fatales.

P. Porcher.

E. Derra et **F. Koss** (Düsseldorf). — **A propos de la résection dans le traitement de la bronchectasie** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **78**, n° 14, 3 Avril 1953, p. 457-462).

Les auteurs soulignent tout d'abord l'importance des connaissances nouvelles en matière d'anatomie pathologique et de physiologie, les progrès de la chirurgie thoracique et des méthodes anesthésiques.

La bronchectasie intéresse surtout le lobe inférieur; mais elle peut atteindre d'autres segments d'un ou des deux poumons. Le but de l'opération est de supprimer les parties malades, où qu'elles soient, tout en conservant une fonction respiratoire suffisante.

L'étude bronchographique pré-opératoire, d'importance majeure, doit être réalisée avec une solution aqueuse d'iode à haute viscosité (Joduron B, Perabrodil Br), après anesthésie bronchique à la Salicaïne, et préparation du malade au Luminal et à l'atropine; on emploiera avantageusement le cathéter de Métra. L'épreuve pré-opératoire de la fonction pulmonaire, par la méthode de Knipping, est indispensable, si l'on veut se mettre en garde contre une hypoxémie post-opératoire chronique et ses conséquences.

Au point de vue technique, l'auteur expose sa méthode personnelle de fermeture des moignons bronchiques. Il ne fait pas de thoracoplastie, et ne coupe le phrénique que chez l'adulte, après pneumonectomie.

Son expérience porte sur 177 résections pulmonaires pratiquées sur 174 malades. La mortalité moyenne a été de 12,7 p. 100 (7,4 dans les bronchectasies pures, 24,5 dans les formes avec abcès); sur 31 enfants, il n'a eu à déplorer qu'un seul décès.

Les complications non mortelles (fistules, empyèmes, cavités restantes) ont été respectivement de 9,6 et de 25,1 p. 100.

Les résultats sont bons dans la plupart des cas, d'autant plus que la résection a été plus économique; on observe une certaine déficience respiratoire chez les adultes, qui n'est jamais rencontrée chez l'enfant.

Après avoir envisagé l'évolution anatomique, le retentissement de l'intervention sur la fonction cardio-circulatoire, les auteurs s'arrêtent plus longuement sur le problème étiologique; il s'agit, selon eux, non pas d'un état congénital, mais très souvent du résultat de la pression exercée sur les bronches par un paquet de ganglions hypertrophiés; viendraient ensuite comme causes de dilatation, la sténose bronchique tuberculeuse, l'oblitération bronchique par un tissu de granulation développé sur une ulcération, les infections et corps étrangers bronchiques; enfin les processus pneumoniques, les bronchites et péri-bronchites.

A quelques rares exceptions près, la résection s'impose; l'âge n'entre pas en cause. Les interventions en plusieurs temps dans les formes bilatérales, les résections segmentaires dans les formes à multiples foyers, la longue et minutieuse préparation à l'intervention chez les malades fatigués améliorent notablement le pronostic opératoire; il reste cependant sévère dans les formes suppurées ou hémorragiques.

R. Gueullette.

A. Guichard, F. Cabanne, F. Larbre et **P. Bonnet** (Lyon). — **Chorio-épithéliome isolé du poumon avec gynécomastie chez un homme de 55 ans. Pneumonectomie. Guérison depuis 1 an et demi** (*Lyon Médical*, an. **85**, t. **188**, n° 10, Mars 1953, p. 201-208).

Chez un homme de 55 ans, apparaissent des modifications du timbre de la voix et une gynécomastie avec syndrome discret de compression intra-thoracique par tumeur pulmonaire. La pneumonectomie montre deux néoformations arrondies et isolées intra-pulmonaires gauches : microscopiquement, il s'agit d'un chorio-épithéliome intra-pulmonaire. Après l'opération, l'examen clinique du testicule est négatif et un dosage du prolan B se révèle subnormal, le taux de ce dernier baissant progressivement durant les 18 mois d'observation ultérieure.

Les auteurs ne pensent pas que la tumeur ait pris son origine dans un dysembriome intra-thoracique. De même leurs recherches d'un point de départ testiculaire ont été vaines. Néanmoins, ils estiment probable que le chorio-épithéliome pulmonaire a bien été secondaire à une tumeur, soit active mais cliniquement latente, soit antérieurement active et entrée en régression après la pneumonectomie. Il est à souhaiter que cette observation si intéressante pour la carcinologie puisse être reprise avec un recul plus grand.

Cl. Olivier.

H. Gattner (Halle). — **Le diagnostic cytologique des tumeurs, notamment du cancer bronchique** (*Innere Medizin*, vol. **8**, n° 1, 1er Janv. 1953, p. 47-48 et n° 2, 15 Janv. 1953, p. 72-77, avec 11 fig.).

L'intérêt de la méthode apparaît particulièrement grand en matière de cancer bronchique, de diagnostic si difficile. L'auteur en expose la valeur à la lumière de 12 observations personnelles brièvement relatées, choisies parmi une centaine de cas de tumeurs du poumon traitées depuis 1950.

G. rapporte tout d'abord des considérations générales portant sur la profession, l'âge, le sexe, la fréquence (le cancer bronchique serait devenu le plus fréquent des cancers depuis 1942), l'influence de la fumée de tabac (46 p. 100 sont de gros fumeurs) et de l'inhalation de poussières (travail à la mine), des matières colorantes ingérées ou en application sur la peau, sur le temps passé entre le premier examen et la confirmation diagnostique, la symptomatologie et la valeur du traitement chirurgical.

Il ne réserve ainsi qu'une place modérée au véritable objet de son article.

Alors que la clinique n'affirme que dans 35 p. 100 des cas, l'exacte nature de l'affection en cause, alors que la radiologie, la bronchographie (même au moyen de solutions aqueuses) demeurent infidèles, alors que la bronchoscopie ne permet la biopsie révélatrice que dans 40 à 45 p. 100 des cas, les méthodes cytologiques permettraient un diagnostic positif dans 90 p. 100 des cas.

Les sécrétions peuvent être recueillies par bronchoscopie, avec l'excellent appareillage de Eckert-Möbius (82 à 92 p. 100 de résultats positifs). G. commence par l'étude directe des crachats, après avoir provoqué des secousses de toux violentes par excitation laryngée; si 2 ou 3 réponses sont négatives, il fait un sondage bronchique après anesthésie laryngée ou légère narcose; il emploie une sonde à extrémité opaque aux R. X, qui lui permet une parfaite localisation.

La ponction lui paraît peu dangereuse; les accidents d'embolie pulmonaire, de pneumothorax sont rares.

Quelle que soit la méthode employée, l'examen cytologique permet dans de très nombreux cas l'affirmation d'un diagnostic, que la clinique ou la radiologie auraient longtemps laissé attendre.

G. rapporte enfin 2 cas où la technique de Papanicolaou lui a permis de préciser un diagnostic de cancer œsophagien d'une part, de cancer gastrique d'autre part.

R. Gueullette.

J. Papillon, R. Violland et **M. Goyon** (Lyon). — **Indications et résultats de la rœntgenthérapie du cancer bronchique. A propos de 150 observations** (*Acta Radiologica*, vol. **38**, fasc. 6, Déc. 1952, p. 506-518, avec 4 fig.).

Les auteurs précisent, d'après les statistiques faites sur 140 malades atteints de cancer des bronches traités aux R. X au Centre Anticancéreux de Lyon, les indications respectives de l'irradiation curative et palliative et les contre-indications de cette méthode.

Ils insistent sur le polymorphisme de cette affection et la difficulté de traiter ces sujets dont la tolérance à la radiothérapie est très variable.

Bien que tous inopérables, 10 malades sur 62 survécurent 2 ans, et 3 sur 36 sont guéris depuis plus de 3 ans.

La connaissance de ces résultats doit permettre une meilleure orientation de la thérapeutique dans les tumeurs d'opérabilité discutable et dans celles où l'abstention est une règle de sagesse.

P. Porcher.

W. Pfeifer et **A. Weil.** — **L'aspect radiologique des cancers primitifs de la plèvre** (*Fortschritte Roëntgenstrahlen Roëntgen.*, vol. **76**, fasc. 4, Avril 1952, p. 460-467, avec 14 fig.).

Les auteurs rapportent 12 cas de carcinomes pleuraux primitifs diagnostiqués cliniquement au cours des 3 dernières années. Ils présentent 11 clichés et une microphoto de cancer de la plèvre diagnostiquée histologiquement.

Ils exposent leur technique personnelle d'examen radiologique :

Téléradiographie pulmonaire de face.

Ponction évacuatrice de l'épanchement pleural (le plus souvent hémorragique).

Création d'un pneumothorax.

Cet examen permet, en général, à lui seul, de diagnostiquer le cancer pleural. Mais il est préférable de le compléter par :

Une thoracoscopie avec biopsie pleurale et viscérale.

Ou si cet examen est impossible, une thoracotomie exploratrice.

P. Porcher.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

Sirot et **Bernasconi** (Alger). — **Plaie du ventricule droit. Suture intéressant l'artère interventriculaire antérieure dans sa partie proximale. Infarctus myocardique. Étude électro-cardiographique. Guérison** (*L'Afrique Française Chirurgicale*, n° 3 et 4, 1952, p. 26-29).

Observation, chez un indigène de 22 ans, d'une plaie du ventricule droit opérée par voie classique (transchondrale) avec ouverture large de la plèvre, et qui, bien

que pénétrante, saignait peu à l'intervention. Du fait de la contiguïté de la plaie cardiaque et du pédicule interventriculaire antérieur, les deux points de suture ont étreint les vaisseaux interventriculaires antérieurs. Quelques instants après, fibrillation du cœur, qui cesse d'ailleurs rapidement, avant même une injection de novocaïne et les contractions cardiaques se régularisent. Suites opératoires très simples. Le malade est revu 3 mois après en excellent état.

L'électro-cardiogramme, pratiqué 19 jours après l'intervention, donne des images électriques d'infarctus du myocarde, intéressant la région antéro-septale et la face diaphragmatique du cœur. Signes d'ischémie-lésion. A l'examen clinique, rythme à 3 temps, surtout net quand le cœur s'accélère.

Cette observation, de valeur quasi expérimentale, montre que la ligature de l'artère ventriculaire antérieure, qui aurait pu être désastreuse chez un sujet aux artères coronaires déficientes a été bien tolérée. Cette ligature, pratiquée à la partie haute du sillon interventriculaire et qui a probablement intéressé la grande veine coronaire, a donné à l'électro-cardiogramme des signes d'infarctus intéressant la région antéro-septale et la face diaphragmatique du cœur. L'évolution favorable de cette occlusion aiguë du tronc coronaire gauche, malgré les lésions d'infarctus du myocarde objectivées par l'électro-cardiogramme, affirme la possibilité de récupération chez l'homme jeune au système coronaire sain, le jeu des anastomoses permettant probablement une bonne suppléance et la réduction de la zone de nécrose. Des tracés ultérieurs pourront permettre de juger de la récupération myocardique et du degré de nécrose. Quant aux conséquences de la ligature de la grande veine coronaire, elles sont difficiles à apprécier du fait de la ligature artérielle associée.

J. Meillère.

C. P. Bailey, M. H. Lacy, W. B. Neptune, R. Weller, C. S. Arvanitis et **J. Karasic** (Philadelphie). — **Essais expérimentaux et cliniques sur la correction des défauts du septum interventriculaire** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 6, Déc. 1952, p. 919-936, avec 17 fig.).

B. et ses collaborateurs ont essayé sur le chien les méthodes possibles d'occlusion des orifices du septum interventriculaire. Ils ont opéré 52 chiens. Ils ont voulu d'abord créer ces orifices, et dans un second temps les oblitérer; mais le premier temps entraînait toujours la mort rapide de l'animal. Aussi ont-ils pris le parti de créer l'orifice, puis de l'oblitérer immédiatement. Pour cette oblitération ils ont taillé un lambeau pédiculé triangulaire de la face ventrale du péricarde, et l'ont transformé en un tube par quelques points de suture. Puis, incisant le ventricule droit, ils ont introduit l'index dans le ventricule; reconnaissant l'orifice du septum avec le doigt, ils ont glissé une sonde portant à son extrémité un fil, attaché d'autre part au bout du lambeau péricardique; la sonde traversant l'orifice septal, entre dans le ventricule gauche, et vient ressortir à travers la paroi antérieure de celui-ci; le fil est saisi, la sonde ramenée en arrière et retirée, et la traction sur le fil entraîne le greffon dans le ventricule droit, l'orifice septal qu'il oblitère, puis la contre-ouverture du ventricule gauche où il est amarré.

Ils ont essayé une autre technique; elle consistait à entraîner un lambeau péricardique non enroulé en tube, qu'on cherchait à appliquer sur l'orifice septal comme un voile. Elle s'est révélée inefficace.

3 malades ont été opérés par la technique du lambeau tubulé et leurs observations sont données en détail. Il s'agissait d'hommes de 26 ans, 18 ans et 27 ans. L'opération fut bien supportée dans les 3 cas. Dans le 1er cas la guérison paraît avoir été complète, sauf persistance d'un léger murmure, qui a été attribué à l'existence d'un second petit orifice septal. Dans le 2e cas, le greffon parut avoir apporté un trouble de la circulation dans le ventricule droit, et il dut être enlevé par une seconde intervention. Dans le 3e cas, il y eut amélioration, mais le résultat a été incomplet, probablement parce que le greffon n'était pas assez volumineux pour oblitérer complètement l'orifice du septum.

M. Guimbellot.

Robert F. Rushmer, Dean K. Crystal, Robert A. Tidwell, R. F. Crose et **John A. Hendron** (Seattle). — **Transposition complète des gros vaisseaux** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **42**, n° 2, Fév. 1953, p. 189-194, avec 3 fig.).

A propos de deux observations les auteurs dressent le tableau de la transposition complète de l'aorte et de l'artère pulmonaire avec ses signes cliniques, électro et angio-cardiographiques. L'un des deux enfants, âgé de 16 mois, est mort subitement 36 h après une angio-cardiographie pré-opératoire. L'autre fut opéré (opération de Blalock) à l'âge de 34 mois, mais mourut 3 jours plus tard; l'autopsie trouva un caillot qui, parti de la sous-clavière gauche, franchissait l'anastomose et atteignait l'artère pulmonaire gauche.

J. Loygue.

F. S. P. Van Buchem, L. D. Eerland, J. Nieveen, B. P. A. Homan et **W. E. Marring** (Groningen). — **Le traitement chirurgical de la sténose pulmonaire (valvulotomie)** (*Acta Medica Scandinavica*, vol. **143**, fasc. 6, Sept. 1952, p. 415-429, avec 15 fig.).

Ce travail cherche à préciser les indications de la valvulotomie dans la sténose pulmonaire pure, la tétralogie de Fallot et la sténose pulmonaire associée à une communication inter-auriculaire. La sténose pulmonaire isolée paraît à V. B. et ses collaborateurs plus fréquente qu'il est classique de le dire; en un espace de temps assez bref, ils en ont découvert 10 cas dont 9 ont été opérés. Un de ces malades est mort d'arrêt cardiaque per-opératoire, c'était, semble-t-il, une indication limite; les 8 autres ont été considérablement améliorés par la valvulotomie.

La technique opératoire, celle de Brock, est décrite dans ses grandes lignes.

J. Loygue.

Pablo Benetti Aprosio. — **Valvulotomies pulmonaires** (*Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario*, t. **19**, n° 5-6, 9 Sept. 1952, p. 137-147).

Il s'agit d'un travail réalisé à l'hôpital Broussais, dans le service du professeur Gaudart d'Allaines. Il est basé sur 8 cas; 1 seul malade est mort de syncope respiratoire.

Après abord par une thoracotomie antéro-latérale par le 3e espace intercostal, novocaïnisation et ouverture du péricarde, on fait une petite incision dans la paroi du ventricule. La valvulotomie est faite à l'aide d'un valvulotome. Dans 3 cas de tétralogie de Fallot, d'Allaines a cherché à dilater la valvule pulmonaire par la voie de l'artère pulmonaire.

G. Menegaux.

W. Loehr et **Usar** (Massachussets). — **Kystes péricardiques** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **68**, n° 4, Oct. 1952, p. 584-609, avec 34 fig.).

Les auteurs donnent une classification des kystes péricardiques basés sur l'anatomie pathologique.

Ils rapportent un kyste de lymphangiomatose kystique péricardique confirmé. Le kyste, étudié par toutes les méthodes radiologiques (y compris l'angiocardiographie), fut ensuite opéré.

4 autres cas sont aussi étudiés mais pour lesquels les auteurs n'eurent pas de vérification histo-pathologique.

Ils insistent sur l'importance de la radioscopie dans toutes les positions, de la tomographie, de la kymographie et de l'angio-cardiographie pour le diagnostic qui reste difficile, et même impossible — tel un cas de lymphosarcome qui présentait tous les caractères d'un kyste péricardique.

P. Porcher.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

John Evans (New-York). — **Hernie diaphragmatique** (*Am. Journ, of Rœntg.*, vol. **68**, n° 5, Nov. 1952, p. 754-763, avec 16 fig.).

Les travaux récents sur la pathogénie des hernies diaphragmatiques ont fait reconsidérer cette question.

L'auteur insiste sur la difficulté souvent rencontrée de faire radiologiquement le diagnostic de hernie de l'estomac par l'hiatus œsophagien, ou de dilatation « bulbe épiphrénique ».

Il pense que pourtant il faut faire ce diagnostic précocement pour permettre l'intervention et éviter le développement d'œsophagite chronique, d'ulcération ou de sténose.

P. Porcher.

F. Gudjon (Oldenburg). — **A propos des « hernies diaphragmatiques para-sternales »** (*Fortschritte a. d. Geb. der Röntgenstrahlen.*, vol. **77**, fasc. 3, Sept. 1952, p. 330-335, avec 5 fig.).

L'auteur rapporte 2 cas de hernies diaphragmatiques parasternales (qui viennent s'ajouter aux 20 publiées jusqu'ici). La rareté de cette forme de hernie explique les erreurs d'interprétation.

L'auteur donne les signes pathognomoniques de ces hernies et y ajoute quelques détails importants sur la morphologie de l'affection bien décrite au point de vue sémiologique.

P. Porcher.

C. E. Koop et **J. Johnson** (Philadelphie). — **Réparation transthoracique de la hernie diaphragmatique chez le jeune enfant** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 6, Déc. 1952, p. 1007-1011, avec 1 fig.).

Le diagnostic de hernie diaphragmatique du nouveau-né impose une opération d'urgence, même s'il y a une amélioration momentanée des symptômes. K. et J. insistent sur la préférence à donner à la voie transthoracique pour aborder la lésion. Ils l'ont utilisée chez 15 nouveau-nés, dont 12 avaient une hernie diaphragmatique et 3 une éventration diaphragmatique. L'anesthésie endotrachéale avec pression positive est préférable, mais non indispensable. L'incision de la plèvre amène déjà une amélioration dans l'état de l'enfant, en diminuant la compression du poumon et du médiastin. Après réduction de la hernie et fermeture de l'orifice diaphragmatique, toutes les thoracotomies furent fermées sans drainage et il n'y eut pas lieu d'aspirer de l'air ou du liquide pleural. On établit une aspiration gastrique post-opératoire et une injection de liquides intra-veineux au début.

Il y eut 3 décès post-opératoires, dus plutôt à d'autres malformations congénitales, qu'à la hernie. Un autre enfant dut être réopéré pour corriger un vice de position du côlon, donnant de l'obstruction. Un autre eut une atélectasie du poumon droit, qui fut guérie par aspiration de mucus par la trachée. Les enfants guéris purent être suivis pendant 2 mois à 2 ans et n'eurent pas de récidive.

M. Guimbellot.

J. L. Smoot (Fredericksburg). — **Hernie à travers le foramen de Winslow** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 6, Déc. 1952, p. 1040-1043).

S. rapporte 1 cas de hernie du foramen de Winslow, observé chez un homme de 47 ans. L'affection avait débuté par une douleur épigastrique brusque, et deux vomissements.

Le diagnostic pré-opératoire put être fait grâce à la radiographie. En effet, l'examen dans les différentes positions (couché, debout, décubitus latéral) permit d'affirmer la présence de gaz dans l'arrière-cavité des épiploons (ce qui peut se voir dans les ulcus perforés de la face postérieure de l'estomac), mais aussi la présence dans cette arrière-cavité de niveaux liquides de l'intestin grêle.

L'intervention, avec incision du ligament gastro-colique, confirma ce diagnostic. La réduction de l'intestin grêle hernié fut difficile, et il fallut dilater le foramen avec 2 doigts. Cette dilatation ne fut pas rétrécie par une suture, en raison de la présence des organes importants du petit épiploon. Le malade guérit.

Il est à noter que le malade avait, avant l'intervention, une glycémie de 2,89 g, qui tomba à 1,25 g le 5e jour. Il est difficile de dire si le malade était avant cet incident un diabétique latent, ou si la présence d'un intestin étranglé au voisinage du pancréas avait déterminé cette hyperglycémie.

M. Guimbellot.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

Stig. Fagerberg (Uppsala). — **Pneumo-rétropéritoine** (*Acta Radiologica*, vol. **37**, fasc. 6, Juin 1952, p. 519-530, avec 11 fig.).

L'auteur après un bref rappel de l'anatomie de l'espace rétro-péritonéal, expose la technique habituelle du rétro-pneumopéritoine à l'oxygène.

Il présente quelques clichés ainsi obtenus et des tomogrammes très nets et analytiques.

Cet examen est parfaitement bien supporté et ne présente aucun danger, même chez les enfants (le plus jeune sujet avait 4 mois).

P. Porcher.

ESTOMAC

B. O. Rosenak, R. H. Moser, Ch. Fisch, W. H. Bond et **J. H. Houseworth** (Indianapolis). — **Hémorragies ulcéreuses. Analyse de 223 cas** (*Gastro-Enterology*, vol. **20**, n° 2, Fév. 1952, p. 271-281).

La réunion de 223 hémorragies par ulcère gastrique, duodénal ou jéjunal, observées en 10 ans, constitue assurément une vaste statistique. On en attendrait une réponse au problème, toujours controversé, du choix de la meilleure thérapeutique, médicale ou chirurgicale. Les auteurs s'avouent malheureusement incapables d'y apporter aucun éclaircissement : la mortalité globale est de 13,4 p. 100; elle est plus élevée pour les malades opérés (tous par gastrectomie), puisqu'elle est de 10 sur 79. Mais les cas ne sont pas comparables, et les auteurs se refusent à en tirer aucune conclusion définitive. De même, la mortalité plus élevée des opérations pratiquées en pleine hémorragie (25 p. 100) par rapport aux interventions retardées après arrêt du saignement (10 p. 100) ne leur paraît pas probante.

L'alimentation précoce, en période hémorragique, ne semble pas avoir apporté d'amélioration manifeste dans le pronostic qui reste, avant tout, sous la dépendance de l'abondance de l'hémorragie, et de l'âge des malades (mortalité double chez les malades de plus de 50 ans).

Par contre, l'efficacité des transfusions sanguines ne paraît guère douteuse : la mortalité est de 12 p. 100 chez les malades transfusés, contre 16,9 p. 100 chez les non-transfusés. Et si l'on classe les malades en 4 groupes suivant la gravité de l'hémorragie, la différence est aussi sensible dans chacun des groupes. D'ailleurs, si certains malades n'ont pas reçu de sang (65 cas), ce n'est pas à cause d'une gravité moindre de leur état, mais par force majeure (pénurie de sang) ou de propos délibéré, certains membres de l'équipe étant opposés par principe aux transfusions.

J. Mialaret.

W. Walters, H. H. Belding et **M. K. Smith** (Rochester). — **Comparaison des résultats de la vagotomie gastrique de notre statistique personnelle et des rapports à l'Association américaine de gastro-entérologie** (*Gastro-Enterology*, vol. **19**, n° 4, Déc. 1951, p. 623-643).

Cette étude statistique porte sur 331 vagotomies, pratiquées de 1946 à 1950 à la Mayo Clinic, et dont les résultats ont été vérifiés de 1 à 5 ans après l'opération. Par rapport aux publications antérieures des mêmes auteurs, portant en partie sur les mêmes malades, mais revus à moins longue échéance, la statistique présente apporte la notion d'une diminution de qualité des résultats avec le temps écoulé. Par ailleurs, les résultats sont à peu près comparables à ceux qui furent réunis par le Comité de la vagotomie, pour l'Association américaine de gastro-entérologie : La vagotomie seule, pour ulcère duodénal, donne 58 p. 100 d'excellents résultats, 35 p. 100 de médiocres, et 7 p. 100 de mauvais. Dans 65 à 84 p. 100 des cas, les douleurs ulcéreuses ont disparu, mais elles sont parfois remplacées par des troubles du transit gastrique ou intestinal. L'adjonction d'une gastro-entérostomie, ou d'une résection gastrique, à la vagotomie, améliore considérablement ces résultats, qui sont excellents dans 70 à 80 p. 100 des cas.

L'ulcère anastomotique gastro-jéjunal constitue, de l'avis des auteurs, la meilleure indication de la vagotomie : elle donne 70 p. 100 d'excellents résultats, et diminue beaucoup la fréquence des hémorragies. Néanmoins, si elle est considérée comme le traitement de choix de l'ulcère peptique après gastrectomie, les auteurs lui préfèrent la résection gastro-jéjunale lorsque l'ulcère peptique complique une gastro-entérostomie.

J. Mialaret.

Von R. Frercks. — **Sur la clinique des tumeurs gastriques d'origine nerveuse** (*Gastro-Enterologia*, vol. **79**, n° 4, Avril 1953, p. 214-220, avec 1 fig.).

A l'occasion d'une observation l'auteur insiste sur la valeur diagnostique des signes radiologiques. La mise en évidence d'un relief intact de la muqueuse s'étendant jusqu'à la niche diverticulaire, est de grande importance. Le syndrome de la « niche mobile » décrit pour la première fois par Braunbehrens a été retrouvé chez ce patient.

Cl. Olivier.

Lucille M. Bond et **J. J. Pileggi** (New-York). — **Maladie de Hodgkin primitive de l'estomac** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **67**, n° 4, Avril 1952, p. 592-595, avec 3 fig.).

Après une brève revue des cas d'Hodgkin primitif de l'estomac publiés, les auteurs présentent un cas personnel.

Les signes cliniques et radiologiques constatés correspondaient à ceux décrits dans la littérature. L'aspect radiologique était celui d'une infiltration polypoïde.

Le diagnostic n'a pourtant pas pu être affirmé avant l'examen histologique.

L'intervention fut suivie de radiothérapie; le malade va bien depuis 1 an.

P. Porcher.

Ch. B. Ripstein et **G. W. Flint** (Brooklyn). — **Léiomyosarcomes du tractus gastro-intestinal** (*Gastro-Enterology*, vol. **20**, n° 2, Fév. 1952, p. 315-326, avec 5 fig.).

12 observations de léiomyosarcome du tube digestif, de localisations diverses : estomac, 3 cas; duodénum, 3 cas; jéjunum, 2 cas; iléon, 3 cas; cæcum, 1 cas. L'hémorragie intestinale constitue la traduction clinique la plus fréquente (10 cas); la perception d'une tumeur abdominale est plus rare (1 cas). Les possibilités du diagnostic radiologique ne sont guère envisagées. L'accent est mis surtout sur la malignité assez atténuée de ces tumeurs : malgré une évolution antérieure souvent assez longue,

aucune n'avait entraîné de métastase décelable lors de l'intervention. Toutes ces tumeurs étaient extirpables dans de bonnes conditions. Les 3 décès opératoires concernent les tumeurs duodénales qui, pour des raisons anatomiques en partie indépendantes du néoplasme lui-même, entraînèrent à des opérations de grande gravité : duodéno-pancréatectomie, gastro-duodénectomie segmentaire, hémicolectomie droite associée à une duodénectomie partielle. Les autres localisations conduisirent à des résections segmentaires bien supportées, et, si la tumeur colique fut suivie de métastases mortelles 2 ans après l'opération, les 8 autres opérés étaient en vie de 6 mois à 19 ans après l'exérèse.

J. Mialaret.

R. Pape et **A. Hackenselner** (Vienne). — **Les signes radiologiques des tumeurs neurogènes du tube digestif** (*Fortschritte a. d. Geb. der Rontgenstrahlen*, vol. 76, fasc. 6, Juin 1952, p. 690-711, avec 18 fig.).

Les auteurs estiment avec Feyrter que beaucoup de tumeurs du tube digestif décrites sous d'autres noms, doivent être classées parmi les neuromes et dérivent du plexus d'Auerbach.

Ils décrivent 20 cas, et rappellent l'importance de les localiser avec certitude comme étant extra-muqueux. Si ces tumeurs se développent vers l'intérieur, on trouve une ulcération concave, profonde, à limites franches ou dentelées; si c'est vers l'extérieur, elle est moins profonde, à limites anguleuses ou polycycliques. La nécrose est fréquente mais inconstante.

Les auteurs rappellent les différents aspects de l'image radiologique : en entonnoir, en niche, en poche, diverticulaires ou fistulisées.

Ces tumeurs viscérales sont fréquentes dans la neuro-fibromatose de Recklinghausen.

P. Porcher.

INTESTIN

William C. Beck et **George Chohany** (Sayre). — **Atrésie duodénale** (*The Journal of Pediatrics*, vol. 42, n° 4, Avril 1953, p. 432-439, avec 4 fig.).

Éliminant de parti pris les discussions d'ordre académique sur le siège, le type et l'étendue du rétrécissement et restant dans un domaine pratique, chirurgical, B. et C. veulent montrer d'abord que le diagnostic peut et doit être posé tôt, dès les 24 ou 48 premières heures, grâce à un examen radiologique avec opacification de l'estomac chez tout nouveau-né qui vomit. Ils insistent ensuite sur les soins qui doivent précéder l'intervention : aspiration gastrique, rétablissement de l'équilibre électrolytique, oxygénothérapie, etc. L'intervention elle-même consiste en une anastomose de dérivation dont le type (gastro-jéjunostomie, duodéno-jéjunostomie, gastro-duodénostomie) dépend du siège et de l'étendue de l'atrésie, c'est-à-dire des constatations opératoires. La réalisation de cette anastomose ne leur paraît pas présenter de difficulté particulière si ce n'est la découverte de la lumière de l'intestin en aval de la lésion qui est complètement collabé. Les soins post-opératoires demandent, par contre, une minutie extrême pour éviter tout déséquilibre protéique et électrolytique susceptible de provoquer un œdème de la bouche et l'obstruction de celle-ci.

Si le pronostic de l'atrésie duodénale reste dans l'ensemble sévère et l'intervention grevée d'une mortalité élevée, pourtant les succès obtenus doivent engager les chirurgiens à poursuivre leurs efforts. B. et C. ont pu guérir leur premier enfant qui 10 mois plus tard, présentait un développement normal; le second par contre ne survécut que 8 jours, mais il s'agissait d'un prématuré pesant 1.9 kg à la naissance et qui ne fit pas les frais d'une agranulocytose et d'une broncho-pneumonie.

J. Loygue.

Valletti (Rome). — **Sténoses duodénales congénitales** (*Archivio Italiano di Pediatria e Puericoltura*, vol. **15**, fasc. 5, p. 325-354).

Ce travail repose sur la description de 5 cas de sténose congénitale du duodénum. Dans le 1er cas, un nourrisson de 2 mois est pris de vomissements tardifs; la radio montre une sténose de la première portion duodénale d'origine intrinsèque; on fait une gastro-jéjunostomie transmésocolique suivie de guérison avec excellent résultat fonctionnel conservé pendant 5 ans.

Dans le 2e cas, un nourrisson de 10 jours présente depuis le second jour de sa naissance des vomissements verdâtres; le diagnostic radiologique est celui de sténose du coude duodéno-jéjunal; une gastro-jéjunostomie a eu un excellent résultat.

Une enfant de 13 mois présente un syndrome complexe avec sténose duodéno-jéjunale, anomalie de la torsion du duodénum et mégaduodénum : une duodéno-jéjunostomie avec section d'une bandelette de striction colo-pariétale comprimant le duodénum amena la guérison.

Un enfant de 11 jours est opéré pour une sténose de la 3e portion du duodénum par mésentère exceptionnellement court, mais la mort survient par collapsus au 3e jour.

Une enfant, née à terme avec le poids de 2 kg, vomit depuis 8 jours et présente en outre, un ictère accentué avec hémorragies : la radio montre un énorme estomac et un volumineux sac mobile atone représentant le duodénum. On fait une anastomose latéro-latérale entre la portion déclive du duodénum et l'anse jéjunale, assez loin du ligament de Treitz; la mort survint après 48 h.

Olivieri.

R. H. Marshak, A. I. Friedman, B. Wolf et **B. B. Crohn** (New-York). — **Signes radiologiques de la jéjuno-iléite** (*Gastro-Enterology*, vol. **19**, n° 3, Nov. 1951, p. 383-408, avec 13 fig.).

Le terme de jéjuno-iléite désigne une entérite chronique, dont les lésions granulomateuses sont histologiquement identiques à celle de l'iléite terminale, mais qui frappent d'autres segments de l'intestin grêle, que la dernière anse iléale. Il existe ainsi des jéjunites segmentaires, des formes à extension ascendante progressive à partir de l'iléon terminal, des formes d'emblée diffuses, les seules qui font l'objet de cette étude. Celle-ci peut néanmoins s'appuyer sur l'examen radiologique de 49 cas, ce qui laisse à penser qu'il s'agit là d'une affection plus fréquente aux États-Unis que dans nos régions. Le texte est illustré de belles radiographies, dont certaines sont très démonstratives, et l'on regrette de ne pas connaître la technique utilisée pour l'examen radiologique de l'intestin grêle.

Les auteurs estiment que, contrairement à l'iléite terminale qui est susceptible d'améliorations spontanées, visibles radiologiquement, la jéjuno-iléite diffuse s'aggrave lentement, mais progressivement, sans jamais rétrocéder. Ils apportent des images lésionnelles d'intensité croissante, depuis le simple épaississement et la confluence des plis muqueux, jusqu'au rétrécissement presque filiforme des anses, prenant l'aspect d'un tuyau de pipe rigide. On voit encore sur ces radiographies des images d'ulcération muqueuse, des aspects pseudo-diverticulaires, des anses grêles rigides, à bords rectilignes, ayant perdu tout relief muqueux, et largement séparées les unes des autres par l'épaississement considérable de leurs parois; certaines sont refoulées excentriquement, et dessinent une courbe exactement circulaire, contournant une volumineuse masse ganglionnaire ou un abcès; d'autres dessinent, entre deux zones rétrécies, de volumineuses dilatations; on peut observer enfin des images de fistulisation interne, entre deux anses grêles.

Forts de cette belle iconographie, les auteurs estiment que le diagnostic de jéjuno-iléite peut toujours se faire radiologiquement. La sprue, dont les signes cliniques sont assez voisins, se distingue nettement par la floculation et la segmentation de la baryte, qui ne s'observe jamais dans la jéjuno-iléite. Par contre, certaines formes d'entérite tuberculeuse, de lymphosarcome diffus de l'intestin grêle, peuvent être plus difficiles à distinguer.

J. Mialaret.

J. H. Garlock, B. B. Crohn, S. H. Klein et **H. Yarnis** (New-York). — **Appréciation des résultats à long terme du traitement chirurgical de l'iléite régionale** (*Gastro-Enterology*, vol. **19**, n° 3, Nov. 1951, p. 414-420).

En 1945, les auteurs avaient déjà publié (*J. A. M. A.*, Janv. 1945) les résultats éloignés de 164 cas d'iléite terminale opérés par des procédés variés, avec 2 à 14 années de recul. 137 de ces cas étaient personnels, et ont servi à l'établissement d'une nouvelle statistique, avec un recul supplémentaire de 7 ans, soit 9 ans pour les plus récents et 21 ans pour les plus anciens. On s'aperçoit ainsi qu'un certain nombre des malades considérés comme guéris lors de la statistique de 1945, ont présenté ultérieurement des récidives. Avec ce recul supplémentaire, le taux des récidives a presque doublé. Certains malades ont dû être réopérés; certains sont morts des progrès de la maladie, d'autres d'occlusion intestinale. Le plus long intervalle de bonne santé entre l'opération et la récidive fut de 14 ans. En définitive, 63 malades seulement sont restés guéris définitivement à la suite d'une opération unique. Les plus mauvais résultats sont ceux des formes avec participation colique, qui n'ont donné que 3 guérisons durables sur 19 cas; parmi les 16 autres, 8 sont morts des suites de l'opération, ou secondairement par occlusion intestinale.

D'autre part la comparaison entre les divers procédés opératoires est très nettement en faveur de l'anastomose palliative iléo-colique, avec exclusion du segment malade. Cette opération n'a entraîné, sur 57 cas, aucune mortalité opératoire, seulement 22,8 p. 100 de récidives, et aucune mortalité secondaire. La résection iléo-colique en un ou deux temps est grevée par contre d'une mortalité de 14 p. 100, d'un taux de récidive de 46 p. 100, avec une assez forte proportion de morts secondaires par diffusion des lésions, occlusion opératoire, ou réopération.

Tout en restant fidèles au traitement chirurgical, les auteurs sont devenus beaucoup plus circonspects dans leurs indications : le traitement doit rester longtemps médical, sous surveillance radiologique, pour attendre si possible que la phase inflammatoire, muqueuse et ganglionnaire, soit franchie, que les lésions se soient bien délimitées, et qu'elles aient atteint le stade chronique cicatriciel. Le meilleur procédé chirurgical est alors l'anastomose iléo-colique avec exclusion. Il est important d'examiner très soigneusement tout l'iléon, de façon à faire porter la section, et l'anastomose, nettement au-dessus des lésions. On doit se méfier, à ce point de vue, des lésions segmentaires multiples séparées par des zones saines.

Les publications modernes, qui ont montré la possibilité de résections très étendues, subtotales, de l'intestin grêle, sans séquelles nutritionnelles graves, font entrevoir les possibilités d'une chirurgie radicale, plus fructueuse, de l'iléite segmentaire. Les conclusions du présent article s'en trouveront peut-être modifiées dans l'avenir.

J. Mialaret.

O. B. Camp et **A. Lesser** (New-York). — **Résection étendue du grêle pour tumeurs polypoïdes** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 6, Déc. 1952, p. 1034-1039, avec 2 fig.).

Après une très rapide revue générale des polypes du grêle, C. et L. rapportent l'observation d'un garçon de 13 ans, qui, en 4 ans, avait déjà été opéré 3 fois pour invagination du grêle par polype; à deux reprises on avait fait une entérotomie, et enlevé un ou plusieurs polypes; une autre fois on avait réséqué 18 cm du grêle. Le malade avait eu d'ailleurs dans l'intervalle d'autres crises douloureuses, dues sans doute à d'autres invaginations, qui avaient cédé spontanément. Une nouvelle crise amena une 4e intervention au cours de laquelle on réséqua les 3e et 4e portions du duodénum, le jéjunum en entier, et une partie de l'iléon; cet intestin enlevé contenait de nombreux polypes; et d'autres polypes furent même extraits par entérotomies séparées sur l'iléon restant. Le malade guérit et l'absence de diarrhée et de modifications des selles montra ultérieurement, que la résection de cette grande longueur de grêle n'entraînait pas chez lui de troubles importants de la digestion.

M. Guimbellot.

Donald D. Geist (Philadelphie). — **Diverticulite aiguë du cæcum et du côlon ascendant** (*The Review of Gastro-Enterology*, vol. **20**, n° 1, Janv. 1953, p. 56-60).

Relation de 3 observations dont les 2 premières seules semblent des exemples indiscutables de cette localisation rare de la diverticulose colique. Les deux fois le diagnostic clinique avait été celui d'appendicite aiguë. Pour la première malade, une jeune femme de 33 ans, on trouva sur le côlon 3 pouces au-dessus de l'implantation d'un appendice normal « une protrusion en forme de sac dont la base était rouge et enflammée et le sommet de couleur presque pourpre ». Chez la seconde, une enfant de 7 ans, on vit sur la face externe du cæcum, une frange graisseuse rouge et œdématiée. L'auteur pratiqua chez ces deux patientes avec succès la résection de la zone malade : celle-ci contenait un diverticule enflammé.

Cl. Olivier.

Edwin G. Clausen (Oakland). — **La conception nouvelle du mégacôlon** (*Western Journal of Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **60**, n° 10, Oct. 1952, p. 488-496, avec 10 fig.).

L'auteur se montre un ferme partisan des idées nouvelles sur la pathogénie de l'achalasie du côlon, maladie de Hirschsprung. Il rappelle les arguments qui plaident en faveur du rôle essentiel joué par une zone aganglionnaire haute de plusieurs centimètres et siégeant au niveau du haut rectum ou de la jonction recto-sigmoïdienne :

1° La colostomie fait disparaître les symptômes et en amont d'elle le côlon retrouve calibre et motricité normaux.

2° Les colectomies partielles ou totales avec anastomose sigmoïdienne sont fréquemment suivies d'échec par dilatation de l'intestin en amont de l'anastomose.

3° Il est possible avec une bonne technique radiologique de découvrir cette zone spasmodique décrite par Whitehouse.

4° L'étude du péristaltisme au moyen de sondes à ballonnet a toujours montré à Swenson, Zuelzer et Hiatt l'absence de contraction péristaltique à ce même niveau.

5° Enfin la résection de cette aire aganglionnaire est toujours suivie par le retour d'un fonctionnement intestinal normal.

La technique de l'opération de Swenson est rapidement décrite. Pour chaleureux que soit ce plaidoyer, il est cependant regrettable que les observations de E. C. n'y soient pas inscrites de même que les résultats immédiats et tardifs.

J. Loygue.

E. D. Kiefer, E. J. Eytinge et **A. C. Johnson** (Boston). — **Dégénérescence maligne de la colite ulcéreuse chronique** (*Gastro-Enterology*, vol. **19**, n° 1, Sept. 1951, p. 51-57).

La recto-colite ulcéreuse constitue-t-elle un terrain favorable au développement d'un épithélioma? Cette question, dont les conséquences thérapeutiques se conçoivent aisément, ne cesse de préoccuper les gastro-entérologues d'Outre-Atlantique, où cette affection est si fréquente. De nombreuses publications ont trait à ce problème; la plupart apportent des pourcentages de dégénérescence maligne compris entre 1 et 5 p. 100. Mais certaines statistiques, comme celle de Felsen et Wolarsky, qui porte sur 835 cas de colite ulcéreuse chronique, ne comportent pas un seul exemple de cancer colique ou rectal. La question reste donc en suspens. La présente statistique porte sur 684 cas de colite ulcéreuse chronique suivis à la Lahey Clinic. Cette série comporte 19 cancers du côlon ou du rectum. Le souci de la plus grande rigueur a présidé à l'interprétation de ces chiffres : 226 fois, l'examen anatomo-pathologique du côlon a pû être fait complètement, sur la pièce de colectomie totale (214) ou d'autopsie (12). Cette série comporte 10 cancers, soit 4,4 p. 100, chiffre considéré comme un pourcentage maximum. Par contre, 458 cas n'ont pas été opérés, et furent suivis seulement par la radiographie et la rectosigmoïdoscopie; 9 cancers seulement furent ainsi détectés, soit un pourcentage de 2 p. 100, considéré comme un minimum.

Ces chiffres ont été comparés avec les pourcentages de cancers digestifs retrouvés, par les services statistiques de la Santé Publique, dans une population normale, et pour des sujets d'âge équivalent. Ils se montrent de 10 à 900 fois plus élevés, suivant l'âge considéré (la disproportion étant d'autant plus frappante que les sujets sont plus jeunes). Mais si la comparaison est faite avec l'incidence annuelle du cancer colique et rectal dans la population de l'état de New-York, où le cancer est une maladie à déclaration obligatoire, la différence apparaît déjà moindre : le pourcentage de cancer chez les malades atteints de recto-colite n'est plus alors que de 66 à 31 fois supérieur. La disproportion paraît néanmoins suffisante pour considérer la dégénérescence de la recto-colite ulcéreuse autrement que comme une simple coïncidence. C'est un argument suffisant pour imposer à tous les malades qui en sont atteints, même de façon légère, une surveillance périodique; mais le risque n'est pas tel qu'il exige une colectomie systématique, en dehors de toute autre indication. Par contre, lorsque la maladie évolue depuis plus de 10 ans, l'argument de la dégénérescence devient valable, pour peser sur la décision opératoire, car la transformation maligne est d'autant plus fréquente que la maladie évolue depuis plus longtemps. De même, lorsqu'une iléostomie définitive a dû être pratiquée, il vaut mieux la compléter par une colectomie totale.

J. Mialaret.

Robert H. Delafield, Kurt Hellriegel, Amador Meza et **Oscar Urteaga** (La Oroya, et Lima, Pérou). — **Volvulus sigmoïdien** (*The Review of Gastro-Enterology*, vol. **20**, n° 1, Janv. 1953, p. 29-36, avec 10 fig.).

Sans décès et sans morbidité, avoir pu guérir 78 volvulus du sigmoïde, opérés la plupart à la phase aiguë, par la méthode considérée jusqu'ici comme la plus délicate, la résection avec anastomose termino-terminale immédiate et fermeture pariétale sans drainage ni colostomie, représente, sans nul doute, la meilleure statistique chirurgicale actuellement existante. On peut cependant s'étonner qu'un excès de concision, pour une fois regrettable, ait conduit les auteurs à consacrer seulement quelques lignes de leur article à cette réalisation remarquable et qui efface de loin les autres considérations sur lesquelles ils se sont plus longuement étendus : la prépondérance chez les Indiens ou les métis, la classification en formes hypertrophiques, atrophiques ou intermédiaires ou la fréquence respective des divers signes cliniques. Aucun tableau, aucun résumé des observations.

Cl. Olivier.

R. D'Alo' (Milan). — **Endométriome rectal à type néoplasique** (*Tumori*, fasc. 1, 1953, p. 72-83).

Après quelques généralités, l'auteur expose l'observation d'une femme de 23 ans, multipare et bien réglée depuis l'âge de 12 ans.

Depuis 1 an, à la fin de chaque période menstruelle, elle accuse des douleurs dans le bas-ventre et la région sacrée; et depuis quelques mois est apparue une constipation particulièrement marquée pendant les règles, avec émission de selles striées de sang, et parfois émission de sang pur.

On sent au toucher rectal de grosses masses charnues, ulcérées, infiltrant la paroi rectale et envahissant le cul-de-sac de Douglas. La rectoscopie montre à 5 cm de l'anus une ulcération torpide, à fond bourgeonnant, saignant facilement. On pense à un cancer que l'image fournie par la radiographie (lacune à bords déchiquetés) semble confirmer.

Or la biopsie montre qu'il s'agit « d'un endométriome à petits nids épars dans la muqueuse et la sous-muqueuse ».

On entreprend un traitement radiothérapique (deux champs : hypogastrique et sacré, 150 r par séance quotidienne, au total 1950 r par champ) à la fin duquel on ne trouve plus qu'une excroissance du volume d'une noix sur la paroi rectale.

Plus de rectorragies.

Après 1 mois de repos, nouvelle irradiation par voie périnéale 1950 r.

La malade est régulièrement suivie, et 18 mois après le premier traitement, on peut conclure à une guérison clinique totale. La ménopause artificielle ne s'accompagne d'aucun trouble.

L'auteur estime que la guérison doit être attribuée, non seulement à l'action indirecte de la castration, mais aussi à la destruction de l'endométriome par la radiothérapie.

J. Assali.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

M. Rappaport (Toronto, Canada). — **Veinographie hépatique** (*Acta Radiologica*, vol. **36**, fasc. 2, Août 1951, p. 165-171, avec 7 fig.).

L'auteur, après avoir rappelé qu'aucune méthode employée jusqu'à maintenant n'avait permis d'obtenir d'images satisfaisantes des veines hépatiques, décrit une nouvelle méthode personnelle (méthode expérimentée chez le chien).

Le cathétérisme de la veine hépatique est réalisé par la saphène. L'auteur emploie un tube de polyéthylène n° 10 terminé par une olive métallique, et guidé par un mandrin métallique flexible dont on peut commander le sens de flexion à distance. Le mandrin amené sous scopie dans la veine cave, est orienté à droite ou à gauche selon la veine hépatique désirée. A ce moment, on glisse le long du mandrin métallique le cathéter qui suit facilement. Le mandrin est alors ôté doucement, on gonfle avec quelques centimètres cubes de diodrast le ballonnet du cathéter qui se trouve ainsi immobilisé dans la veine. On injecte alors 20 cm^3 de diodrast à 70 p. 100 et on fait 3 à 4 clichés (1 toutes les 1/2 s).

Les images ainsi obtenues sont intéressantes; l'arbre vasculaire est bien visible et permet le diagnostic dans des cas pathologiques tels que l'atrophie hépatique.

P. Porcher.

J. H. Chiodi. — **Plaie de la face convexe du foie. Son traitement par voie thoracique** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **40**, n° 7, 13 Fév. 1953, p. 402-404).

Cette courte note est axée sur une observation personnelle que voici : homme de 20 ans, ayant été blessé 2 h auparavant au niveau de l'hémithorax droit, sur la ligne axillaire. Blessé très choqué. Pas d'emphysème sous-cutané; submatité de la base pulmonaire droite. Douleur abdominale à la palpation; pas de contracture. Une ponction de l'abdomen révèle la présence de sang. On fait le diagnostic de plaie transdiaphragmatique de la face convexe du foie.

Sous transfusion, et avec une anesthésie en circuit fermé, on intervient par une incision le long de la 10e côte, descendant verticalement sur l'abdomen. La plaie du diaphragme est agrandie, et celle de la face convexe du foie abordée est suturée. Suture du diaphragme. Guérison après écoulement de sérosité et de bile par la plaie opératoire pendant quelques jours.

G. Menegaux.

M. W. Comfort, H. K. Gray, O. C. Dahlin et **F. B. Whitesell** (Rochester). — **Maladie polykystique du foie : étude de 24 cas** (*Gastro-Enterology*, vol. **20**, n° 1, Janv. 1952, p. 60-78, avec 4 fig.).

Cette affection, qui doit être distinguée du kyste solitaire du foie, et qu'on dénomme encore foie polykystique, ou dégénérescence kystique du foie, est à rapprocher de la maladie polykystique du rein, avec laquelle elle est fréquemment associée : c'était le cas, 13 fois sur 24, dans la série étudiée ici. La rate et le pancréas sont plus rarement atteints (1 seule fois chacun).

A l'examen histologique, la paroi des kystes est revêtue d'un épithélium cubique tout à fait comparable à celui des canaux biliaires. On estime donc que la maladie polykystique du foie est due à une malformation dans le développement des canaux biliaires intra-hépatiques.

La femme est beaucoup plus souvent atteinte que l'homme (20 femmes pour 4 hommes).

L'histoire clinique se résume en une hépatomégalie progressive, entraînant tout au plus, par son volume, une sensation de pesanteur et de distension, si bien qu'il s'agit souvent d'une découverte fortuite d'examen, l'augmensation de volume du foie est très lente, puisque, chez certains malades examinés par les auteurs, l'hépatomégalie était déjà connue depuis plus de 20 ans. Elle peut pourtant devenir telle qu'elle occupe presque la totalité de l'abdomen. Malgré cela, les fonctions hépatiques restent à peine, ou nullement perturbées. Elles ont été étudiées ici par la recherche de la bilirubinémie indirecte et l'épreuve à la bromo-sulfophtaléine. On peut donc envisager cliniquement le diagnostic de foie polykystique devant une hépatomégalie multinodulaire, de croissance très lente, mono-symptomatique, et sans altération de la fonction hépatique. Ce diagnostic devient à peu près certain si l'on découvre par ailleurs une maladie polykystique des reins.

L'exploration chirurgicale fut réalisée 19 fois. Encore était-elle motivée parfois par une toute autre affection, et le foie polykystique fut alors une découverte opératoire fortuite. Presque toujours, la totalité du foie est occupée par d'innombrables kystes de taille variable. La marsupialisation d'un kyste énorme, le drainage d'un gros kyste pratiqué dans 2 cas, des ponctions évacuatrices multiples exécutées dans un autre, n'apportèrent guère de modification. Dans 1 seul cas, la stricte localisation au lobe gauche permit une résection de ce lobe. En fait, ces actes chirurgicaux, le plus souvent inefficaces, n'ont guère leur raison d'être, vis-à-vis d'une affection essentiellement bénigne.

Le pronostic, en effet, est strictement sous la dépendance du rein polykystique associé. Dans la présente série, certains sujets étaient encore en parfaite santé jusqu'à 35 ans après la découverte de l'hépatomégalie. Et si la très longue observation de ces 24 malades a permis d'enregistrer 9 décès, aucun de ceux-ci n'était imputable à la maladie polykystique du foie.

J. Mialaret.

Lambert Krahulik, Philip Shoob, Soledad Morales, Selma Snyderman et **Emmet Holt** (New-York). — **Oblitération congénitale des voies biliaires** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **41**, n° 6, Déc. 1952, p. 774-783, avec 6 fig.).

L'enfant dont l'observation fait l'objet de ce travail a pu vivre 9 ans malgré une atrésie complète des voies biliaires extra et intra-hépatiques. Une hépato-jéjunostomie faite à l'âge de 6 mois ne fut d'aucun secours; l'autopsie devait, en effet, montrer qu'elle ne pouvait fonctionner.

Les troubles du métabolisme consécutifs à la rétention biliaire ont été longuement et à plusieurs reprises étudiés. C'est plus particulièrement vers le problème de l'absorption des graisses et de la stéatorrhée que K. et ses collaborateurs se sont penchés; ils peuvent ainsi montrer qu'un régime riche en graisses, s'il accroît la stéatorrhée, s'accompagne aussi d'une augmentation de l'absorption; quant aux procédés d'émulsion, ils n'améliorent en rien celle-ci.

J. Loygue.

R. Bourgon et **H. Pietri** (Alger). — **Les fistulisations biliaires internes et externes dans l'amibiase hépatique suppurée** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 6, Août-Sept. 1952, p. 729-739, avec 3 fig.).

L'exploration radiologique au ténébryl, d'une cavité résiduelle d'abcès amibien, fistulisé à la peau avec cholérragie, montre une opacification complète, à partir de la poche de l'abcès, de tout l'arbre biliaire. Ces documents radiologiques sont très

comparables à ceux de Camena d'Almeida, rapportés par Rudler à l'Académie de Chirurgie en 1948. Les auteurs en infèrent que toute fistulisation externe bilirragique d'abcès hépatique est soumise au même mécanisme de fistulisation biliaire interne ainsi qu'un grand nombre d'abcès non ouverts à l'extérieur, guéris médicalement avec ou sans ponctions. Ils en déduisent une physio-pathologie précise de la fistulisation biliaire interne des abcès hépatiques : l'ouverture de la poche dans les voies biliaires n'est pas constante, mais lorsqu'elle se produit, le mécanisme passe par deux phases; dans une première phase, il y a prédominance du reflux biliaire vers la cavité de l'abcès, sans doute à cause d'une hypertonie oddienne. A cette première phase succède une période de prédominance du drainage du contenu de l'abcès dans les voies biliaires. Lorsqu'il existe une fistulisation externe associée artificiellement par l'acte chirurgical, ce mécanisme de pompage, de drainage interne, se manifeste par la diminution très nette de la cholérragie, puis l'assèchement de la fistule. Il n'est pas prouvé évidemment que ce mécanisme joue dans tous les cas, en particulier dans ceux qui sont traités médicalement. Seule, une pratique plus étendue de l'opacification radiologique, à travers une fistule chirurgicale, ou par simple ponction de l'abcès, pourra le démontrer. Mais l'hypothèse est déjà suffisamment étayée pour que la thérapeutique puisse s'en inspirer. Il semble que la décompression de l'abcès favorise et amorce le mécanisme de pompage interne par les voies biliaires; il y a donc intérêt à vider l'abcès collecté, par ponctions, ou par évacuation chirurgicale, mais alors l'évacuation du pus, même s'il contient de la bile, doit être suivie d'une fermeture complète sans drainage; c'est la meilleure prophylaxie de la cholérragie. Lorsqu'une fistule bilirragique succède, volontairement ou non, à l'acte chirurgical il faut étudier la communication biliaire profonde par injection opaque; si la voie biliaire injectée est libre, il y a intérêt à assurer la fermeture de la fistule dès que la cavité est désinfectée; si, par contre, la cholangiographie réalisée par l'intermédiaire de l'abcès montrait un obstacle sur les voies biliaires, il faudrait réintervenir pour lever cet obstacle (compression par un 2e abcès, par exemple). Les auteurs n'ont pas encore eu l'occasion de mettre en pratique ces directives, car leur observation de fistulisation biliaire interne, visible radiologiquement, était encore unique lors de la rédaction de ce travail.

J. Mialaret.

Royer (Buenos-Aires). — **La cholangiographie par laparoscopie (cholangiographie par ponction)** (*Fortschritte a. d. Geb. der Rontgenstrahlen*, vol. **77**, fasc. 6, Déc. 1952, p. 690-699, avec 20 fig.).

L'auteur décrit sa méthode de ponction de la vésicule biliaire sous contrôle laparoscopique, méthode nouvelle d'exploration du fonctionnement physiologique et pathologique des voies biliaires sans acte chirurgical.

L'auteur présente les résultats de son expérience déjà longue de cette méthode — malheureusement pas toujours réalisable — dans les différentes affections biliaires qu'il s'agisse de la vésicule, du cystique ou du cholédoque.

La méthode est encore à l'étude techniquement et sa mise au point pas encore terminée.

P. Porcher.

Paul J. Shank et **Robert P. Stafford** (Dayton, Ohio). — **Situs inversus complet avec cholélithiase compliquée de cancer de la vésicule biliaire** (*The Review of Gastro-Enterology*, vol. **20**, n° 3, Mars 1953, p. 167-173, avec 5 fig.).

Femme de 60 ans, se plaignant de douleurs dans la partie supérieure gauche de l'abdomen, ayant débuté 8 mois auparavant. Amaigrissement et anorexie. Un ictère 20 ans auparavant au cours d'une grossesse. Au palper, la sensibilité abdominale siégeait bien dans le quadrant supérieur gauche où l'on sentait une masse. Bruits du cœur perceptibles à droite. La radiographie confirma cette transposition viscérale totale et montra des calculs à gauche. La laparotomie par incision transrectale gauche

découvrit une cholécystite chronique avec cholélithiase et cancer de la vésicule compliquée de métastases hépatiques. Cette observation associant le situs inversus complet, une lithiase et un néoplasme vésiculaire semble jusqu'ici unique dans la littérature.

Cl. Olivier.

F. Franklin Fernandez, E. M. Gustavo Labro, Luis Musatadi y A. Rafael Urzua. — **Cholédocite sténosante** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **39**, n° 28, 11 Juil. 1952, p. 1576-1584, avec 3 fig.).

7 observations constituent la base de ce travail. Tous ces malades avaient subi une cholécystectomie préalable, 4 pour cholécystite lithiasique, 2 pour empyème et lithiase vésiculaire; dans ces 6 cas, la voie biliaire principale était apparue normale et vide. Dans la 7e observation, la cholécystectomie (pour cholécystite scléro-atrophique) avait été suivie de l'extraction de deux calculs cholédociens.

Le diagnostic pré-opératoire fut, chaque fois, lithiase résiduelle; une seule fois, on a pensé à une cholédocite sténosante. Le temps écoulé entre la première opération et la constitution du syndrome sténosant a varié entre 7 mois et 5 ans.

L'opération fut dans tous les cas très difficile, le cholédoque étant masqué par des adhérences importantes; il fut reconnu, grâce à des ponctions. 6 fois, le canal était seulement très sténosé; 1 fois seulement, sa lumière fut incathétérisable.

3 fois, on se contenta de libérer le canal des adhérences; 3 fois on fit une anastomose bilio-digestive (hépatico-duodénostomie, 2 fois; cholédoco-duodénostomie, 1 fois).

Les auteurs précisent que les résultats ont varié selon l'opération effectuée. La simple libération des adhérences a été, dans chaque cas, suivie par l'apparition de nouvelles crises douloureuses aiguës, quelquefois avec subictère et élévation thermique. Lorsqu'on a réalisé une anastomose bilio-digestive au contraire, on n'a jamais vu réapparaître ni crises douloureuses, ni infection des voies biliaires.

G. Menegaux.

C. Popovici (Bucarest). — **Sur les résultats immédiats et éloignés des divers procédés chirurgicaux dans les syndromes cholédociens et pseudo-cholédociens** (*Lyon Chirurgical*, **47**, n° 4, Mai-Juin 1952, p. 400-412).

Cette statistique de 81 cas recueillis en 15 ans, réunit des sténoses ou obstacles cholédociens de toutes sortes : lithiases, néoplasmes biliaires, pancréatiques ou vatériens, obstacle parasitaire... De plus, l'auteur admet lui-même que ces documents proviennent de chirurgiens variés, et que, par défaut de l'installation adéquate, il leur manque le contrôle radiologique et manométrique per-opératoire des voies biliaires, qui aurait apporté plus de précision aux indications opératoires. Il espère pourtant déduire, des résultats chirurgicaux obtenus, des chiffres statistiquement valables pour fixer le choix des meilleurs procédés. Dans les pancréatites chroniques, qu'elles entraînent ou non une sténose cholédocienne complète (à l'exploration instrumentale tout au moins), les résultats furent toujours jugés excellents, que la dérivation biliaire fût externe et temporaire par drain de Kehr, on interne et définitive par anastomose bilio-digestive, le plus souvent cholédoco-duodénale. Reconnaissant aux deux procédés une valeur égale, l'auteur voit dans l'excellence de leurs résultats la preuve que la sténose cholédocienne par pancréatite est temporaire et réversible, sous la seule influence du drainage biliaire. Par contre, en face d'obstacles cholédociens absolus et permanents, les résultats furent toujours déplorables, ce qui s'expllque aisément par le fait qu'il s'agissait presque toujours de cancers, biliaires ou pancréatiques, traités seulement par dérivation biliaire palliative, externe ou interne. C'est le chapitre de la lithiase cholédocienne qui retient surtout l'attention : un total de 46 cas opérés permet à l'auteur d'établir un parallèle entre les résultats du drainage externe par tube de Kehr (et de la cholédoco-duodénostomie). Les chiffres paraissent très en faveur de la dérivation interne :

Drain de Kehr : 20 cas, 5 morts opératoires : 25 p. 100.

Cholédoco-duodénostomie : 26 cas, 2 morts opératoires : 7,6 p. 100.

La différence de qualité des résultats est d'autant plus manifeste que les cas sont plus sévères (ictère persistant, angiocholite) : « Les résultats du drainage externe sont assez bons dans la lithiase simple, ou même compliquée d'ictère (mortalité 12 p. 100, moyenne d'hospitalisation 62 jours, suites opératoires difficiles 43 p. 100). Par contre, ils sont désastreux dans la lithiase grave (mortalité 75 p. 100, moyenne d'hospitalisation, 181 jours, suites opératoires difficiles, 100 p. 100). A l'opposé, la cholédocolduodénostomie donne des résultats manifestement supérieurs, même dans cette dernière forme de lithiase (mortalité 7,1 p. 100, moyenne d'hospitalisation 21 jours, suites simples dans 84,7 p. 100 des cas). Ainsi, nous considérons cette dernière comme une méthode de sécurité et croyons qu'elle peut revendiquer le rôle d'une opération de routine pour toutes les formes graves de lithiase compliquée. »

Il faut avouer que le nombre des cas est un peu faible pour que les chiffres paraissent au lecteur suffisamment convaincants : c'est ainsi que le chiffre « désastreux » de mortalité des lithiases graves traitées par drain de Kehr, 75 p. 100, est établi sur 4 cas seulement, dont 3 mortels. On peut en dire de même de la statistique des résultats éloignés (25 p. 100 de bons résultats par drain de Kehr, contre 95,8 p. 100 par cholédoco-duodénostomie) qui font dire à l'auteur que le drainage externe ne garde qu'une indication : « L'impossibilité de faire mieux (cholédoque friable, étroit... mauvaise anesthésie, chirurgien peu entraîné, etc.)... mais, à part cela, le drainage interne doit céder le pas à la cholédoco-duodénostomie, qui tend à devenir une opération de routine pour terminer une cholédocotomie pour calculose. »

J. Mialaret.

I. T. Rieger, F. J. Wahl et **G. M. Hass.** — **Étude expérimentale du remplacement du canal cholédoque par un greffon urétéral autologue** (*The Journal of Urology*, vol. **69**, n° 4, Avril 1953, p. 487-491, avec 3 fig.).

L'opération comprend 3 temps. Dans un premier temps l'uretère est sectionné le plus près possible de la vessie, libéré, et relevé vers le rein. 1 semaine plus tard, l'uretère s'est dilaté. On sectionne le canal cholédoque près du duodénum et on l'anastomose bout à bout à l'extrémité de l'uretère sur la branche transversale d'un tube en T qu'on laisse en place 15 jours. Puis l'uretère est suturé latéralement au jéjunum, la longueur d'uretère interposée entre le canal cholédoque et le jéjunum variant de 8 à 10 cm. Enfin dans un troisième temps, de 1 à 6 mois plus tard, néphrectomie. Sur 10 chiens, 5 meurent par lâchage des sutures, 1 meurt de péritonite urineuse, 1 meurt d'hépatite, les 3 derniers sont sacrifiés 4, 5 et 6 mois après l'intervention. La greffe urétérale est intacte, bien qu'elle ait été séparée complètement de sa vascularisation normale; il n'y a pas de rétrécissement de la voie biliaire, mais le reflux jéjunal qui succède fatalement à l'anastomose jéjuno-urétérale entraîne angiocholite et hépatite.

Pierre Aboulker.

PANCRÉAS

P. Mallet-Guy et **M. Jaubert de Beaujeu** (Lyon). — **Bilan de la splanchnicectomie gauche dans le traitement des pancréatites chroniques récidivantes. D'après 52 observations personnelles (1942-1951).** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 5, Juillet1952)

Contrairement à certains chirurgiens des États-Unis, qui ne reconnaissent aux opérations sympathiques qu'une action antalgique vis-à-vis des poussées de pancréatite, Mallet-Guy attribue à la splanchnicectomie gauche une valeur curatrice. Il en voit la preuve dans la qualité des résultats cliniques obtenus, et dans les résultats de l'expérimentation animale : l'excitation du nerf splanchnique peut reproduire toute la gamme des lésions pancréatiques aiguës. Il estime donc que l'interruption nerveuse supprime les perturbations vaso-motrices, responsables des poussées œdé-

mateuses. Quant à l'ampleur à donner à la résection sympathique, Mallet-Guy ne suit pas non plus les chirurgiens américains, qui ont tendance à élargir cette résection, jusqu'à la sympathectomie thoraco-lombaire; la splanchnicectomie sous-diaphragmatique simple, par voie lombaire sous-péritonéale lui paraît suffisante. Mais il établit une distinction très nette entre la splanchnicectomie gauche, dont l'action est électivement pancréatique, et la splanchnicectomie droite, qui, d'après l'expérimentation, serait sans effet sur le pancréas, et ne devrait s'appliquer logiquement qu'aux états d'hypotonie oddienne confirmés par la manométrie biliaire; cette hypotonie du sphincter oddien peut d'ailleurs être tenue pour responsable de l'inflammation pancréatique, par reflux wirsungien.

La statistique actuelle de Mallet-Guy fait état de 59 splanchnicectomies gauches pour pancréatite chronique, dont 52 pour formes récidivantes. Dans 18 cas, l'indication fut posée après échec d'interventions biliaires. Une mort opératoire. 42 observations ont été suivies plus de 1 an après l'opération. On compte 35 résultats favorables, soit 83,3 p. 100 et 1 seul échec. L'adjonction de la résection du ganglion semi-lunaire gauche, réalisée dans 10 cas, semble avoir légèrement amélioré le résultat. L'existence de calcifications intra-pancréatiques, dans 8 cas, n'a pas contrarié l'efficacité de l'opération. Enfin la constatation cholangiographique d'un reflux dans le canal de Wirsung fut observée dans 11 cas de cette série, sans que les résultats de la splanchnicectomie s'en trouvent amoindris. Aussi Mallet-Guy réserve-t-il la sphinctérotomie oddienne aux cas d'hypertonie oddienne authentique, contrôlée par la manométrie et la radiographie per-opératoire. Il se refuse à voir dans ce procédé, comme le font Doubilet et Mulholland, l'opération de choix, chaque fois qu'une pancréatite s'accompagne d'un reflux dans le canal de Wirsung.

En conclusion, la cure chirurgicale d'une pancréatite doit obligatoirement comporter comme premier temps une laparotomie, pour faire l'inventaire et la cure de la lithiase biliaire souvent associée, pour réaliser une radio-manométrie biliaire, qui seule permet d'apprécier l'état fonctionnel du sphincter d'Oddi et la perméabilité cholédocienne. Les indications de la splanchnicectomie gauche, dans le même temps opératoire, sont tirées de cet inventaire, et peuvent se résumer ainsi : « Contre-indiquée dans les pancréatites de la tête, réactionnelle à une cholécystite subaiguë ou chronique, devant céder le pas aux opérations correctrices des dystonies du sphincter de Oddi éventuellement en jeu (sphinctérotomie ou vagotomie en cas d'hypertonie, splanchnicectomie droite en cas d'hypotonie), la splanchnicectomie gauche résume presque le traitement des pancréatites chroniques récidivantes, marquées par la succession d'épisodes graves ou bénins d'auto-digestion glandulaire. Dans certains cas de lésions, sinon localisées à gauche, du moins évolutives seulement à gauche, la pancréatectomie gauche semble donner des résultats éloignés plus durables. »

J. Mialaret.

S. A. Jones et **L. L. Smith** (Los Angeles), — **Sphinctéroplastie transduodénale pour pancréatite récidivante** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 6, Déc. 1952, p. 937-947, avec 6 fig.).

Dans l'étiologie de la pancréatite, la théorie du rôle important de l'embouchure du Wirsung et du cholédoque par un canal commun reste la meilleure explication pour la majorité des cas.

La sphinctérotomie, qui ouvre ce canal commun sur toute sa longueur, est insuffisante, car la cicatrisation reconstitue souvent le canal par réunion des bords de l'incision.

Aussi J. et S. utilisent-ils un procédé de sphinctéroplastie, qu'ils décrivent. Ils abordent l'ampoule de Vater par voie transduodénale. Ils incisent le cholédoque au-dessus du duodénum, et y introduisent une sonde qu'ils poussent jusque dans l'ampoule de Vater et dans le duodénum. Sur cette sonde, ils incisent de bas en haut le canal commun de l'ampoule de Vater, et sur chaque lèvre de cette incision enlèvent un segment en forme de coin, contenant une partie du sphincter entre la muqueuse du

canal commun et celle du duodénum. Ces deux muqueuses sont suturées l'une à l'autre sur chaque lèvre. L'ampoule de Vater est largement béante dans le duodénum et le Wirsung vient s'ouvrir isolément sur sa paroi postérieure. Un drain passé par le cholédoque et émergeant dans cette ampoule béante est laissé en place 8 à 10 jours.

La béance de l'ampoule rend les fonctions de la vésicule biliaire impossibles. Aussi y a-t-il intérêt à l'enlever, soit dans la même séance que la sphinctéroplastie, soit dans une autre séance.

J. et S. rapportent 5 observations où cette technique fut utilisée. Cependant les résultats sont encore trop récents pour avoir une opinion définitive sur cette opération, qui demande de nouvelles études.

M. GUIMBELLOT.

R. J. Gross, R. Nuil et **W. Loeb** (New-York). — **Pseudokyste du pancréas associé à un hydrothorax** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **67**, n° 4, Août 1952, p. 585-595, avec 3 fig.).

Les auteurs présentent 1 cas de pseudo-kyste du pancréas avec hydrothorax, et rappellent la rareté du cas (6 dans la littérature). Ils en discutent le mécanisme.

Soit que le liquide pancréatique passe par les lymphatiques diaphragmatiques dans la plèvre, créant là une effusion pleurale irritative.

Soit que le liquide ascitique trans-péritonéal pénètre dans la plèvre par les orifices diaphragmatiques physiologiques.

Le mécanisme du signe de Hulten dans la pancréatite aiguë semble pouvoir s'expliquer ainsi.

P. PORCHER.

P. L. Mirizzi. — **Adénome des cellules insulaires. Crises hypoglycémiques. Exérèse. Guérison** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **39**, n° 46, 14 Nov. 1952, p. 2817-2825).

Jeune fille de 25 ans présentant des crises hypoglycémiques spontanées, datant de 3 ans. Sous le rebord costal droit, on perçoit une tumeur douloureuse, du volume d'une orange, mobile avec les mouvements respiratoires. La cholécystographie montre que la vésicule est exclue. A la radiographie, l'estomac et le duodénum sont normaux. La glycémie oscille entre 0,30 et 0,55.

A l'intervention, on découvre au bord inférieur du corps du pancréas une petite tumeur du volume d'une amande. On parvient à la disséquer aisément à la spatule de Kocher; seules quelques ligatures sont nécessaires. Drainage de la loge par un tube. La vésicule, qui est lithiasique, est enlevée. Cholangiographie par le canal cystique et drainage transcystique.

Dès le jour de l'opération, la glycémie monte à 1,20 et s'y maintient. Guérison complète en 15 jours.

L'examen histologique a démontré que la tumeur enlevée était un adénome des îlots de Langerhans.

G. MENEGAUX.

E. F. Mc Laughlin et **J. S. C. Harris** (Philadelphie). — **Pancréatectomie pour pancréatite récidivante calculeuse** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 6, Déc. 1952, p. 1024-1030, avec 4 fig.).

Une femme de 28 ans souffrait depuis 3 ans de l'abdomen. 1 an avant son admission, on lui fit une splanchnicectomie bilatérale, qui n'amena qu'une amélioration temporaire, et fut suivie de l'apparition de diabète. A son entrée, on constata une masse épigastrique, arrondie, de 7 cm de diamètre. La radiographie montrait un élargissement notable du cadre duodénal avec des calculs pancréatiques.

A l'opération, on trouva une pancréatite chronique, kystique, envahissant tout

la glande. On fit une pancréatectomie totale, avec résection du duodénum, du pylore, splénectomie et on termina par une gastro-jéjunectomie et une cholédocojéjunostomie. La malade guérit et, grâce à un régime approprié, avec insuline, restait guérie 2 ans après l'opération.

M. et H. pensent que dans la pancréatite chronique différentes méthodes de traitement doivent être utilisées suivant le degré de gravité de l'affection. Et si le pancréas présente des lésions multiples, irréversibles, amenant des douleurs qu'on ne peut soulager, la pancréatectomie totale est indiquée, malgré ses difficultés et sa gravité.

M. Guimbellot.

J. F. Weigen, E. P. Pendergrass, J. S. Ravdin et **T. E. Machella** (Philadelphie). — **Étude radiologique des effets de la pancréatectomie totale sur l'estomac et l'intestin grêle chez le chien** (*Radiology*, vol. **59**, n° 1, Juil. 1952, p. 92-102, avec 6 fig.).

Les auteurs concluent que :

L'hyperglycémie chez les pancréatomisés provoque un ralentissement du temps gastrique et du transit du grêle.

L'hypoglycémie donne, par contre, un aspect normal et un horaire de transit plus rapide du grêle et de l'estomac.

L'absence de sécrétion pancréatique ne paraît pas altérer la muqueuse de l'intestin grêle et le tonus.

L'absence de fonction pancréatique n'altère pas la motilité gastro-intestinale, si le taux de sucre dans le sang est bas; mais, par contre, les modifications sont profondes si la glycémie est élevée.

P. Porcher.

Carleton Mathewson (San Francisco). — **Indications de la pancréatico-duodénectomie** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **60**, n° 10, Oct. 1952, p. 503-509).

Voici une très judicieuse mise au point des indications et de la valeur de la duodénopancréatectomie dans les tumeurs malignes de la tête du pancréas, de l'ampoule de Vater et du cholédoque. Elle vient après l'analyse d'une série de 122 D. P. relevée par Loggan et Kleinsasser et d'une série plus courte d'interventions (18), pratiquées par les chirurgiens du Stanford Surgical Staff de Mars 1946 à Août 1950. Celle-ci mérite d'être résumée ici en raison de sa faible mortalité (2 décès, soit 11,1 p. 100) et parce que les 4 malades opérés pour ampullome sont en vie depuis 6 ans, 4 ans et 9 mois, 2 ans et 9 mois, 2 ans 1/2, alors que des 7 malades porteurs de cancer de la tête du pancréas 5 sont morts et la plus longue survie n'est que de 21 mois.

Le problème désormais classique de la difficulté du diagnostic per-opératoire est discuté et les inconvénients de la biopsie extemporanée signalés; deux observations d'ailleurs concernent des lésions bénignes prises pour des cancers et traitées comme tels.

Les conclusions sont les suivantes :

La D. P. est l'opération curatrice de choix pour l'ampullome vatérien.

La D. P. est seulement palliative dans les cancers de la tête du pancréas; elle ne doit donc être entreprise que si elle offre au malade des chances raisonnables de survie prolongée; les métastases hépatiques ou ganglionnaires, l'envahissement des organes voisins doivent lui faire préférer la simple dérivation biliaire; l'élargissement de la résection, en particuller vers la veine porte, est sans intérêt.

J. Loygue.

W. V. Mc Dermott (Boston). — **Pancréatico-duodénectomie en un temps avec résection de la veine porte pour cancer du pancréas** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 6, Déc. 1952, p. 1012-1018, avec 2 fig.).

Dans le même hôpital, en 10 ans, 165 cancers du pancréas ont été observés, dont 33 ont subi la pancréatico-duodénectomie, avec une survie moyenne de 11 mois seu-

lement. Le pronostic opératoire paraît devoir être amélioré par la résection de la veine porte, avec ablation des ganglions qui l'entourent à condition de pouvoir pratiquer une anastomose porto-cave, ou fistule d'Eck.

M. en rapporte une observation faite, chez un homme de 69 ans, ayant des signes de cancer de la tête du pancréas apparus depuis 3 mois. On fit une pancréatico-duodénectomie en un temps avec résection de la veine porte, de la veine splénique et de la terminaison de la veine mésentérique supérieure, dont le bout distal fut implanté dans la veine cave inférieure; on fit en même temps, une splénectomie et une résection de la partie inférieure de l'estomac. On termina par une cholédoco-entérostomie, une pancréatico-entérostomie et une gastro-entérostomie. Les suites furent simples et l'opéré restait bien portant 4 mois plus tard, sans aucun trouble important qui puisse être attribué à cette fistule d'Eck.

M. GUIMBELLOT.

RATE

Enzo Ruggeri (Rome, service du professeur E. SCAVO). — **La splénectomie dans l'échinococcose primitive de la rate (présentation de 1 cas)** (*Chirurgia Italiana*, **vol. 6**, fasc. 5, Sept.-Oct. 1952, p. 357-375, avec 10 fig.).

L'auteur rapporte 1 cas de cette localisation qui représente de 2 à 4 p. 100 des localisations hydatiques, suivant les statistiques. C'était chez une jeune fille de 22 ans, avec un minimum de signes classiques, la découverte d'une masse de l'hypochondre gauche, du volume d'une tête d'adulte.

Il discute la voie d'abord vers la rate de l'embryon hexacanthe pour se ranger à l'opinion de Dévé : c'est par l'artère que se fait l'infection. Comme Ivanissevich, il pense que le parasite diffuse par voie veineuse (85 p. 100) vers le poumon et le foie et emprunte la voie artérielle (15 p. 100) vers les autres organes.

Au point de vue thérapeutique, plusieurs solutions : la marsupialisation, l'énucléation du kyste avec ou sans drainage, la splénectomie.

La splénectomie est la solution de choix, qu'il a employée dans son observation. Elle supprime la totalité du filtre capillaire splénique, où plusieurs embryons ont pu essaimer. La marsupialisation doit être réservée, comme un pis aller, aux cas où l'extirpation de la rate entière représente un trop grand danger.

LOUIS BARRAYA.

GLANDE SURRÉNALE

P. Santy, M. Plauchu et **Boyer** (Lyon). — **Le diagnostic des cortico-surrénalomes malins par les procédés biologiques et radiologiques actuels** (*Lyon Chirurgical*, **47**, 5, Juil. 1952, p. 513-522, avec 2 fig.).

En face d'une tumeur de l'hypocondre droit, s'accompagnant d'aménorrhée et d'hyperpilosité, les auteurs ont pu porter le diagnostic de cortico-surrénalome, grâce aux résultats des dosages hormonaux : augmentation de l'élimination urinaire des 17 cétostéroïdes, du prégnandiol, des glycuronides et des œstrogènes. Après ablation chirurgicale de la tumeur surrénalienne, l'examen histologique apporta la preuve de sa malignité; les perturbations hormonales cliniques et biologiques ne tardent pas à disparaître.

A l'occasion de cette observation, les auteurs passent en revue les différentes formes anatomo-cliniques des tumeurs du cortex surrénalien, et leur traduction hormonale clinique et biologique.

J. MIALARET.

APPAREIL URINAIRE

E. Vogler, E. Kahn et **H. Holzer** (Graz). — **Vasographie en série du rein** (*Fortschritte a. d. Geb. der Röntgenstrahlen*, vol. **77**, fasc. 5, Nov. 1952, p. 594-601, avec 14 fig.).

Les auteurs montrent que l'aortographie lombaire, selon les techniques habituelles, permet de réaliser des artériographies rénales sélectives saisies sur des clichés en série des reins.

Elle leur a permis de faire des diagnostics de taille, localisation et nature des tumeurs rénales ou rétropéritonéales, sans préciser toutefois si l'urographie classique était muette.

Les anomalies congénitales du rein ne doivent être soumises à cette méthode qu'après une étude attentive de la fonction rénale et un examen approfondi du malade.

P. Porcher.

H. A. Chamberlin et **M. S. Hovenanian.** — **Anévrysme d'une artère rénale accessoire** (*The Journal of Urology*, vol. **69**, n° 3, Mars 1953, p. 362-365, avec 3 fig.).

Homme de 40 ans se plaignant de l'hypochondre gauche. Ses seuls antécédents morbides consistent en une grave infection streptococcique de l'oreille moyenne à droite, à l'âge de 18 ans accompagnée de taches purpuriques sur le nez, les lèvres et les oreilles. A l'examen, nævi bleuâtres sur la racine du nez, les joues, le menton, et la face muqueuse des lèvres. T. A. : 134-76; G. R. : 3 740 000; hémoglobine : 11,6 mg; G. B. : 10 700; urines normales; urée sanguine 0,33. A l'urographie, bonne fonction rénale mais ombre circulaire de 2 cm de diamètre devant le pôle inférieur du rein gauche, à la hauteur de la 2e vertèbre lombaire; cette ombre se projette de profil en avant du rachis. La tomographie localise cette ombre sur le plan du pédicule rénal. On porte le diagnostic d'anévrisme de l'artère rénale. Intervention : au-dessous du pédicule rénal, masse calcifiée prolongée en dedans par un vaisseau et en dehors par plusieurs rameaux vasculaires. On l'enlève. Guérison opératoire sans incidents. L'examen anatomique montre qu'il s'agit d'un anévrysme d'une artère rénale accessoire, avec lésions dégénératives et calcification. Cette observation exceptionnelle rappelle la valeur sémiologique de l'anneau opaque dans la région du pédicule rénal, dans le diagnostic d'anévrysme.

Pierre Aboulker.

J. D. Briggs et **R. M. Neale.** — **Une observation de fistule réno-colique** (*The Journal of Urology*, vol. **69**, n° 4, Avril 1953, p. 484-486, avec 1 fig.).

Un homme de 56 ans souffre depuis plusieurs années de douleurs dans la région lombaire gauche. A l'urographie, calcul coralliforme du rein gauche, pas d'excrétion à gauche. Le lavement opaque montre que la baryte forme une tache extra-colique. A l'intervention, adhérences serrées de l'angle gauche du côlon à la face antérieure du rein. Néphro-colectomie en bloc, suture termino-terminale du côlon. Guérison opératoire. La pièce opératoire montre qu'il s'agit d'une pyonéphrose calculeuse ouverte dans le côlon.

Les fistules réno-coliques sont exceptionnelles, leur point de départ est toujours le rein. Dans 14 des 37 cas relevés par Ratliff et Barnes, le rein était lithiasique, dans 18 cas il y avait pyonéphrose sans calculs, et 5 cas étaient d'origine tuberculeuse. Le traitement chirurgical classique comporte la néphrectomie et la suture de la fistule colique, suture souvent inefficace. C'est pourquoi dans cette observation la néphro-colectomie a été pratiquée.

Pierre Aboulker.

Carl Semb (Oslo). — **Principes directeurs dans le choix d'une thérapeutique de la tuberculose rénale** (*Journal of the Oslo City Hospitals*, **3**, n° 3-4, Mars-Avril 1953, p. 45-114, avec 14 fig.).

Intéressante monographie basée sur 167 observations étendues sur une période de 5 ans. De ce nombre, 87 (54 H., 33 F.) ont été traitées par résection partielle du rein malade (92 opérations en tenant compte des lésions bilatérales). S. fait un chaud plaidoyer en faveur de cette intervention qui permet de conserver la fonction du rein atteint et de s'attaquer aux lésions bilatérales. Au cours de son argumentation, il s'étend longuement sur un parallèle entre le rein et le poumon, tant au point de vue de leur segmentation anatomique que de leur comportement à l'égard de l'infection tuberculeuse, entraînant des sanctions thérapeutiques très comparables. Il compare, également l'époque de la néphrectomie totale systématique à celle de la thoracoplastie totale de routine et constate que les résultats éloignés sont nettement en faveur de l'exérèse limitée sous couvert d'un traitement médical sévère bénéficiant de tous les antibiotiques actuels. Le pourcentage de guérison atteindrait 80 à 90 p. 100 contre 50-60 p. 100 avec la néphrectomie systématique. L'auteur donne en détails la technique, les soins pré- et post-opératoires, les résultats éloignés de ses différentes observations avec de nombreux tableaux récapitulatifs et une série de belles photographies de pièces.

M. Deniker.

W. Heinrich (Munich). — **A propos de la radiosensibilité du carcinome rénal** (*Strahlenthérapie*, vol. **89**, cahier 3, 1952, p. 397-400, avec 2 fig.).

Si l'auteur rapporte 1 cas unique, au propre et au figuré, de guérison après 3 ans et demi d'un carcinome rénal authentifié par l'histologie, c'est qu'il en paraît, en quelque sorte, surpris.

Homme de 34 ans, porteur d'une tumeur géante (2 fois plus grosse qu'une tête d'enfant), biopsiée mais inextirpable et considérée comme un carcinome adéno-papillaire. Son extrême et durable radio-sensibilité à 4 800 r est encourageante.

P. Porcher.

John R. Hand (Portland). — **Nouvelle technique d'anastomose urétéro-intestinale** (*The Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **61**, n° 1, Janv. 1953, p. 1-17, avec 21 fig.).

Après avoir critiqué les procédés classiques d'anastomose urétéro-colique, Hand propose un procédé personnel qui emprunte au Nesbit et au Coffey I. Il comprend, en effet, la création d'un lit par une incision longitudinale de la séro-musculeuse colique suivant une bandelette et sur 3 à 4 cm de long; la muqueuse est décollée et refoulée; l'uretère est alors placé dans ce lit muqueux à l'extrémité inférieure duquel une petite brèche est faite pour établir une anastomose muco-muqueuse à points séparés. Les deux lèvres de l'incision séro-musculaire sont rabattues et suturées en avant de l'uretère, transformant la tranchée en un tunnel. H. avait tout d'abord pensé créer le tunnel colique en décollant la sous-muqueuse entre deux petites incisions transversales mais outre le danger de traverser la muqueuse par cette manœuvre aveugle, l'hémostase ne peut, de cette manière, être assurée; de même la simple introduction de l'extrémité de l'uretère à travers la brèche de la muqueuse colique est moins satisfaisante que l'anastomose muco-muqueuse et expose davantage au risque de rétrécissement.

Tout ceci est parfaitement exposé dans deux belles observations d'anastomose double après cystectomie totale pour cancer de la vessie.

J. Loygue.

J. Cibert, F. Rolland, L. Durand et **G. Branosma** (Lyon). — **L'agrandissement par plastie intestinale de la vessie tuberculeuse rétractée (d'après 12 observations)** (*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 7, Oct. 1952, p. 769-786, avec 15 fig.).

Le but de cette opération n'est pas seulement fonctionnel. Elle se propose de

restituer une continence vésicale à des malades dont la cystite tuberculeuse, malgré la néphrectomie, a continué à progresser, rétractant tellement la vessie que la pollakiurie en s'intensifiant, aboutit à l'incontinence vraie, mais la rétraction vésicale constitue aussi un danger pour le rein restant, qui meurt lentement par dilatation urétéro-pyélo-calicielle rétrograde, alors qu'il peut rester indemne de tuberculose tout au long de cette évolution progressivement fatale par urémie. La restitution d'une certaine capacité vésicale présente un intérêt vital au même titre que la néphrostomie ou l'urétérostomie, qui n'ont pas les mêmes avantages fonctionnels de récupération des mictions normales.

C'est, en somme, une néo-vessie qui est réalisée au moyen d'une anse grêle. Celle-ci de 35 à 40 cm de long, est choisie vers la fin de l'iléon et isolée ainsi que son méso. Après rétablissement de la continuité du grêle, l'anse isolée est extra-péritonisée, fermée à ses deux extrémités, et largement anastomosée avec le dôme vésical ouvert transversalement. S'il existe une sténose terminale de l'uretère restant, celui-ci est réimplanté dans l'anse grêle.

La difficulté de l'opération réside dans la libération du dôme vésical, de sa gangue scléreuse et très vascularisée.

Aussi est-ce une intervention longue, assez grave (2 morts sur 12 opérés), aux suites parfois troublées (suppurations pariétales, fistules urinaires, calculs vésicaux). Mais les bénéfices en sont incontestables : sur 10 survivants, 1 seul échec nécessite l'urétérostomie. Les 9 autres malades furent très améliorés : guérison constante de l'incontinence, pollakiurie persistante mais très modérée et supportable (miction toutes les 2 ou 3 h). Et surtout « le résultat rénal, vital, a dépassé les espérances ». Les nombreuses radiographies reproduites montrent de toute évidence la régression considérable de la dilatation urétérale et pyélo-calicielle considérable, parfois énorme, qui existait avant l'opération. Dans certains cas même, l'uretère a récupéré une tonicité et un calibre rigoureusement normaux. Ces opérations sont trop récentes pour que la durée de ces résultats puisse être appréciée.

J. Mialaret.

J. H. Hejtmancik et **J. H. Childers.** — **Étude clinique et anatomo-pathologique du cancer de la vessie** (*The Journal of Urology*, vol. **69**, n° 3, Mars 1953, p. 377-389).

Il est difficile de résumer cet article qui rapporte 96 observations de cancer de la vessie. Après examen clinique, ils ont été classés en 4 catégories suivant l'importance de l'infiltration pariétale appréciée par la palpation bimanuelle. Une deuxième classification histologique a été faite suivant les critères de Broder, enfin à l'examen des pièces opératoires, une troisième classification de l'étendue de la propagation pariétale d'après les travaux de Jewett a fourni 4 classes. La comparaison de l'examen clinique, de l'examen histologique par biopsie et de l'examen de la pièce opératoire est faite, malheureusement sa valeur est limitée parce que dans les deux premières catégories cliniques, les plus intéressantes, il manque près de la moitié des examens des pièces opératoires.

On peut conclure néanmoins que dans les tumeurs sans infiltration pariétale à l'examen cllnique, la résection transurétrale et l'électro-coagulation sont les meilleurs traitements. Dans la classe II, les résultats de la résection transurétrale, de l'électrocoagulation à vessie ouverte et de la cystectomie partielle sont comparables, et aussi bons que ceux de la cystectomie totale. Quand l'infiltration vésicale est étendue, la cystectomie totale ne donne pas de résultats bien encourageants.

Pierre Aboulker.

E. V. Moore et **G. Howe.** — **Les erreurs d'indication de la cystectomie totale. Un plaidoyer pour le traitement conservateur** (*The Journal of Urology*, vol. **69**, n° 3, Mars 1953, p. 390-395, avec 1 fig.).

L'indication de la cystectomie totale est très difficile à poser, car l'appréciation de la malignité de la tumeur est malaisée. En dépit de l'expérience du cystoscopiste,

des résultats de la palpation, de l'appréciation par l'anatomo-pathologiste de la biopsie, des erreurs graves peuvent se produire. 4 observations sont rapportées, dans 3 cas après résection endoscopique fut pratiquée la cystectomie totale : sur les pièces opératoires il n'y avait plus trace de cancer. Dans un 4e cas, la résection endoscopique suffit à guérir le malade.

Observation 1. — Homme de 45 ans chez qui la cystoscopie découvre deux zones de 1 cm sur 2, plates, sur la paroi latérale droite de la vessie, paraissant être une tumeur infiltrante. Par résection transurétrale, excision de la base de la tumeur et des zones voisines et fulguration profonde. A la palpation bimanuelle, la vessie n'est pas fixée. Néanmoins, un urologiste expérimenté dit qu'il s'agit d'une lésion infiltrante. Cysto-prostatectomie totale. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire ne montre aucune trace de cancer, alors que l'examen de la pièce de résection avait montré un cancer de la vessie, du degré 2 ou 3.

Obs. 2. — Homme de 51 ans. A la cystoscopie, multiples tumeurs plates autour de l'orifice urétéral gauche et le long de la bandelette inter-urétérale. Une autre tumeur de 2 cm sur 3 cm est située sur le col de la vessie à 3 h. Résection transurétrale. Au palper bimanuel, pas d'extension périvésicale. La biopsie montre un cancer vésical du degré 1. L'examen cystoscopique fait craindre qu'il s'agisse d'une lésion infiltrante. Cysto-prostatectomie totale avec urétéro-sigmoïdostomie bilatérale en deux temps. L'examen histologique de la pièce opératoire ne montre pas de cancer. Le malade meurt, 4 ans plus tard, d'insuffisance rénale. A l'autopsie, il n'y a aucune trace de cancer.

Obs. 3. — Homme de 60 ans. A la cystoscopie, la muqueuse du trigone œdémateux papillaire est rouge, avec un cancer infiltrant de la vessie, de grande malignité. La résection endoscopique n'enlève pas toute la tumeur qui est un carcinome à l'examen histologique. La palpation bimanuelle ne montre pas d'infiltration péri-vésicale. Urétéro-sigmoïdostomie bilatérale, puis cysto-prostatectomie totale. L'examen histologique de la pièce opératoire ne montre pas de cancer. Le malade meurt 14 mois plus tard, d'insuffisance rénale.

Obs. 4. — Homme de 72 ans. A la cystoscopie, sur la paroi latérale gauche, tumeur de 4 cm sur 5, avec une base de 2 cm. Résection endoscopique qui met à nu les couches musculaires. A la palpation bi-manuelle, pas d'infiltration péri-vésicale. Examen histologique : carcinome du degré II. Le malade refuse la cysto-prostatectomie totale. Il est revu 16 mois plus tard avec une petite récidive locale de 1 mm sur 2, qui est traitée par résection. Revu 5 mois plus tard, il est en excellente santé.

On peut conclure de ces observations que la cystoscopie ne donne aucun renseignement sur l'infiltration de la paroi vésicale, et qu'après traitement par la résection endoscopique, il est sage d'attendre 3 ou 4 mois avant de poser l'indication de la cystectomie totale, si la palpation ne montre aucune extension péri-vésicale.

Pierre Aboulker.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

O Lalio Morales et **Ragnar Romanus** (Stockholm). — **L'uréthrographie avec un produit de contraste visqueux, hydrosoluble : l'Umbradil-visqueux U** (*Acta Radiologica*, suppl. 95, 1952).

Les auteurs étudient les propriétés physiques des liquides au point de vue viscosité, tension superficielle, opacité, et des lois de l'hydrodynamique. Ceci a une particulière importance pour l'examen uréthrographique. Les mesures de la vitesse du flux urinaire dans différentes conditions les ont amenés à la conclusion suivante : seule la striction loin de la vessie ne modifie pas les lois de l'hydrodynamique.

Ils discutent alors la possibilité de faire un diagnostic précoce au stade infiltrant, grâce aux images de réplétion passive de l'urèthre par un liquide visqueux très opaque radiologiquement. Ils insistent sur le fait que s'il est aisé, grâce à la résistance du sphincter, d'obtenir une distension de l'urèthre antérieur, l'urèthre postérieur, par contre, se laisse mal distendre et il faut s'aider d'une anesthésie préalable de la muqueuse, une pression élevée étant nécessaire.

Les auteurs étudient le nouveau produit Umbradil-visqueux U et ses avantages; et aussi ceux de la méthode suédoise d'examen qui n'est pas pratiquée ailleurs.

Techniquement l'injection est faite sous contrôle scopique, puis 3 clichés sont pris (face et oblique). On peut ainsi étudier l'urèthre membraneux, l'apex de la prostate, les conduits para-uréthraux et les rétrécissements. La visibilité de la vessie permet de voir les altérations possibles de son plancher.

Ils étudient alors les résultats obtenus par eux dans 83 cas, et discutent les avantages relatifs des 2 méthodes au point de vue du diagnostic radiologique.

Les auteurs terminent en se prononçant sans réserve pour la nouvelle méthode d'uréthrographie et l'emploi de l'Umbradil-visqueux U pour l'étude tant de l'urèthre que de la vessie chez l'homme.

P. Porcher.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

C. Sirtori et **F. Pizzetti** (Milan). — **Sur la pathogénie du cancer endométrial avant la ménopause et sur les réflexes pratiques de quelques données statistiques** (*Tumori*, fasc. 1, 1953, p. 58-62).

« Le cancer de l'endomètre est une tumeur difficilement interprétable, si l'on veut suivre les principes classiques de la cancérogénèse », en effet, les tumeurs y sont plus fréquentes alors que toute stimulation de la muqueuse a pris fin avec la ménopause.

On note que seuls 15 p. 100 des cancers de l'endomètre se voient avant la ménopause, et, d'autre part, cette localisation ne représente que 2 p. 100 de toutes les tumeurs malignes de l'utérus, avant la ménopause.

Les 3 cas observés par les auteurs concernent des malades âgées respectivement de 31, 37 et 42 ans et font partie d'une statistique de 4 917 cancers de l'utérus, dont 523 de l'endomètre.

Ils présentent des caractéristiques histologiques superposables : dans les ovaires se voient des amas de cellules de type folliculinique, comme si les cellules de la paroi des kystes folliculaires étaient le siège d'une intense prolifération.

Dans l'endomètre, au contraire, à côté des lésions cancéreuses, on note des altérations de type œstrogénique : monstrueuses hyperplasies glandulo-kystiques, îlots de typique épidermisation, avec figures comparables à des globes cornés.

Le facteur endocrinien joue donc un rôle important, mais la rareté de ces cancers avant la ménopause, tient peut-être à l'expulsion périodique des foyers possibles de pré-cancérisation à l'occasion des règles, ou des grossesses.

Mais la muqueuse du col ne se renouvelle pas, et ceci expliquerait peut-être la fréquence de cancer à ce niveau chez la femme encore réglée. Aussi, si l'examen au spéculum ne montre rien d'anormal, doit-on faire un curettage de la muqueuse cervicale d'abord, et ne pratiquer le curettage du corps que si le premier est négatif.

J. Assali.

J. Del Regato (Colorado). — **Le rôle de la radiothérapie dans le traitement du cancer du col utérin** (*Am. Journ. of Rœntg. and Radiumth.*, vol. **68**, n° 1, Juil. 1952, p. 63-71).

L'auteur estime que le cancer du col utérin, étant spécialement radio-sensible, et radiocurable, les doses quotidiennes modérées, il n'est pas nécessaire d'employer des kilo-voltages élevés. Il lui semble que l'on obtient d'excellents résultats, quel que soit l'équipement, du moment que l'on irradie convenablement le petit bassin : convenablement, c'est-à-dire répartition judicieuse des champs, irradiation homogène et complète.

P. Porcher.

Mac Donald Bonebrane, A. Sherman, M. Ter-Pogossian et **Normand Arneson** (Saint-Louis). — **Les résultats cliniques après application des différentes techniques du radium dans le cancer du col utérin, de 1921 à 1947** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **63**, n° 6, Déc. 1952, p. 925-934, avec 8 fig.).

Les auteurs estiment que l'appréciation d'une méthode de radiothérapie doit tenir compte des complications et des statistiques de survie.

Ils passent en revue les 490 cas traités de 1921 à 1947 et établissent les doses évitant les complications rectales ou vésicales. Les calculs des doses aux points déterminés par le système de Manchester sont faits pour chaque technique au moyen de courbes d'isodose.

Ils terminent par une statistique générale tenant compte de la méthode de traitement, des complications et du temps de survie.

P. Porcher.

MEMBRE INFÉRIEUR

G. Heublein, G. Greene et **V. C. Conforti** (Newington, Connecticut). — **Arthrographie de l'articulation coxo-fémorale** (*Am. Journ. of Rœntg.*, vol. **68**, n° 5, Nov. 1952, p. 736-748, avec 8 fig.).

Les auteurs estiment que l'arthrographie coxo-fémorale au diodrast est une méthode non dangereuse et utile chez l'enfant. Ils ont examiné ainsi 40 cas. La méthode les a renseignés sur les structures cartilagineuses et ligamentaires. Elle leur paraît spécialement utile pour le diagnostic et la conduite du traitement dans les vieilles coxarthries et l'aplasie congénitale.

P. Porcher.

P. Colonna (Philadelphie). — **Arthroplastie capsulaire pour luxation congénitale de la hanche** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **35-A**, Janvier 1953, p. 179-197, avec 32 fig.).

Colonna expose en détails avec de nombreuses figures le traitement auquel il a recours depuis 1930 dans les luxations congénitales de la hanche et qu'il a décrit dans ce journal en Avril 1932.

Il admet qu'au moins 65 p. 100 de luxations bilatérales et 75 p. 100 de luxations unilatérales congénitales de la hanche peuvent être réduites et maintenues réduites sans opération. La grande majorité des opérations qu'il a pratiquées l'ont été chez des enfants de plus de 3 ans et de moins de 10 ans. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez des enfants entre 3 et 6 ans, en ce qui concerne les luxations bilatérales et entre 3 et 8 ans, en ce qui concerne les luxations unilatérales.

Lorsque l'antéversion du col fémoral est accentuée, une ostéotomie est indiquée. C. donne la préférence à l'ostéotomie supra-condylienne plutôt qu'à l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Avec sa technique opératoire, le contour de la tête fémorale n'est jamais altéré chirurgicalement; cette tête qui était plus ou moins triangulaire, se remodèle avec le temps et devient sphérique.

Albert Mouchet.

Jean Judet, Robert Judet, Jean Lagrange, Jean Dunoyer. — **Résection-reconstruction de la hanche. Arthroplastie par prothèse acrylique.** (Un vol. de 176 p., avec 101 fig. et 1 tabl. — Expansion Scientifique Française, Éditeur, Paris, 1952).

On sait la fortune méritée qu'a obtenue l'opération de reconstruction de la hanche au moyen d'une prothèse acrylique proposée par J. et R. Judet en 1946.

Les auteurs exposent aujourd'hui dans ce livre la technique de l'opération, illustrée de nombreuses photographies permettant d'en suivre les différents temps et précisent les indications de l'intervention qui, à leur sens, doit s'appliquer surtout au traitement de la coxarthrie.

Rangées par catégories avec leur pourcentage de fréquence, les interventions dont les résultats sont ici analysés s'adressaient pour 54 p. 100 à des coxarthries, 25 p. 100

à des luxations congénitales invétérées, 12 p. 100 à des pseudarthroses, 6 p. 100 à des fractures fraîches du col du fémur, le restant comprenant des arthrites infectieuses et des affections diverses.

Les incidents, les complications de la méthode sont étudiés et la leçon de ces incidents est tirée en vue de parvenir à une technique opératoire aussi parfaite que possible en tenant compte dans la plus large mesure des conditions d'un montage rigoureusement mécanique.

Les résultats sont étudiés d'une façon très scrupuleuse au moyen de la méthode chiffrée. J. et R. Judet ne cachent pas les résultats imparfaits qui ont été parfois obtenus. Ils s'appuient au contraire sur eux pour essayer de définir la technique la plus physiologique.

Un chapitre sur la tolérance des tissus à la prothèse et sur les facteurs physiologiques d'une adaptation satisfaisante est analysé. Parmi ceux-ci, les auteurs attachent une grosse importance au respect scrupuleux de la vascularisation du col.

MARCEL ROUX.

A. Brav et **H. Jeffress** (Medical Corps Army). — **Enclouage intra-médullaire modifié dans les fractures de guerre récentes de la diaphyse fémorale** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **35-A,** n° 1, Janvier 1953, p. 141-152, avec 5 fig.).

Les auteurs n'envisagent cet enclouage que dans les circonstances suivantes :

1° Blessures des parties molles du membre atteint ayant une étendue telle que la réduction et l'immobilisation soient impossibles à obtenir par un traitement conservateur;

2° Perte étendue de substance osseuse empêchant le contact des fragments;

3° Suppuration prolongée de la plaie due à une immobilisation défectueuse, même avec traction; drainage satisfaisant et usage d'antibiotiques;

4° Affaiblissement du blessé tel que la perspective d'un traitement conservateur est défavorable;

5° Association de blessures de l'abdomen et du thorax dont le traitement nécessite des mouvements considérables du patient.

Dans de telles circonstances, l'enclouage intra-médullaire peut éviter l'usage secondaire de greffes osseuses plus ou moins précaires; il peut même, dans certains cas, constituer une mesure de salut.

ALBERT MOUCHET.

Jean Cauchoix et **J.-O. Ramadier.** — **Sur le traitement des pseudarthroses de la diaphyse fémorale** (*Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **38**, n° 3-4, Juil.-Sept. 1952, p. 254-270, avec 13 fig.).

Travail basé sur 48 cas de pseudarthroses de la diaphyse fémorale (31 consécutives à des fractures fermées et 17 consécutives à des fractures ouvertes).

La pseudarthrose de la diaphyse fémorale est une indication opératoire formelle. On peut dire que toute fracture ancienne, douloureuse à la marche et à la mobilisation est une pseudarthrose; à l'inverse, les pseudarthroses non douloureuses laissent toujours percevoir une mobilité anormale qui permet de les reconnaître.

Il faut tenir compte dans l'indication opératoire de l'altération de l'état général et de l'infection, même latente. Le chirurgien devra disposer d'une installation complète et d'un outillage parfait. C. et R. recommandent le clou de Küntscher et un matériel bien adapté (un jeu complet de clous à fémur, un jeu de chasse-clous, un arrache-clou du modèle de Merle d'Aubigné, enfin un outillage de mèches et d'alésoirs de grande longueur qui permettent de calibrer le canal médullaire exactement à la dimension du clou).

La voie d'abord à préférer est la voie postéro-externe qui évite tout délabrement musculaire, et qui évite aussi les hémorragies, la blessure du cul-de-sac sous-quadricipital, les adhérences cicatricielles du muscle quadriceps à l'os.

A l'*enclouage il faut adjoindre la greffe,* après avivement de la face superficielle des deux fragments de l'os sur une longueur de 10 à 12 cm.

Le greffon est, soit un greffon tibial, soit un greffon de la crête iliaque, fixé sur les fragments par des vis dirigées obliquement. Immobilisation plâtrée en flexion légère de la hanche et du genou pendant 1 mois, puis mobilisation active du genou. On n'enlève le clou que très tard lorsque la consolidation osseuse est radiologiquement certaine.

C. et R. ont obtenu 95 p. 100 de consolidation pour les cas aseptiques dans un délai de 4 mois.

Pour les pseudarthroses, suite de fractures infectées, il faut attendre au moins 6 mois à dater de l'asséchement du foyer avant d'opérer, si l'on veut éviter le réveil de l'infection.

ALBERT MOUCHET.

W. W. Dickson Williams (Pembroke, Ont.). — **Étude d'un cas de rupture des ligaments latéraux du genou** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **66**, n° 5, Mai 1952, p. 432).

L'auteur précise que si le diagnostic d'arrachement des ligaments latéraux du genou peut être porté par l'examen clinique, on peut également faire le diagnostic par l'examen de radiographies.

L'auteur en a donné la confirmation expérimentale par des dissections de l'articulation du genou et des radiographies en série.

HENRI REDON.

R. Fontaine, R. Raber, P. Warter, J.-N. Muller et **W. Montorsi** (Strasbourg). — **L'arthropneumographie du genou. Technique et résultats dans 50 affections méniscales** (*Revue de Chirurgie*, an. **71**, n° 11-12, Nov.-Déc. 1952, p. 327-347, avec 10 fig.).

Pour obtenir par cette méthode des images précises, il est nécessaire de suivre une technique rigoureuse. Ce sont les détails de cet examen radiologique que les auteurs développent dans ce travail. Anesthésie locale à la procaïne infiltrant bien tous les plans péri-articulaires; compression du cul-de-sac sous-quadricipital pour ne pas être obligé d'injecter trop de gaz; injection d'environ 200 cm^3 d'oxygène (parce que plus vite résorbé que l'air); arrêt de l'injection lorsque le malade ressent une distension douloureuse du genou; exécution par le malade de plusieurs mouvements d'extension et de flexion pour bien faire diffuser le gaz. On peut, après la prise des clichés, vider l'oxygène par une nouvelle ponction. Le malade est radiographié en décubitus ventral.

La prise des clichés est minutieusement décrite car il faut que l'interligne articulaire soit bien précisé, que l'on réalise le maximum d'écartement articulaire par des mouvements d'abduction ou d'adduction forcée de la jambe, et sous des incidences différentes. Pour le ménisque interne la jambe sera portée en abduction et trois clichés seront faits de face : le premier en rotation interne pour visualiser le tiers antérieur du ménisque; le second, la jambe en rectitude pour montrer le tiers moyen; le troisième en rotation externe exposera le tiers postérieur. Pour le ménisque externe, la jambe sera portée en adduction et trois clichés seront pris comme précédemment. Un dernier et septième cliché sera fait de profil pour vérifier les ligaments croisés. Les auteurs décrivent avec soin les constantes radiologiques.

Les figures qui accompagnent ce travail montrent de façon extrêmement nette les différentes lésions méniscales découvertes par cet examen : hyper-mobilité, fissures, ruptures complètes avec luxation. Sur les 50 examens qu'ils ont pratiqués, les auteurs ont trouvé 25 fois l'intégrité méniscale qui était cliniquement présumée, mais incertaine. Aucun de ces malades n'a été opéré. 25 fois l'arthropneumographie a montré des lésions méniscales : 17 internes et 8 externes. Les 17 malades supposés présenter des lésions méniscales internes ont été opérés : 16 fois la rupture du ménisque était indiscutable; 1 fois il s'agissait d'une simple hyperlaxité méniscale. La localisation précise de la lésion était exacte 11 fois, fausse 5 fois.

Chez 8 malades l'arthropneumographie a révélé des lésions méniscales externes indéniables. Le diagnostic clinique était resté douteux. L'intervention montra chaque fois la lésion révélée par l'arthropneumographie.

Cette méthode est donc susceptible de rendre de très grands services. Mais cet examen doit être fait en milieu hospitalier et sous le couvert d'une asepsie rigoureuse.

G. Picot.

A. Frank (Munsterlingen). — **La patellectomie dans les fractures de la rotule** (*Journal International de Chirurgie*, t. **12**, n° 2, Mars-Avril 1952, p. 120-127).

Pour 9 fractures de la rotule traitées par patellectomie, F. a obtenu 5 résultats excellents et 4 satisfaisants. Il considère que la patellectomie est indiquée dans les fractures comminutives, dans les fractures qui s'accompagnent de graves déformations arthropathiques du genou, dans les échecs de l'ostéosynthèse.

La patellectomie doit respecter au maximum le système extenseur et en particulier les parties latérales qui doivent être reconstituées avec beaucoup de soin.

Elle permet une mobilisation précoce du genou qui doit être suivie de radiographie chez les malades âgés.

R. Sauvage.

E. Drost (Mettmann Rh.). — **Sur le traitement des pseudarthroses de jambe avec grosses pertes de substance, par la méthode Hahn-Brande** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **77**, n° 49, 1952, p. 2406-2410, avec 2 fig.).

Le traitement des pseudarthroses du tibia avec grosses pertes de substance pose des problèmes particuliers.

Hahn, dès 1884, avait implanté le bout supérieur du péroné sectionné dans l'épiphyse tibiale supérieure. Brande, en 1913, a proposé la double implantation du péroné sectionné à ses deux extrémités dans les 2 épiphyses tibiales, en 2 temps successifs. Il ne semble pas qu'il ait été très suivi, si l'on en juge d'après les traités allemands.

L'augmentation de volume fréquente et parfois considérable du péroné, au voisinage de la pseudarthrose, est un élément, *a priori*, encourageant.

D. apporte des observations de blessés ainsi traités, avec d'excellents résultats fonctionnels et radiologiques. On peut juger sur les clichés d'une véritable adaptation du péroné à sa nouvelle fonction; on le voit même acquérir la forme et le calibre d'un tibia.

Le double avantage d'une telle plastie sur le transplant libre est, d'une part, la parfaite irrigation du fragment osseux utilisé grâce à la conservation de ses attaches musculaires; d'autre part, l'inutilité de l'emploi de toute pièce métallique, toujours nuisible à la consolidation.

L'auteur souhaite que cet excellent procédé soit plus souvent mis en pratique.

R. Gueullette.

G. G. Dixon (Brooklyn). — **Transplantation du tibia et du péroné pour remplacer le fémur après résections** (*Annals of Surgery*, vol. **136**, n° 2, Août 1952, p. 309-312, avec 4 fig.).

Dans des cas de résections étendues de la diaphyse fémorale pour affections non malignes, l'emploi de greffes massives osseuses est assez aléatoire, en raison d'échecs fréquents ou de fractures possibles du greffon. L'amputation haute de cuisse ne permet pas le port d'un appareil de prothèse facile à manœuvrer et donnant une démarche esthétique.

Pour confectionner un long moignon de cuisse dans un cas semblable, D. a utilisé le tibia et le péroné qu'il a retournés de bas en haut.

Dans une ostéite par vieille fracture par balle, chez un homme de 51 ans, il a réséqué environ les 2/3 inférieurs du fémur, creusé une large tranchée dans toute la hauteur de la face externe de la cuisse et de la jambe, enlevé la rotule et les ligaments du genou,

amputé la jambe en guillotine au-dessus de l'articulation du cou-de-pied, et rabattu la jambe en haut, en l'insérant dans la tranchée de la cuisse. Il a fixé au fragment proximal du fémur, par une plaque à vis, l'extrémité inférieure du tibia. Et il a suturé les muscles et la peau de la jambe à la cuisse, la face interne de la jambe devenant la face externe de la cuisse. Le moignon a pu facilement être appareillé.

M. GUIMBELLOT.

André Richard et **Louis René.** — **Traitement chirurgical de la tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne chez l'adulte** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **38**, n° 3-4, Juil.-Sept. 1952, p. 270-278, avec 3 fig.).

Dans ces dernières années, le traitement de la tuberculose tibio-tarsienne chez l'adulte oscillait entre l'astragalectomie et l'amputation. Malgré la qualité du résultat fonctionnel, une amputation de Syme n'est qu'une défaite. D'autre part, l'astragalectomie chez l'adulte fournit un résultat fonctionnel assez décevant; elle n'est ni une bonne opération ankylosante, ni une bonne opération mobilisatrice. C'est seulement chez l'enfant que l'astragalectomie mérite sa réputation parce que chez lui la guérison est rapide, la mobilité conservée et l'adaptation fonctionnelle étonnante.

R. et R. recherchent l'ankylose et conseillent chez l'adulte une résection tibio-tarsienne dans laquelle on conserve la malléole péronière et on se contente du côté astragalien de faire une ablation à la demande des lésions laissant, chaque fois qu'on le peut, la partie inférieure de l'astragale. On enlève en masse le tenon astragalien emportant ainsi la lésion centrale bacillaire, mais on respecte la tête de l'astragale avec l'articulation médio-tarsienne intacte et la face inférieure du corps de l'astragale avec l'articulation astragalo-calcanéenne.

L'avivement sur quelques millimètres des surfaces tibiale et péronière, et celui de l'astragale permettent une soudure osseuse solide tandis que la conservation de la malléole externe permet une statique convenable et assurée par un plâtre parfaitement moulé pendant les 3 mois nécessaires à la soudure osseuse tibio-astragalienne.

Dans des cas encore plus au début, on peut conserver la malléole tibiale en l'avivant. R. et R. utilisent une incision externe à concavité antéro-supérieure. Ils ne cherchent pas à obtenir une ankylose tibio-astragalienne strictement à angle droit, mais à 75 ou 80°. Si l'on a enlevé la totalité de l'astragale, il faut placer les os de la jambe en position moyenne et si l'on a pu conserver en partie l'astragale, il y a intérêt à placer les os de la jambe en avant, débordant légèrement la face supérieure du col astragalien.

Cette opération ankylosante d'exérèse paraît à R. et R. préférable à l'arthrodèse extra-articulaire.

ALBERT MOUCHET.

Le Gérant : G. MASSON.

13.917. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 3e trimestre 1953. — N° d'ordre 1.667, MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Travail de l'Institut d'Anatomie pathologique (pr. Gery) et du Service Central de Radiologie (dr Sichel), Strasbourg.

Données concrètes sur la rapidité des processus d'ostéogénèse dans un cas de fibrome diffus ossifiant.

Par MM.

L. FRUHLING, H. SPEHLER et Ed. WILHELM

(Strasbourg).

L'apparition d'une ossification dans certaines tumeurs fibroblastiques est un fait de constatation relativement commun. La morphologie de ce processus est parfaitement connue et a été décrite avec beaucoup de précision par de nombreux auteurs, et récemment encore par Weinmann et Sicher (1).

Les documents concernant *la rapidité* de l'ossification dans les fibromes paraissent au contraire exceptionnels. Certains résultats tirés de la pathologie expérimentale touchant les processus d'ossification du squelette, montrent que l'ostéogénèse peut, chez l'animal et dans certaines conditions, être d'une rapidité surprenante. J. Clavert (2) a montré, en particulier, que la croissance de l'os sous l'influence de la folliculine (os folliculinique) chez les oiseaux, peut atteindre le chiffre de 300 μ/jour (fig. 1).

Est-il possible d'admettre, par analogie, que l'ossification tumorale chez l'homme peut être également d'une rapidité aussi déconcertante ?

L'observation que nous rapportons ci-dessous, concernant un fibrome diffus de la cuisse avec ossification importante apparue en moins de 10 jours, tend à le faire admettre.

Observation clinique. — F..., Marcel, maçon, âgé de 25 ans, est admis à la Clinique Médicale B, le 17 Novembre 1950, pour suspicion de phlegmon de la cuisse gauche.

(1) Weinmann, J. P. et Sicher, H. — Chap. Fibroma, p. 365-374, in *Bone and Bones*. 1 vol. Saint-Louis, 1947.

(2) Clavert, J. — *Bull. Biol. Fr. et Belg.*, t. **82**, n° 4, 1948, p. 289-330.

Fig. 1. — Os folliculinique obtenu expérimentalement chez le pigeon *en l'espace de 5 jours :* on remarquera l'épaisseur considérable des lamelles osseuses néoformées partant de la face endostale de la comptacte (au bord supérieur de la photo) et tendant à combler le canal médullaire (partie inférieure de la photo).
Microphotographie communiquée par le professeur agrégé Clavert (grossissement : × 60).

Fig. 2.

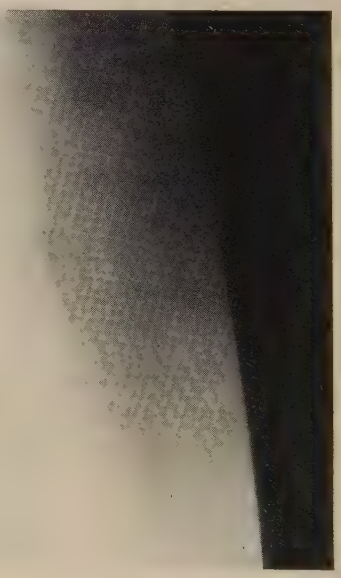


Fig. 3.

Fig. 2. — Première radiographie de face (18 Novembre 1950) sur laquelle on constate l'absence de toute lésion visible aux rayons X.

Fig. 3. — Première radiographie de profil (18 Novembre 1950); mince traînée opaque à peine visible, à gauche du fémur.

Ce jeune ouvrier, vigoureux, sans antécédents notoires, ressent depuis le 1er Novembre 1950 des douleurs vagues et diffuses à la face postérieure de la cuisse gauche, douleurs exagérées par les efforts musculaires. Pas de traumatisme violent préalable, mais possibilité de microtraumatismes pendant le travail. Pas de fièvre.

Les douleurs augmentent rapidement d'intensité et la marche devenant difficile dans les jours qui suivent, le malade est traité pour sciatique.

Depuis le 10 Novembre, apparition d'irradiations douloureuses jusque dans le pied correspondant, d'une tuméfaction augmentant progressivement dans la cuisse gauche et d'une température oscillant entre 37°,5 et 38°,5.

A l'admission (17 Novembre 1950), on constate l'existence d'une tuméfaction diffuse, dure à la palpation, légèrement douloureuse spontanément,

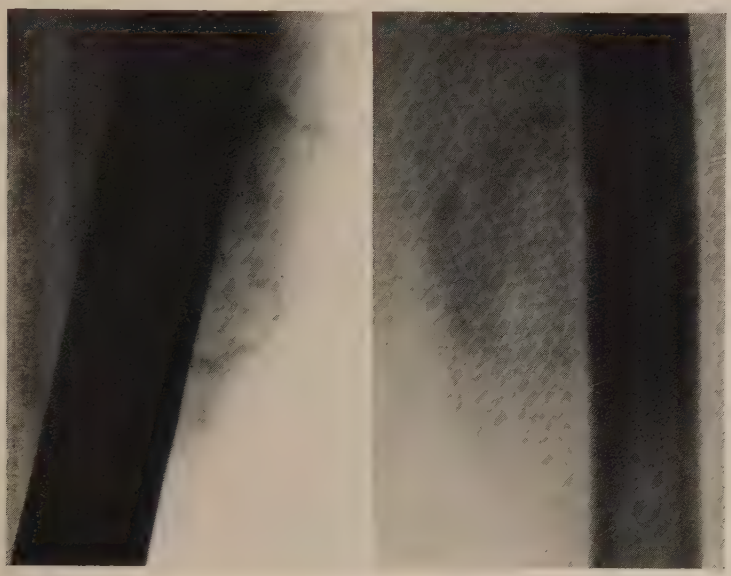


Fig. 4. Fig. 5.

Fig. 4. — Deuxième radiographie de face : apparition d'une masse à contours opaques nets, dans les parties molles. A comparer avec la figure 2 : radiographie faite 10 jours auparavant.

Fig. 5. — Deuxième radiographie de profil : tumeur régulièrement ovoïde à limites opaques. A comparer avec figure 3 : radiographie faite 10 jours auparavant.

à la partie moyenne de la région postérieure de la cuisse gauche. La masse, de la grosseur d'une pamplemousse, est profonde et paraît fixée au plan osseux. La peau sus-jacente est normale et mobile. Température autour de 37°,6.

Une *première radiographie* (18 Novembre 1950) donne les résultats suivants :

De face : absence de toute lésion osseuse. Rien n'est visible dans les parties molles (fig. 2).

De profil : existence d'une fine traînée opaque, visible dans les masses musculaires postérieures (fig. 3).

Le malade est mis au repos complet. La pénicillothérapie ramène la température, d'abord subfébrile, à la normale en l'espace de 3 jours.

A la palpation, on a l'impression que l'induration devient nettement moins diffuse et qu'elle se mobilise à présent sur le plan osseux.

Une deuxième radiographie de la cuisse gauche, faite 10 jours plus tard (le 27 Novembre 1950), montre :

Fig. 6. — Radiographie d'une tranche transversale de la tumeur montrant bien la disposition périphérique de l'ossification. (Radiographie faite après séjour de 15 jours de la tranche de la tumeur dans un fixateur acide, donc décalcifiant).

De face et de profil : une ombre de la taille d'une grosse orange, à contours précis, très fortement opaque aux rayons, située dans les parties molles (fig. 4 et 5).

Une artériographie du membre inférieur gauche ne fournit aucune indication nouvelle, si ce n'est un léger renforcement du réseau vasculaire autour de la masse décrite.

Le diagnostic clinique et radiologique posé est celui d'hématome de la cuisse en voie de limitation, secondairement calcifié, mais comme l'hypothèse d'un néoplasme musculaire ne peut pas être exclue, on transfère le malade à la Clinique Chirurgicale B pour intervention.

On procède, le 1er Décembre 1950, à l'ablation totale d'une masse ovoïde, facilement énucléable bien qu'elle ne soit pas encapsulée, et entourée d'une gangue de tissu fibreux, parfois diffuse, après hémostase d'un fin pédicule paraissant s'insérer sur la face postéro-externe du fémur.

Suites post-opératoires banales. Radiothérapie ultérieure.

A l'examen macroscopique de la pièce opératoire, il s'agit d'une tumeur

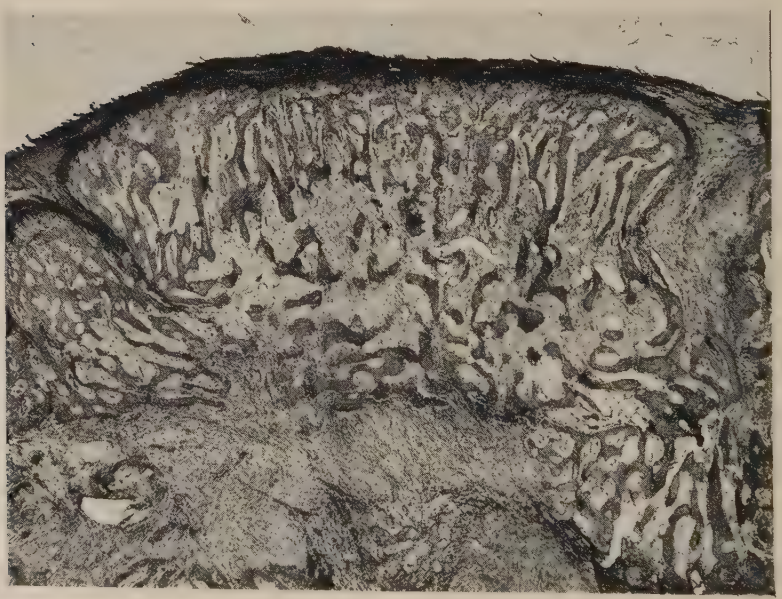


Fig. 7. — Ossification importante, formant à la périphérie du fibrome diffus, des lamelles osseuses d'une épaisseur totale de 3 mm (grossissement : × 16).

assez régulièrement ovoïde, de la grosseur d'un œuf d'oie, de consistance extrêmement dure, parfois même pierreuse. Il est presque impossible de couper cette tumeur au couteau et l'on y parvient seulement aisément après une décalcification prolongée. La surface de section montre une structure fasciculée nette. La calcification parait cantonnée à peu près exclusivement à la périphérie de la masse (fig. 6).

A *l'examen histopathologique* (n° 636.98, I. P. S.) on a affaire avec une tumeur fibroblastique dense, relativement pauvre en cellules et riche en fibres de collagène, assez largement nécrosée dans ses régions centrales. Si le néoplasme est relativement bien limité, il n'existe nulle part de capsule individualisée et par endroits même, les éléments fusiformes dissocient les

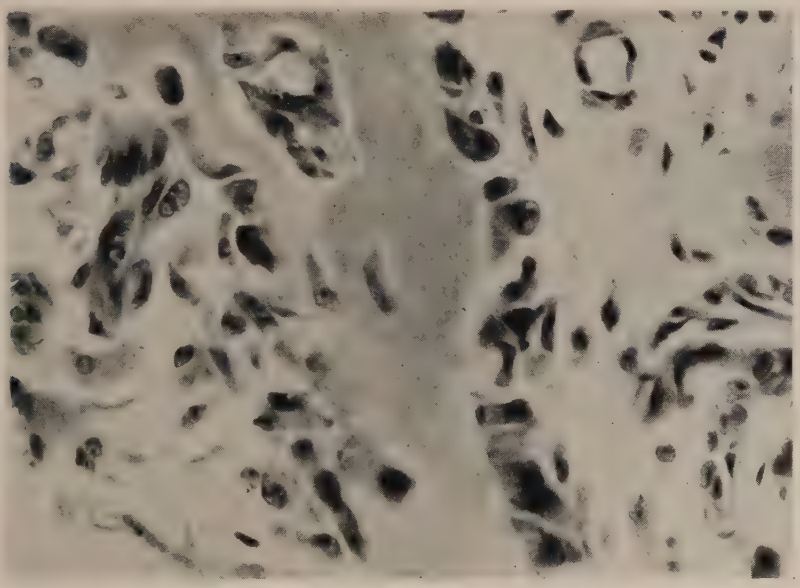


Fig. 8. — Ostéogénèse intra-tumorale très active : une travée de substance pré-osseuse est entourée d'une couche continue et serrée d'ostéoblastes à cytoplasme basophile, présentant pour la plupart une zone golgienne nette sous forme d'une zone cytoplasmique plus claire juxtanucléaire. (Grossissement : × 540.)

tissus voisins et les pénètrent. On retrouve, en particulier, l'image microscopique caractéristique des fibroblastes tumoraux dissociant une à une les fibres musculaires striées. En se basant sur l'absence de signes cytologiques de malignité (il n'existe en effet pas la moindre mitose, ni la moindre monstruosité), et sur les aspects d'envahissement du muscle strié pré-existant, on pose le diagnostic de « tumeur desmoïde », de fibrome diffus intra-musculaire et susceptible de récidiver.

Se superposant exactement aux images radiographiques *in situ* et des tranches de tumeur après ablation, on retrouve histologiquement une ossification importante dans les zones périphériques de la tumeur (fig. 7). Cette ossification, qui fait partie intégrante de la tumeur, qui est due à l'activité des cellules tumorales elles-mêmes, aboutit à la constitution de lamelles osseuses adultes, parfaitement constituées.

La confrontation des clichés radiographiques, faits à 10 jours d'intervalle (avec le même appareil, avec exactement les mêmes qualités physiques du rayonnement utilisé), montre par conséquent l'apparition d'une ossification quantitativement très importante dans le fibrome diffus étudié. La rapidité

étonnante de cette ossification, à priori imprévisible, surprise sur le vif à l'occasion de deux radiographies successives, est confirmée par l'aspect histologique de ce processus d'ostéogénèse. Les lamelles osseuses néoformées sont en effet bordées par des ostéoblastes nombreux, rangés les uns à côté des autres en une file continue et serrée, et leur cytoplasme fortement basophile présente une zone golgienne nette (fig. 8). Les signes cytologiques d'activité ostéoblastique intense sont donc tous présents.

Conclusions. — Observation anatomo-clinique, avec documents radiographiques et histopathologiques, d'un fibrome diffus intra-musculaire (tumeur desmoïde) de la cuisse gauche chez un homme de 25 ans, avec apparition d'un processus d'ostéogénèse quantitativement important et devenu facilement repérable aux rayons X en l'espace de 10 jours.

Un procédé de rétablissement « physiologique » de la continuité après gastrectomie totale. La jéjuno-œsophago-duodénoplastie.

Par MM.

R. SOUPAULT, A. MOUCHET et M. CAMEY

(Paris).

Depuis la première gastrectomie totale réalisée avec succès en 1897 par Schlatter, les opérations de cet ordre se sont considérablement répandues. Du rang de prouesses opératoires elles ont passé à la pratique courante, au moins dans les mains spécialisées.

Or, tandis que la technique progressait et se précisait, des résultats avec un recul suffisant pouvaient être observés concernant non seulement la survie, mais l'état fonctionnel des opérés, et des statistiques récentes portant maintenant sur un nombre important de cas ont mis en lumière l'imperfection avec laquelle l'*agastre* s'adapte à son infirmité.

A côté de résultats satisfaisants permettant (au prix des logiques précautions requises par une mutilation de cette envergure) une vie quasi-normale et un travail modéré, trop souvent apparaissent des troubles digestifs et nutritionnels graves. L'inconfort digestif, l'impossibilité de prendre des repas suffisants, la nécessité d'une alimentation fractionnée au cours de la journée, le *dumping syndrom*, le reflux œsophagien, l'amaigrissement continu, l'anémie, la diarrhée graisseuse fréquemment notée entraînent chez les anciens opérés une fatigabilité excessive qui leur interdit le plus souvent toute activité utile. Lefèvre, Lortat-Jacob et René ont souligné l'importance de ces troubles dans leur rapport au Congrès français de Chirurgie de 1950.

Il était donc naturel que l'effort de nombreux auteurs se soit porté vers la recherche d'un amendement des nouvelles conditions digestives.

En même temps que dominés par le souci d'une exérèse large, élargie même si besoin est, ils ont été guidés par le désir d'améliorer la fonction, le transit tout au moins, et c'est vers des techniques de « montage » plus ou moins ingénieux et favorable, au cours du rétablissement de la continuité, qu'ils se sont orientés.

***

Hoffmann a préconisé l'anastomose aux deux pieds de l'anse jéjunale, ce qui permet l'écoulement du liquide duodénal en évitant, au moins en partie, le reflux œsophagien, et mettant ainsi les sutures œsophago-intestinales à l'abri de l'irritation par les sucs bilio-pancréatiques, permettant enfin la récupération à travers l'anastomose jéjuno-jéjunale des aliments qui ont progressé dans le segment afférent de l'anse. Le montage avec anastomose sur la convexité de l'anse semble avoir été largement adopté avec différents

artifices [Lahey (Boston), Duval (Le Havre), Lefèvre (Bordeaux), etc.].

Cependant le montage en Y, dit de Roux (Lausanne) paraît le plus couramment employé tant par les chirurgiens français (Lortat-Jacob, A. Mouchet, Rudler) que par les auteurs étrangers. Il semble donner un meilleur confort aux opérés, prévenant en particulier le reflux œsophagien par l'implantation basse du duodénum. Il semble comme dans les autres anastomoses en Y que l'anse montée ne doive pas avoir moins de 50 cm. pour qu'elle s'oppose efficacement par son péristaltisme au reflux indésirable. Toutefois, avec ce procédé, les troubles de la nutrition sont encore fréquents et importants.

***

De cette expérience, il ressort que deux éléments devaient retenir et ont retenu particulièrement l'attention des chirurgiens comme causes probables des perturbations digestives après gastrectomie totale (en dehors — bien entendu — de la suppression de la sécrétion gastrique du principe anti-anémique, etc.). Ce sont :

D'une part, l'exclusion duodénale;

D'autre part, l'absence d'un réservoir capable de contenir et de retenir au passage une certaine quantité d'aliments.

A. — Pour répondre au premier point, l'anastomose œsophago-duodénale directe semblait une solution simple. Elle a été employée par de nombreux auteurs : d'Allaines, Santy en France, Pittoni en Italie, Walter et Priestley, Judd et Hoon en Amérique, Soupault en République argentine. Elle a pour elle l'unicité de la suture et une simplicité peut-être plus apparente que réelle. En tout cas, de l'avis même des auteurs qui en ont l'expérience, elle nécessite un choix judicieux du sujet qui doit être longiligne et maigre, et on louvoie entre le danger de traction sur les sutures et l'inconvénient d'une résection trop économique duodénale et œsophagienne.

En fait, Judd et Hoon relevant la casuistique de la Mayo Clinic de 1945 à 1948, comparent 12 gastrectomies totales avec œsophago-duodénostomie directe sans mortalité (5 fistules précoces ont toutes guéri) avec une série de 76 gastrectomies totales suivies d'œsophago-jéjunostomie comportant 13 morts, soit 17 p. 100. Mais Judd et Hoon avaient sélectionné leurs indications et, en règle générale, l'anastomose directe en raison surtout des fistules est grevée de suites plus compliquées et d'une mortalité plus lourde, ainsi qu'il découle d'une statistique de Pack et Mac Neer en 1947 (40 p. 100 de mortalité contre 34 p. 100).

Toutefois, le rétablissement du transit des aliments par le duodénum est d'importance. Le problème rappelle celui soulevé par certains auteurs après la gastrectomie subtotale et Finsterer y attache assez d'importance pour préférer chaque fois que possible le Péan (dit Billroth I), surtout chez les malades jeunes dans le but du jeu normal de la fonction glandulaire bilio-pancréatique.

Bohmanson va plus loin et convaincu que la grosse majorité des troubles digestifs après gastrectomie est due à l'exclusion duodénale, il n'hésite pas à réintervenir dans de tels cas pour transformer un Billroth II en Billroth I (il aurait ainsi guéri 36 malades). C'est dans un but assez semblable que Biebel, Henley interposent entre le moignon gastrique et le duodénum un segment de grêle et Moroney un segment de côlon transverse.

B. — Le deuxième point qui mérite solution est la constitution d'un réservoir, nouvelle poche tendant à suppléer, au moins mécaniquement, l'estomac réséqué.

Les solutions proposées sont diverses :

l'artifice de Engel, très voisin de

la « pantaloons anastomosis » de Steinberg qui confectionne par une vaste bouche entre les deux jambes de l'anse jéjunale une sorte de poche où doivent séjourner les aliments, en même temps qu'un ample et facile passage pour le contenu duodénal.

L. Barraya (de Nice) construit un simili-estomac : sectionnant le jéjunum assez bas, il attire vers l'œsophage le bout distal et anastomose largement sur le flanc gauche de ce dernier le bout proximal en une boucle latéro-latérale allant du diaphragme jusqu'à la hauteur du troisième duodénum.

J. Hunt emploie l'Y de Roux mais le bout distal du jéjunum est replié sur lui-même sur 15 cm et les deux segments ainsi juxtaposés sont anastomosés sur toute leur longueur formant ainsi un large réceptacle sur lequel il implante l'œsophage. Il a même pratiqué (sur le cadavre) l'interposition de cette poche entre œsophage et duodénum.

D. Rodino a décrit une technique très voisine.

Massabonu-Toboda a utilisé dans 30 cas sans un seul décès une technique consistant en une anastomose œsophago-jéjunale sur anse longue; deux rétrécissements par suture, l'un sur l'anse afférente et l'autre sur l'anse efférente; puis une implantation du moignon du premier duodénum dans l'anse efférente entre œsophage et rétrécissement; enfin une jéjuno-jéjunostomie.

Ces différents procédés semblent apporter un supplément de confort digestif appréciable mais ne résolvent qu'une des parties du problème et laissent persister l'exclusion duodénale et la déviation du bol hors de son cours habituel. Plusieurs techniques ont été proposées qui réunissent les avantages et du transit duodénal et de la poche alimentaire.

1° Les plasties coliques. — Soit avec un segment de côlon transverse (antipéristaltique) (d'Errico en Italie, State, Barclay et Kelly aux États-Unis);

soit surtout la plastie du côlon droit employée en Amérique et en Scandinavie par plusieurs auteurs (J. Hunnicut, Marshall Lee, R. Carlson et Y. Edlund).

Elle consiste en une mobilisation du côlon droit par section du grêle à 10 cm de la valvule iléo-cæcale et du côlon à l'angle hépatique. L'iléon est anastomosé à l'œsophage, le bout colique au duodénum. Cette technique aurait de nombreux avantages :

absence de régurgitation œsophagienne grâce à la valvule iléo-cæcale faisant fonction de cardia;

réservoir acceptant un repas moyen;

pas de sensibilité apparente du côlon droit aux aliments ingérés; grâce au mucus du côlon on n'observe pas ou l'on observe moins les effets de masse et d'hypertonie des aliments, source du *dumping syndrom.*

Avec cette technique, J. Hunnicut sur 7 cas a eu 3 morts post-opératoires immédiates. En outre, les observations n'ont pas un recul suffisant; Marshall Lee l'a pratiqué 3 fois avec succès; les malades présentaient d'excellentes fonctions digestives dans les suites opératoires. Carlson et Edlund ont eu

2 morts post-opératoires sur 3 cas. Nous pensons qu'il n'existe pas actuellement un nombre suffisant d'observations avec suites éloignées pour porter un jugement sur la valeur du côlon « réservoir » après gastrectomie totale (fig. I).

2° Les plasties avec le grêle. — Pour recréer une poche gastrique et rétablir le transit normal par le duodénum nous avons pensé qu'il était plus simple d'interposer entre œsophage et duodénum un segment de grêle sectionné aux deux bouts et ne gardant que les connexions vasculo-nerveuses que lui apporte son méso. Ce procédé a été expérimenté sur le cadavre pendant l'été 1951 et a été réalisé sur le vivant pour la première fois le 5 novembre 1951 (A. Mouchet). Les radios de cette première malade faites 3 semaines après l'intervention ont été présentées à l'Académie de Chirurgie de Paris en Décembre 1951.

Technique opératoire. — Après abord abdominal ou thoraco-abdominal, la gastrectomie est pratiquée comme à l'ordinaire en enlevant ou non le mésogastre postérieur avec rate et queue du pancréas.

Toutefois le duodénum est laissé ouvert après section, des fils repères étant placés sur ses bords supérieur et inférieur. L'œsophage est saisi dans le clamp de Resano.

On se porte alors à l'étage sous-mésocolique où l'on va choisir l'anse destinée à fournir le segment intercalaire. Cette anse centrée par une artère intestinale (la 2e en général) doit pouvoir être amenée au contact de l'œsophage sans aucune traction.

Au cas où l'anse choisie ne pourrait être « montée » qu'avec une certaine traction, il deviendrait nécessaire d'avoir recours à certains artifices (d'ailleurs couramment employés dans les œsophago-plasties jéjunales (Judine, Ballivet, Lafargue, Dufour et Cabanie). Le pilier vasculaire nourricier peut être excentré, le segment intestinal d'amont restant vascularisé par l'arcade bordante. Une section du mésentère en dents de scie procure alors l'allongement souhaité. On peut encore isoler une anse munie de deux piliers vasculaires, la section du pilier supérieur (pilier d'amont) permettant un déroulement de l'anse.

On sectionne le jéjunum entre deux clamps placés à environ 25 cm l'un de l'autre et limitant le segment choisi (qui doit avoir entre 15 et 20 cm). Le bout supérieur de ce segment est alors immédiatement fermé (surjet à la Mayo et 2 bourses) tandis que le bout inférieur est laissé ouvert. Au niveau de chaque section le mésentère est fendu jusqu'à la mésentérique supérieure ou du moins le plus près possible de celle-ci. Les ligatures doivent être fines car il faut conserver au segment la meilleure vascularisation possible.

Le segment ainsi isolé et muni seulement de ses connexions vasculo-nerveuses est passé dans l'étage sus-mésocolique à travers une petite brèche pratiquée dans le mésocôlon tout près du bord inférieur du pancréas, c'est-à-dire très postérieure: le mésentère sera ainsi plaqué contre le péritoine pariétal postérieur.

L'extrémité inférieure du segment se présente ainsi devant le duodénum tandis que son bout supérieur fermé monte au contact de l'œsophage.

On pratique alors une implantation termino-latérale de l'œsophage sur le bord convexe du segment près de son bout fermé (laissant un cul-de-sac de 2 cm environ). L'anastomose est faite en deux plans de points séparés

au lin; séro-séreux à points en U accolant musculeuse œsophagienne et séro-musculaire jéjunale; total à points inversants. Les points postérieurs sont en général passés avant d'être noués.

L'anastomose duodénale ne pose guère de problème malgré une résection large (3 cm) du duodénum au delà du pylore. Toutefois si on se trouve obligé de lier l'artère gastro-duodénale du fait de la situation de la tumeur et de son extension aux plans cellulo-ganglionnaires postérieurs, il sera bon de s'assurer de la vascularisation de la tranche duodénale avant de choisir le segment jéjunal.

Il est commode de faire le plan postérieur séro-séreux avec des points en U

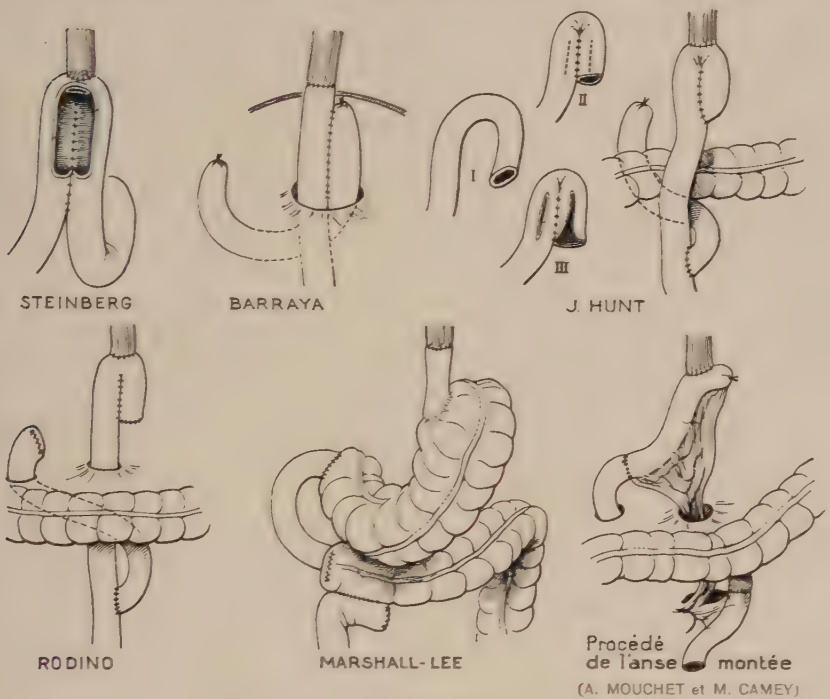


Fig. 1. — Les diverses plasties proposées.

passés avant d'être noués. L'anastomose est également faite en deux plans de points séparés séro-séreux et total inversant.

On se reporte alors à l'étage sous-mésocolique et l'on rétablit la continuité jéjunale par une anastomose termino-terminale habituelle. La brèche mésentérique est soigneusement fermée sur ses deux faces.

La brèche mésocolique est fermée par quelques points autour du pédicule du segment jéjunal en faisant très attention de ne pas blesser les vaisseaux qu'il contient.

En fin d'intervention le montage réalisé est celui représenté par la figure 1.

5 malades ont été opérés dans le service avec cette technique. 2 sont morts dans les suites post-opératoires, les autres survivent avec des résultats fonctionnels remarquables. Un 6e cas a été opéré récemment

(6 Mars 1953) et vient de quitter le service. Un 7e cas a été opéré en Août 1953 (M. Camey) et est sorti guéri.

***

D'autres auteurs ont plus récemment publié des observations de malades opérés avec une technique semblable ou voisine.

Ainsi J. Lortat-Jacob a présenté le 13 Février 1952 à l'Académie de Chirurgie une radiographie post-opératoire analogue à celle que nous avions présentée en Décembre 1951. Cette méthode semble lui avoir donné depuis toute satisfaction. (Il a opéré ainsi 7 malades avec 2 morts post-opératoires dont un lâchage de l'anastomose duodénale : intervention à la Société de Gastro-Entérologie le 9 Février 1953.)

Au cours de nos recherches bibliographiques faites à l'occasion de ce travail, nous avons constaté que l'interposition d'un segment de jéjunum entre l'estomac et le duodénum avait été conseillée par Biebel (Allemagne) en 1947, *mais après gastrectomie segmentaire pour ulcère;* Guleke, Finsterer se sont d'ailleurs élevés contre cette technique de « Billroth I par interposition » dans la chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal.

Henley tout récemment (Septembre 1952) a, lui aussi, décrit une technique d'interposition jéjunale qu'il a utilisée dans 35 cas : mais dans 33 cas il s'est agi de plastie jéjunale *après gastrectomie segmentaire* pour ulcère gastrique. Dans 2 cas l'interposition a été pratiquée après gastrectomie totale mais avec anastomose œsophago-jéjunale termino-terminale. L'un de ces malades a fait un abcès sous-phrénique avec fistulisation de l'anastomose œsophagienne mais a survécu. Les suites éloignées semblent favorables : la reprise de poids et le confort digestif satisfaisants. Les radios post-opératoires reproduites par Henley sont voisines de celles que nous présentons ici.

J. Beal et P. Longmire ont également employé l'interposition du jéjunum (jejunal stomach) après gastrectomie totale mais avec anastomose œsophago-jéjunale termino-terminale. Sept malades ont été ainsi opérés; deux ont fait une fistulisation de l'anastomose œsophagienne avec abcès sous-phrénique dans les suites post-opératoires; ils ont cependant guéri. L'un de ces malades est mort de récidive 4 mois après l'intervention; les autres ont, dans l'ensemble, de bons résultats fonctionnels maintenant ou augmentant leur poids. Cinq autres cas plus récents n'ont pas été analysés. Bien que leur publication soit postérieure à la nôtre (Mai 1952), leur premier malade a été opéré en Avril 1951.

***

Enfin, l'un de nous (R. Soupault) a en 1952 et 1953 réalisé trois opérations conçues dans le même esprit et pour lesquelles il a proposé le nom de *jéjuno-œsophago-duodénoplastie* que nous avons adopté dans cet article.

C'est encore une interposition jéjunale entre œsophage et duodénum. Mais cette anse exclue du circuit jéjunal subit, avant de prendre sa place et d'être raccordée aux deux organes voisins, quelques remaniements plastiques destinés à lui donner plus de capacité et d'éviter plus sûrement, s'il se peut, le *dumping-syndrom* ou le transit accéléré.

Technique. — Elle s'apparente beaucoup à celle que l'un d'entre nous décrit ci-dessus (A. Mouchet). Toutefois l'anse jéjunale d'emprunt doit être longue de 40 cm environ.

Passée avec son fragment de méso nourricier à travers le mésocôlon, on rétablit aussitôt la continuité jéjuno-jéjunale.

Ensuite on fabrique le « néogastre » par jéjunoplastie, tandis que le bout proximal est fermé en cul-de-sac. Ce temps est long, assez sanglant, car on ne peut se permettre de clamper le mésentère par crainte d'une ischémie

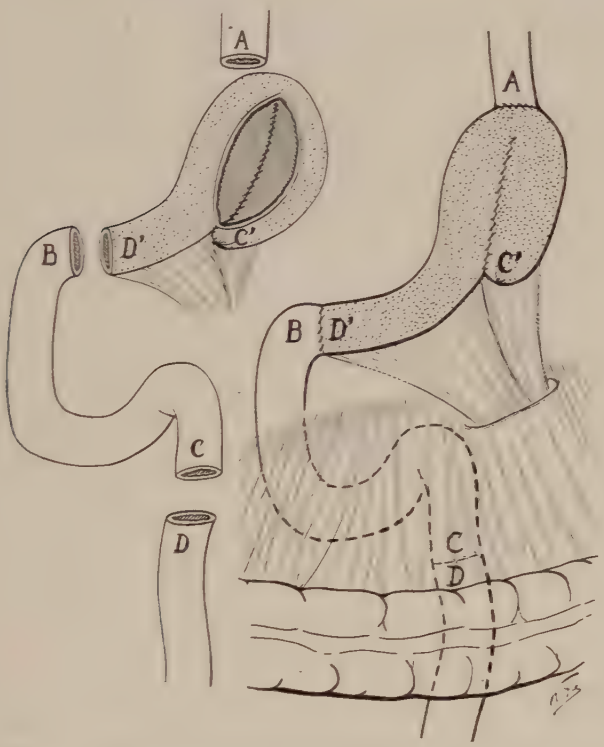


Fig. 2. — Jéjuno-œsophago-duodénoplastie (R. Soupault).

même transitoire sur une anse de laquelle on va exiger la cicatrisation dans des délais corrects de ces sutures plastiques et de deux anastomoses.

On continue par l'implantation de l'œsophage au sommet de la convexité de l'anse incurvée.

On termine par un bout-à-bout entre l'extrémité efférente et le premier duodénum laissé ouvert.

Une sonde transnasale est guidée par les doigts sous le contrôle de la vue et franchit œsophage, néogastre et duodénum. Elle servira au mode exclusif d'alimentation de l'opéré pendant 12 jours (goutte-à-goutte équilibré diététiquement).

La durée moyenne de l'opération est de 4 h.

Six malades ont été opérés par ce procédé, cinq ont guéri. L'un est décédé

de *delirium tremens*. Le délai d'observation est trop court (7 mois, 3 mois) pour juger du résultat fonctionnel et général. Toutefois les premières impressions des sujets après la remise en route d'une alimentation orale indiquent une notable différence d'avec celles qu'on recueille habituellement.

On verra sur les figures comment se présentent les résultats radiologiques.

***

Il ne s'agit pas ici de soulever une question bien vaine de priorité. Les idées sont dans l'air; il est naturel qu'en plusieurs centres du globe, des conceptions semblables soient réalisées dans une même période à l'insu les unes des autres.

Nous pensons jusqu'à plus ample informé que la complication technique indiscutable se justifiera par les résultats qu'elle procurera. Si telle est la sanction du temps, un grand progrès sera acquis dans le domaine des gastrectomies dont chacun sait combien aujourd'hui les inconvénients graves se révèlent jusqu'à faire renoncer, dans une certaine mesure et dans les affections bénignes au moins, à la solution thérapeutique qu'elles représentent.

La jéjuno-œsophago-duodénoplastie est une opération longue et délicate. Il ne faut l'entreprendre que sous certaines réserves :

Conditions générales acceptables (état et préparation du sujet avant tout);

Conditions locales.

La longueur nécessaire de la résection duodénale vers la droite dans le cas de cancer pylorique ne constitue pas en soi une contre-indication, mais la mauvaise vascularisation de la tranche duodénale due à la ligature éventuelle de l'artère gastro-duodénale doit faire renoncer à ce mode d'anastomose.

La disposition anatomique du mésentère (court) conjuguée avec la résection haute (sus-diaphragmatique) de l'œsophage, crée un risque de traction et sur les sutures et sur l'axe vasculaire duquel dépend la vitalité de l'anse. Si les artifices décrits (section en dents de scie du méso, segment centré sur deux piliers vasculaires dont on sectionne le supérieur) ne permettent pas un allongement suffisant, il faudra revenir au mode banal d'anastomose où l'anse est plus richement irriguée.

Conclusion. — Bien que nous manquions encore de recul et d'un nombre suffisant d'observations, il semble d'après ces premiers résultats qu'il y ait quelque chance d'améliorer les suites fonctionnelles des gastrectomies totales.

Le montage opératoire par interposition d'un segment de jéjunum (avec ou sans plastie de celui-ci) entre œsophage et duodénum, *jéjuno-œsophago-duodénoplastie*, répond (au moins théoriquement) sinon à toutes les carences sécrétoires, du moins en grande partie aux impératifs mécaniques des premiers stades de la digestion.

Nos malades n'ont pour le moment ni dumping-syndrom, ni reflux œsophagien, ni amaigrissement, ni asthénie.

Si la mortalité opératoire est encore lourde (25 p. 100), elle n'est imputable (d'après nos vérifications nécropsiques) à rien qui soit spécial à cette innovation technique.

Voici nos observations :

Observation 1 (A. Mouchet). — Mme L..., 72 ans est admise pour un néoplasme de l'antre pylorique avec une anémie hypochrome (hémoglobine à 44 p. 100).

Intervention le 5 Novembre 1951. — Voie médiane sus ombilicale, gastrectomie totale avec cholécystectomie (pour cholécystite calculeuse) ; anastomose par interposition jéjunale.

Les suites opératoires sont simples la malade boit au 3e jour, alimentation liquide au 8e jour seulement.

Les radios post-opératoires faites au bout d'un mois montrent que le segment de grêle s'est dilaté et constitue une sorte de petit estomac avec une petite poche à air

Fig. 3. — Résultat radiologique post-opératoire (obs. 1).

à la partie supérieure ; il se contracte bien et s'évacue par passages rythmiques dans le duodénum.

Il semble exister au niveau de l'anastomose du segment jéjunal et du duodénum une sorte de sphinctérisation secondaire. En outre il n'existe pas de reflux œsophagien en Trendelenburg (fig. 6).

Cette malade est suivie régulièrement, son état général et ses fonctions digestives sont remarquablement satisfaisantes. La diarrhée initiale qui avait été observée dans les suites immédiates a complètement régressé et actuellement la malade n'a que deux selles par jour.

Elle est actuellement aux 4 repas normaux de l'adulte sans régime spécial, elle digère pratiquement tout sans pesanteur, sans troubles après les repas ; son appétit est normal. Son poids qui était tombé de 60 kg à 55 kg dans les suites opératoires immédiates est remonté à 58 kg.

Elle a repris son activité antérieure et nous l'avons réopérée au mois d'Octobre 1952 pour une petite hernie crurale qui la gênait à la marche et « pour faire son ménage ». Dans l'ensemble donc excellente récupération qui se maintient en Septembre 1953.

1 an après l'intervention nous avons pratiqué un bilan biologique complet :

Sa formule sanguine est normale, son anémie a disparu. Un examen de selles après repas d'épreuve a montré que cette malade utilisait 70 p. 100 des graisses ingérées.

Obs. 2 (M. Camey). — M. B..., 67 ans est admis dans le service pour ulcus calleux de la petite courbure.

Intervention le 20 *Décembre* 1951. — Voie médiane : il s'agit en fait d'un néo du corps de l'estomac gastrectomie totale et splénectomie, anastomose avec interposition jéjunale.

On réintervient le 6e jour pour un abcès sous phrénique gauche rompu dans le péritoine; malgré le drainage le malade meurt 2 jours plus tard.

A l'autopsie on n'observe ni nécrose du segment jéjunal ni fistule au niveau de l'anastomose duodénale qui est parfaitement étanche il existe seulement une petite déhiscence postérieure de l'anastomose œso-jéjunale avec péritonite généralisée.

Fig. 4. — Résultat radiologique post-opératoire (obs. 3).

Obs. 3 (A. Mouchet). — M. G..., 67 ans est admis dans le service pour cancer de la grosse tubérosité de l'estomac.

Intervention le 1er *Juillet* 1952. — Abord abdomino-thoracique, gastrectomie totale avec splénectomie, hémipancréatectomie. Anastomose avec interposition.

Les suites opératoires sont simples sauf une petite hyperglycémie à 2 g traitée par 5 unités d'insuline pendant 10 jours. La radio post-opératoire 3 semaines après l'intervention montre que le segment de grêle a reconstitué un petit estomac se contractant et s'évacuant dans le duodénum. Pas de reflux œsophagien en Trendelenburg.

Le malade est revu 3 mois après son intervention. Son appétit est satisfaisant, il prend 4 repas normaux sans régime spécial, il digère parfaitement sans trouble post-prandial; il a une selle par jour; son poids a augmenté de 1 kg depuis sa sortie de l'hôpital. Il est encore un peu fatigué mais reprend progressivement son activité.

Obs. 4 (A. Mouchet). — M. G..., 75 ans est admis dans le service pour cancer cardio-tubérositaire de l'estomac.

Il est très amaigri, déshydraté, présente un myœdème important et un syndrome asphyxique des extrémités.

Malgré une préparation de 15 jours son état général reste mauvais, son urée reste

Fig. 5. — Résultat radiologique post-opératoire (obs. 5).

à 0,65. Cependant, l'intervention demandée par le malade lui-même en raison des troubles fonctionnels importants (dysphagie, douleurs) est décidée.

Intervention le 15 *Juillet* 1952. — Voie thoraco-abdominale, gastrectomie totale avec décollement du méso-gastre postérieur, splénectomie, pancréatectomie gauche. Anastomose avec interposition du jéjunum.

Dès son réveil, le malade cyanosé, respirant difficilement (il n'existe pas de pneumothorax important) présente des oscillations tensionnelles importantes avec collapsus répétés régressant d'abord sous l'influence des toniques cardio-vasculaires, puis incoercibles.

Le malade meurt le matin du 2e jour dans un tableau d'insuffisance circulatoire aiguë sans signes électro-cardiographiques d'infarctus.

Obs. 5 (A. Mouchet). — Mme M..., 49 ans, est admise dans le service pour un néoplasme du pylore.

Intervention le 24 Juillet 1952. — Voie médiane sus-ombilicale, gastrectomie totale, anastomose avec interposition.

Le 2e jour après l'intervention, la malade est prise de douleurs abdominales en

Fig. 6. — Résultat radiologique post-opératoire (obs. 6).

même temps que l'on aperçoit à jour frisant des ondulations péristaltiques dans le flanc gauche.

Réintervention immédiate. Il existe une invagination du grêle au niveau de la suture jéjuno-jéjunale qui semble légèrement sténosante (elle avait été faite au surjet contrairement à l'habitude du service). Résection et nouvelle suture, cette fois à points séparés.

Les suites opératoires sont simples.

Les radios post-opératoires faites 3 semaines après l'intervention montrent que le segment de grêle reconstitue un petit estomac particulièrement bien dessiné avec une poche à air considérable; il s'évacue rythmiquement dans le duodénum. Pas de reflux net en Trendelenburg.

La malade est revue 3 mois après l'intervention; son état général et digestif sont

Fig. 7. — Résultat radiologique post-opératoire (obs. 7).

excellents. Elle est à 4 repas sans régime spécial. Son appétit est bon, ses digestions faciles. Elle a une selle par jour. Elle a repris 1 kg depuis sa sortie de l'hôpital. Sa formule sanguine est normale, un examen de selle après repas d'épreuve montre que 82 p. 100 des graisses ingérées sont utilisées. Cette opérée a été revue en Septembre 1953, et se porte parfaitement bien.

Obs. 6 (A. Mouchet). — M. M..., 55 ans, est hospitalisé dans le service pour néoplasme prépylorique avec sténose; il est en bon état général bien qu'amaigri. G. R. : 4 690 000; G. B. : 7 840; Hémoglobine : 85 p. 100; Protides : 80.

Intervention le 6 Mars 1953. — Voie thoraco-abdominale, gastrectomie totale et rétablissement de la continuité par anse montée.

Les suites opératoires sont normales. Le malade sort au 15e jour.

Une radio est pratiquée à ce moment qui nous montre que l'anse interposée a reconstitué, comme pour les malades précédents, une sorte de petit estomac.

Revu en Septembre 1953, cet opéré a repris 4 kg en 5 mois.

Fig. 8. — Résultat radiologique post-opératoire (obs. 8).

Obs. 7 (R. Soupault). — Mme Col..., Annette, 63 ans. Entre le 14 Janvier 1953.

Histoire clinique ancienne faite de douleurs épigastriques post-prandiales capricieuses, sans rythme net.

Depuis 2 ans les douleurs s'exagèrent, deviennent continues, l'anorexie progresse, avec asthénie et amaigrissement de 5 kg en 2 ans, amenant la malade en état général très médiocre au moment de l'intervention.

A la radio, on trouve une image suspecte de la partie angulaire de la petite courbure.

Intervention le 24 Janvier 1953 (Dr. Soupault). Gastrectomie totale avec œsophago-jéjuno-plastie.

Une sonde jéjunale traverse la série d'anastomoses.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires. — Les premiers jours, aspiration par la sonde; le transit se rétablit en 48 h. On commence l'alimentation par la sonde le 6e jour; aucun incident

local ne marque les suites opératoires. Cependant, cette malade déjà fatiguée avant l'intervention restera longtemps asthénique, amaigrie, exigeant une ranimation très active pendant 1 mois. Fin Avril, très bonnes nouvelles.

Obs. 8 (R. Soupault). — M. Bar..., Guido, 53 ans. Entre dans le service le 5 Février 1953.

Histoire clinique. — En 1948 se constitue un syndrome ulcéreux : brûlures épigastriques rythmées par les repas, évoluant par poussées de 2 à 3 mois, avec disparition complète des douleurs entre les poussées consécutives. Essai de traitement médical mais les douleurs persistent, devenant alors continues, plus intenses; anorexie et amaigrissement de 12 kg en 3 ans. Les radios ne permettent pas de conclure entre ulcère ou cancer de la petite courbure. Une gastroscopie en Décembre 1952 montre une vaste ulcération irrégulière siégeant au quart supérieur de la petite courbure fundique, vraisemblablement néoplasique. L'état général est à l'époque tellement médiocre qu'on s'accorde un délai de 2 mois avant l'intervention.

Intervention le 3 Mars 1953. — Gastrectomie totale avec œsophago-jéjuno-duodénoplastie.

Drainage par une lame de caoutchouc. Une sonde traverse la série d'anastomoses et permet l'aspiration duodénale dans les suites immédiates.

Suites. — Le transit se rétablit en 48 h et au 5e jour on se sert de la sonde pour alimenter le malade.

Au 8e jour, un écoulement puriforme par l'orifice de drainage fait craindre une fistule duodénale mais tout rentre spontanément dans l'ordre en quelques jours. L'état général s'améliore, l'appétit revient rapidement sans aucun trouble digestif. Fin Avril, état très satisfaisant.

Obs. 9 (R. Soupault). — M. Fer..., Louis, 49 ans, entre dans le service le 26 Mars 1953.

Histoire clinique. —Depuis 4 ans ont apparu sans aucune douleur des éructations survenant par périodes 5 h après les repas, parfois accompagnées de vomissements non alimentaires ni acides. Plus récemment apparaissent une asthénie, un amaigrissement sensible.

Examen de l'abdomen. — Tumeur épigastrique indolore; les radios montrent une grosse lacune antrale.

Intervention le 1er Avril 1953. — Gastrectomie totale avec œsophago-duodéno-jéjunoplastie.

Fermeture sans drainage.

Suites. — Le transit se rétablit au 2e jour; on cesse alors d'aspirer par la sonde jéjunale pour commencer au 5e jour l'alimentation par cette même sonde, que le malade gardera 12 jours.

Cependant, le malade reste fébrile, la leucocytose importante. Ponction puis incision le 16e jour d'une collection sous-diaphragmatique douloureuse qui se draine bien. La fièvre tombe, l'état général s'améliore tandis que l'appétit reparaît et qu'au 30e jour la reprise de poids est déjà sensible.

Obs. 10. — M. Lat..., Raymond, 56 ans, entre dans le service le 25 Avril 1953.

Histoire clinique. — Début brutal le 15 Mars 1953 par un mélæna abondant sans hématémèse. Présente un bon état général. Amaigrissement de 2 kg.

A l'examen radiologique, on trouve un néoplasme de la portion horizontale de la petite courbure.

Intervention le 7 Mai 1953 (R. Soupault). — Gastrectomie totale avec œsophago-jéjuno-duodénoplastie. Une sonde traverse la série d'anastomoses. Drainage par un tube de penrose et fermeture en un seul plan.

Suites. — Le transit se rétablit en 48 h. Le 5e jour, on commence l'alimentation par la sonde, qui est retirée le 9e jour. On reprend alors l'alimentation par les voies naturelles.

Sort le 28e jour en bon état général.

Obs. 11. — M. Pru..., Henri, 68 ans, entre dans le service le 16 Mai 1953.

Histoire clinique. — Présente depuis 6 mois des douleurs épigastriques post-prandiales résistant à l'épreuve du traitement antiulcéreux.

A la radio : néoplasme de l'antre pylorique.

Intervention le 29 Mai 1953 (R. Soupault). — Gastrectomie totale avec œso-

phago-jéjuno-duodénoplastie. Sonde traversant les anastomoses successives. Drainage de la région sous-hépatique et de l'hypochondre gauche.

Suites opératoires. — Atélectasie pulmonaire droite, subictère dans les suites immédiates. Phlébite gauche traitée par infiltrations lombaires, puis phlébite droite. Institution d'un traitement anticoagulant (héparine-tromexane). Le 18e jour, apparition de liquide bilieux dans le pansement. On pratique une jéjunostomie immédiate d'alimentation. Les suites sont encore troublées par une parotidite droite.

Le 5 Juillet 1953, ablation de la sonde de jéjunostomie, dont l'orifice ne se fermera que 1 mois plus tard.

Finalement, le malade quitte le service, en bon état général, le 10 Août 1953.

Obs. 12. — M. Por..., Édouard, 65 ans, entre dans le service le 13 Juin 1953.

Histoire clinique. — Début de l'affection, il y a 3 mois, par des douleurs épigastriques accompagnées d'un amaigrissement très important. Éthylisme chronique.

A la radio, niche de la petite courbure, portion verticale, dont la malignité ne peut être affirmée.

Intervention le 24 Juin 1953 (R. Soupault). — Gastrectomie totale avec œsophago-jéjuno-duodénoplastie.

A l'ouverture de la pièce, tumeur du 1/3 supérieur de la petite courbure avec adénopathies satellites. Il est impossible de dire s'il s'agit d'un néoplasme ou d'un ulcère calleux.

Suites opératoires. — Hyperthermie au bout de 48 h avec sueurs profuses, dyspnée, agitation traduisant un delirium tremens; malgré le traitement (strychnine, alcool I.-V., extrait hépatique, vit. B_1) et une réhydratation importante, le malade décède dans l'hyperthermie le 7e jour.

Bibliographie.

Barraya, L. et Miniconi, D. — Documents cliniques et radiologiques à propos d'œsophago-gastrectomies. *Académie de Chirurgie*, t. **78**, nos 16 et 17, 14 Mai 1952.

Barraya, Miniconi et Rardy. — Physiologie et confort des anastomoses après gastrectomie totale. *Arch. Mal. App. Dig.*, t. **40**, no 6, Juin 1951, p. 760-766.

Béal, J. M. et Longmire, W. P. — Incision thoraco-abdominale pour néoplasmes de l'étage supérieur de l'abdomen. *Arch. of Surgery*, Mai 1952.

Béal, J. M. et Longmire. — Utilisation d'un réservoir gastrique de remplacement après G. T. *Ann. of Surgery*, t. **135**, no 5, Mai 1952, p. 637-645.

Biebel. — *Zent. Blatt chir.*, 1947, p. 1868.

Bohmanson. — Troubles digestifs après gastrectomie. *Acta Medica Scandinavica*, Suppl. 246, 1950.

Camey, M. — L'interposition de grêle inter-œsophago-duodénale après gastrectomie totale. *Thèse Paris*, 9 Juillet 1952.

Carleson, R. et Edlund, Y. — Transposition de côlon droit pour rétablir la continuité après gastrectomie totale. *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **103**, fasc. 4, 1952.

D'Errico, G. — Rétablissement de la continuité du tube digestif après gastrectomie totale au moyen d'un segment de côlon transverse. *Giornale Italio di Chirurgia*, Avril 1950.

Finsterer. — L'anastomose gastro-duodénale termino-terminale ou termino-latérale après gastrectomie pour ulcère. *La Semaine Hôp. Paris*, no 69, Sept. 1952.

Henley. — Gastrectomie avec remplacement. *British J. of Surgery*, vol. **40**, no 160, Sept. 1952, p. 118-128.

Hunnicut, A. J. — Remplacement de l'estomac après gastrectomie totale au moyen de l'iléo-côlon droit. *Arch. of Surgery*, vol. **65**, Juillet 1952.

Hunt, J. — Construction d'une poche d'aliments avec un segment de jéjunum en remplacement de l'estomac après gastrectomie totale. *Arch. of Surgery*, vol. **65**, Mai 1952, p. 601.

Judd, Ed. et Hoon, J. R. — Gastrectomie totale. Recherche sur les mérites de l'œsophago-duodénostomie termino-terminale. *Arch. of Surgery*, vol. **61**.

Lortat-Jacob, J. — Présentation de radios. *Académie de Chirurgie*, 13 Février 1952.

Lortat Jacob J. — Les récidives locales du cancer de l'estomac. *La Semaine Hôp. Paris*, no 53 et 54, Juillet 1952.

Massabonu-Toboda. — Une technique de substitution de l'estomac après gastrectomie totale. *Kyushu memories of medical Sciences*, vol. **2**, nº 3, Déc. 1951, p. 159-166.

Moroney, J. — Remplacement de l'estomac par un segment de côlon. *The Lancet*, nº 1993, Janvier 1951.

Mouchet, A. et Camey, M. — Présentation de radios. *Académie de Chirurgie*, 11 Décembre 1951.

Mouchet, A. et Camey, M. — Le rétablissement de la continuité après gastrectomie totale par l'interposition d'un segment de grêle isolé inter-œsophago-duodénal. *Soc. Fr. Gast. Ent.*, séance 9 Février 1953 in *Arch. Mal. Ap. Dig.*, Mars 1953.

Mouchet, A. et Marquand, J. — Rétablissement de la continuité après gastrectomie totale. *La Semaine Hôp. Paris*, 1951.

Marshall, Lee. — Transposition d'un segment colique comme réservoir gastrique après gastrectomie totale. *Surg. Gyn. Obst.*, vol. **92**, Avril 1952, p. 456-465.

Palumbo, J. — Anastomose duodéno-œsophagienne après gastrectomie totale. *Journal of Int. Coll. of Surgeons*, Septembre 1950.

Priestley et Kumpuris. — Gastrectomie totale avec anastomose œsophago-duodénale. *Arch. of Surgery*, vol. **56**, nº 2, Février 1948, p. 145.

Rodino, D. — Contribution à la technique de l'anastomose œsophago-jéjunale après gastrectomie totale. *J. de Chir.*, t. **68**, nº 11, Novembre 1952, p. 716-729.

Santy, Bérard, Latarjet et Chattot. — Gastrectomie totale. *Lyon Chirurgical*, t. **39**, 1944.

Soupault, R. — La jéjuno-œsophage-duodénoplastie (6 cas). *Bull. et Mém. Acad. Chir.*, t. **79**, nº 24, 8 Juillet 1953, p. 601-605.

State, Barclay et Kelly. — Gastrectomie totale et utilisation d'un segment de côlon transverse pour remplacer l'estomac réséqué. *Annals of Surgery*, t. **134**, nº 6, Décembre 1951, p. 1035-1041.

Steinberg, M. E. — Une anastomose gastro-jéjunale à double lumière « anastomose en pantalons ». *Surg. Gyn. Obst.*, vol. **88**, nº 4, Avril 1949, p. 453-464.

Travail du Service de MM. les professeurs Cadenat et Funck-Brentano, et de M. le docteur Hepp.

Les ulcérations intestinales post-opératoires.

Par M.

Cl. COUINAUD

(Paris.)

Les réactions du tube intestinal sont relativement fréquentes au décours des interventions chirurgicales, même si ces interventions n'ont pas intéressé le tube digestif. Il en est une variété, heureusement fort rare, car de pronostic très grave, qui est caractérisée par l'apparition d'ulcérations de la muqueuse digestive, le plus souvent au niveau du côlon. Les 4 observations suivantes illustrent assez bien cette affection curieuse. 3 sont probantes, car les ulcérations furent constatées de visu, une fois lors de l'autopsie, 2 fois par la rectoscopie. La 4e semble devoir être rattachée à ce syndrome.

Observation I (recueillie dans le service de M. le professeur Cadenat). — L..., François, 40 ans, souffre depuis 2 ans d'un ulcère duodénal banal quant à son évolution; les images radiologiques sont un peu spéciales et les gastro-entérologues ont cru y reconnaître une invagination de la muqueuse pylorique dans le duodénum. L'échec du traitement médical a fait envisager la nécessité d'une intervention. Il s'agit d'un homme en bon état général, sans antécédents particuliers, si ce n'est un séjour en 1926 en Indochine lors de son service militaire; il y aurait présenté un épisode dysentérique durant 15 jours. Depuis une dizaine d'années, il présente des rectorragies de sang rouge intermittentes en relation avec des hémorroïdes constatées à la rectoscopie.

L'intervention pratiquée le 15 Janvier 1948 révèle un ulcère de la face antérieure du duodénum. On pratique une gastrectomie type Finsterer à queue courte. La paroi est refermée en trois plans. La pièce comporte 21 cm de grande courbure et 16 cm de petite courbure et est le siège d'un ulcère duodénal évident. Le malade a parfaitement supporté l'intervention.

Le lendemain, température 38°, tension artérielle 13-8, diurèse excellente. Mais le malade est un peu asthénique et se plaint de légères douleurs lombaires. Émission de gaz le 2e jour et d'une selle diarrhéique. Au 7e jour sans cause apparente éviscération, le lendemain de l'ablation des agrafes; on suture la paroi au bronze. Le lendemain température 38°2, pouls 110, diurèse 500 cm³, toux importante. La diarrhée jusque-là discrète s'accentue : 7 à 8 selles liquides par jour, jaune orange, fétides, persistant malgré l'administration d'acide chlorhydrique et d'extraits hépatiques. Le 30 Janvier 1948, 15 jours après l'intervention initiale, l'état général est grave, le malade abattu, insomnique, anorexique, se plaignant de légères douleurs abdominales. On prescrit de l'émétine 4 cg par jour, ce qui reste sans effet. Le 4 Février 1948, au 20e jour, l'état s'aggrave subitement : vomissements alimentaires, arrêt de la diarrhée, langue fuligineuse avec muguet. L'abdomen est ballonné sans contracture; foyers pulmonaires bilatéraux, prédominant à la base gauche. Mort dans la soirée. Quelques jours auparavant le malade se serait plaint subitement d'une douleur abdominale très vive.

A l'autopsie, abondante péritonite purulente fétide. Le moignon duodénal est parfaitement étanche, la bouche de gastro-entérostomie normale. Il existe une légère hypertrophie hépatique, la coupe macroscopique de la glande ne montre rien d'anormal. Mais on trouve une perforation du sigmoïde de la largeur d'une pièce de 2 Fr à bords souples. A l'ouverture du côlon, on constate avec stupéfaction la présence d'une multitude d'ulcérations muqueuses, serpigineuses, plus ou moins recouvertes de débris sanieux, limitées par d'étroites bandes presque linéaires de muqueuse macroscopiquement intacte; certaines ont considérablement aminci la paroi, et l'on voit le jour au travers. Elles sont uniformément réparties sur toute la longueur du côlon, le reste du tractus digestif est intact. Les reins sont macroscopiquement normaux, la surrénale gauche est très grosse. Splénisation de la base pulmonaire gauche, cerveau normal.

Obs. II (service de M. le docteur Hepp) *due à l'amabilité du docteur Mercadier.* — A..., Giovanni, 49 ans, menuisier, subit le 31 Août 1949 une gastrectomie pour cancer gastrique. L'évolution clinique remonte à 1 an, depuis 2 mois sont apparues des douleurs épigastriques assez vives augmentées par le décubitus dorsal. On sent une tumeur gastrique mobile. Le malade bien qu'amaigri est en bon état général, non déshydraté. Quelques examens humoraux pré-opératoires ont été faits; numération (G. R., 3 240 000; G. B., 6 000 dont P. N. 75 p. 100, Hb 79 p. 100), urée 0,55, protides totaux 84,4, chlore (globulaire 1,98, plasmatique 3,70, rapport = 0,52). A l'intervention on trouve une tumeur de la partie droite de la grande courbure adhérant au pancréas et très légèrement au mésocôlon et à la partie droite du côlon transverse. Exérèse en totalité de l'estomac, libération du pancréas, qui provoque un suintement sanguin assez important. La continuité est rétablie par une œsophago-jéjunostomie termino-terminale avec jéjuno-jéjunostomie. Drain, fermeture en trois plans. L'exérèse n'est cependant pas satisfaisante, car la lésion était trop avancée. L'intervention a duré 4 h, en fin d'intervention T. A. 12-8.

Les suites opératoires sont tout d'abord satisfaisantes; mais au 5e jour apparaît une diarrhée incoercible survenant quelques instants après toute ingestion alimentaire. Elle est traitée par ingestion d'H. C. L. et extraits de muqueuse gastrique, elle s'améliore progressivement, et au 25e jour, le malade ne présente plus que trois selles liquides par jour. Depuis le 10e jour existe un petit trajet purulent qui dans la profondeur semble conduire au pancréas, la paroi n'est nullement digérée. Le 27e jour, instruits par l'observation relevée 2 ans auparavant, et frappés par l'extrême amaigrissement du malade, nous pratiquons une rectoscopie qui révèle l'existence de très nombreuses ulcérations rectales superficielles; entre ces lésions, la muqueuse granitée est très turgescente. L'endoscope ne peut remonter au delà de 20 cm. Le malade commence à souffrir de l'épigastre (évolution néoplasique ?) et sa famille l'emmène au début d'Octobre, la diarrhée ayant presque disparu. Il meurt cachectique quelque temps après.

Obs. III (service de M. le professeur Funck-Brentano). — M. P..., Joseph 59 ans, est un obèse artério-scléreux, essoufflé, à paroi abdominale déficiente, porteur de volumineuses hernies inguinales, présentant sur leur saillie la cicatrice cutanée d'une tentative chirurgicale infructueuse datant d'il y a 16 ans; la récidive s'est faite 2 années plus tard. Urée 0,5; T. A., 15,5-8,5, ni sucre, ni albumine dans les urines. Devant l'importance de la gêne fonctionnelle, on se décide à l'opérer, et le 17 Mai 1950 on pratique une hernioplastie avec plaque de nylon des deux côtés, sans ouvrir le péritoine. L'intervention est parfaitement supportée, il n'y aura aucune réaction pariétale ultérieure. Cependant dès le soir la température monte à 38, le lendemain elle atteint 39, et elle mettra 15 jours pour revenir à la normale, décrivant un long lysis. Dès la 48e h, apparition de diarrhée, et très rapidement distension abdominale progressive qui atteindra un degré considérable malgré l'émission plusieurs fois par jour d'un liquide mucoïde très clair et grumeleux, ressemblant à du tapioca, sans aucune trace de matières fécales. Le météorisme est maximum au 7e jour; c'est alors qu'apparaissent des selles liquides, noirâtres, épouvantablement fétides, survenant au moins 4 fois par jour. L'amaigrissement est très net, l'état général altéré, mais sans gravité spéciale. Au bout de 2 jours d'administration de ganidan (5 g/jour) apparaît une éruption par plaques, d'aspect serpigineux et prurigineuse. On suspend aussitôt le traitement. Puis spontanément

la diarrhée disparaît peu à peu et le malade sort guéri mais amaigri et asthénique le 18 Juin 1950.

Plusieurs examens ont été pratiqués dans l'ignorance du diagnostic. 3 examens de selles : absence de B. K., de bacilles typhiques, paratyphiques et dysentériques. 2 rectoscopies ont été faites en pleine évolution de la maladie; le 25 Mai 1950 : évacuation abondante d'un liquide clair lors de la mise en place du tube; la muqueuse est rouge, très œdématiée, mais sans ulcération. Le 5 Juin 1950, l'état est semblable, mais l'œdème est encore plus marqué. Juste après la guérison du malade la formule sanguine montre : G. R. 3 540 000; Hb. 70 p. 100; G. B., 8 400, dont P. N. 80 p. 100; P. E., 2 p. 100; P. B., 1 p. 100; lympho., 13 p. 100; mono., 4 p. 100; une recherche de sang dans les selles a été deux fois positive; un tubage gastrique, après histamine a donné les résultats suivants :

	ACIDITÉ LIBRE P. 1 000	ACIDITÉ TOTALE P. 1 000
Avant histamine	0	0,70
Histamine 1/2 h	0	0,70
1 h	1,00	1,30
1 h 1/2	1,70	2,00

L'urée n'a pas dépassé 0,4.

Un lavement baryté le 18 Juin 1950 montre un côlon très spasmodique; le contour du sigmoïde est très finement dentelé, atone. Un même aspect se retrouve au niveau du transverse.

Obs. IV (service de M. le professeur Funck-Brentano). — Mme P..., 81 ans, entre à Lariboisière le 16 Août 1950 pour contusions multiples et plaie de l'arcade sourcilière gauche. Absence de toute lésion osseuse ou viscérale, pas de choc. Elle est cependant hospitalisée pendant un certain temps, car sa température oscille entre 37°,2 et 38°. Le 10 Septembre 1950 apparaît une diarrhée séreuse non sanglante, avec épreintes douloureuses (12 à 14 selles par jour). Bientôt la diarrhée devient sanglante. Il n'existe aucun épisode colique similaire chez les malades de la salle (salle commune, aucune précaution particulière d'isolement, comme d'ailleurs dans l'observation précédente). Le syndrome persistant, on pratique une rectoscopie qui montre au niveau de la muqueuse rectale, et sur toute l'étendue explorée (14 cm) de nombreuses fausses membranes adhérant à la muqueuse qui, autour d'elles, est très rouge. Là où l'on réussit à enlever les fausses membranes, on aperçoit de multiples ulcérations plates. L'interrogatoire, difficile du fait de la sénilité de la patiente, ne révèle aucun antécédent similaire. La recherche de bacilles dysentériques, typhiques, de B. K. est demeurée sans résultat. Formule sanguine : G. R. 3 270 000, G. B. 12 000 dont P. N. 79, lympho. 17, mono. 4. L'état général se maintient d'ailleurs, malgré un amaigrissement mis sur le compte de la déshydratation. On institue un traitement à base de ganidan : 5 g/jour, bismuth 5 g/jour, atropine 1/4 de mg intra-veineux matin et soir, vitamine C 0,50 g, vitamine B1 10 mg, vitamine PP 30 cg, extraits hépatiques 2 cm^3, sérum glucosé 500 cm^3.

L'état général s'améliore peu à peu, la température se maintient pendant 10 jours aux environs de 38, la diarrhée disparaît. La malade est dirigée sur un hospice, sans que l'on ait pratiqué de nouvelle rectoscopie.

Ces curieuses complications intestinales des interventions chirurgicales sont dans l'ensemble rares et n'ont pas fait l'objet de nombreux travaux. L'observation initiale appartient sans doute à Finney (1893) : mort après gastro-entérostomie, ulcérations iléales et colo-rectales. En 1899, Terrier et Hartmann, parmi les causes de mort après interventions sur l'estomac signalent la diarrhée avec collapsus quelques jours plus tard, mais leur livre ne porte aucune mention de l'état de la muqueuse intestinale; Hartmann revenant sur la question en 1926 les explique par le siège bas situé sur le grêle de la bouche de gastro-entérostomie. Riedel, en 1902, rapporte 5 observations de lésion diphtéroïde de l'intestin après intervention,

lésions semblables, dit-il, à celles produites par le plomb. En 20 ans, on voit paraître successivement quelques groupes d'observations : Anschuetz, 1905 (4 obs.), Wertheim, 1911 (3 observations dans son livre sur les hystérectomies élargies), de Rouville et Roger, 1913 (1 obs.), Bierende, 1920 (7 obs.). Le premier travail important est fourni par Goldschmidt et Muelleder (1920) qui observent une trentaine de ces lésions sur 500 interventions gastriques. Deux travaux importants ont été publiés depuis, celui de Penner et Bernheim en 1939 groupant 40 observations prises dans les fichiers de la Mayo Clinic, faisant d'ailleurs suite à un travail sur les ulcérations œsophagiennes et gastro-duodénales post-opératoires; et celui de Dixon et Weismann (1948) portant sur 23 observations et publiant les premiers essais thérapeutiques vraiment efficaces. Cependant à parcourir attentivement la littérature, en lisant plus spécialement des statistiques importantes de gastrectomies, on trouve de temps à autre parmi les causes de mortalité la mention entérite ou entérocolite post-opératoire; ainsi dans la statistique récente de Finsterer, dans celle rapportée par Hueber de Vienne à l'Académie de chirurgie (6 morts dues à cette complication), dans la revue générale de Pack et Mac Neer sur la gastrectomie totale (2 morts). Dans l'étude de Lefèvre et Lortat-Jacob, au LIII[e] Congrès de chirurgie, nous trouvons la mention de 1 mort par colite aiguë sur 4 morts post-opératoires observées par H. Taylor, et dans la statistique de Lefèvre 1 mort par *diarrhée hyperthermique* sur 12 décès post-opératoires. Toutes ces observations ne sont cependant pas certaines, car leurs auteurs n'ont pas pratiqué l'autopsie systématique du tube digestif. Il est probable qu'un contrôle nécropsique plus complet ou la pratique plus répandue de la rectoscopie dans les suites post-opératoires permettrait de collationner un nombre non négligeable de ces lésions.

Circonstances étiologiques. — Nous avons relevé 114 observations dans la littérature depuis 1893, ce qui ne veut rien dire quant à la fréquence réelle de l'affection : un certain nombre d'observations nous a sans doute échappé, mais surtout la lésion est le plus souvent méconnue, car pour la constater il faut se donner la peine à l'autopsie d'ouvrir de bout en bout le tube digestif, ce qui est assez exceptionnellement fait; d'autre part, il est probable qu'il existe des formes légères, et l'utilisation systématique de la rectoscopie dans les diarrhées post-opératoires permettrait de diagnostiquer au moins les formes étendues jusqu'au rectum. Or nous n'avons nulle part trouvé mention de cette exploration qui nous a permis trois fois de faire le diagnostic sans contrôle nécropsique.

Sur une trentaine d'observations suffisamment explicites, nous trouvons 15 hommes, 11 femmes, 2 enfants. La répartition selon l'âge est la suivante :

0-9	2	50-59	14
10-19	0	60-69	6
20-29	2	70-79	0
30-39	1	80-89	1
40-49	7		

donc une très nette prédominance entre 40 et 60 ans, âge des actes chirurgicaux majeurs dirigés contre des affections débilitantes, tels les cancers digestifs.

L'intervention causale est éminemment variable. Nous relevons :

Gastrectomie pour cancer	5		
— pour ulcère	4	= 16	
— non précisé	7		
Gastro-entéro. pour cancer	3		
— pour ulcère	3	= 7	
non précisé	1		
Suture ulcère perforé.	2	dont 1 avec gastro-entéro.	
Gastrostomie (cancer de l'œsophage)	1		
Hystérectomie fibrome	2		
— cancer	4	dont 3 Wertheim.	
Amputation du rectum	2		
Colostomie cancer	1		
— diverticules	1		
Péritonite appendiculaire	2		
Ablation cancer de l'ovaire	1		
Lobectomie cancer du poumon	1		
Explorations surrénales pour Cushing	1		
Cure prolapsus rectal (sans ouverture du péritoine)	1		
Cure hernie inguinale bilatérale (plaques de nylon)	1		
Contusions multiples	1		

Il y a donc une très nette prédominance d'opérations abdominales, surtout digestives, en particulier pour cancer. Mais le syndrome peut survenir pratiquement après n'importe quelle agression chirurgicale. Dixon et Weismann l'ont observé après des interventions intra-crâniennes, rachidiennes, mammaires, biliaires, gynécologiques. Penner et Bernheim le signalent au cours des brûlures étendues. On doit retenir qu'en général, il s'agit de sujets débilités par la sénilité ou la maladie, et d'interventions d'une certaine importance, bien que le moindre acte chirurgical pour peu que les défenses de l'organisme soient particulièrement affaiblies, puisse représenter l'agression suffisante.

Évolution clinique. — La survenue des troubles est assez variable quant à sa date. Voici les chiffres donnés par un certain nombre d'observations :

10 à 24 h après intervention.	6	7e jour	1
2e jour	2	9e —	1
3e —	1	10e-14e jour	4
4e —	2	15e-19e —	1
5e —	2	20e-29e —	1
6e —	3	30e-35e —	3

Le début est le plus souvent marqué par la diarrhée. Celle-ci peut apparaître dès le soir de l'intervention (même pour des opérations laborieuses intra-péritonéales) ou le lendemain : 8 fois sur 27 ; ou lors du rétablissement des gaz entre le 3e et 6e jour (8 fois sur 27), rétablissement souvent d'autant plus tardif que le syndrome peut être annoncé par un météorisme considérable pouvant faire penser à une occlusion. Dans d'autres observations le transit intestinal s'est rétabli depuis longtemps quand apparaissent les premiers signes.

La symptomatologie est assez simple et caractéristique. La diarrhée

est le symptôme essentiel, remarquable par sa fréquence, 3 à 4 fois par jour au début, puis rapidement se reproduisant 15 à 20 fois dans les 24 h, dans les formes graves ou au stade terminal tous les quarts d'heure, ou continuelle avec incontinence sphinctérienne. Son aspect est rapidement anormal, au début jaune clair, parfois jus de melon, elle est bientôt sanglante, noirâtre, couleur goudron, d'odeur effroyablement nauséabonde. Elle peut parfois au début être simplement séreuse, non fécaloïde, comme on l'observe dans certaines dysenteries, ou muqueuse en grumeaux, ressemblant à du tapioca. Il est rare d'y constater des débris de muqueuse.

Les manifestations douloureuses consistent essentiellement en ténesme et épreintes lorsque les lésions atteignent le rectum. Dans plusieurs observations on relève l'existence de douleurs lombaires et de coliques comme premier signe de l'affection. Chez certains malades le trajet du côlon est douloureux dans son ensemble.

Le météorisme abdominal peut parfois être impressionnant, en imposant pour une occlusion post-opératoire. Dans notre 3e observation, il doubla la saillie abdominale du patient auparavant déjà assez imposante, tendant la paroi comme un tambour, ainsi qu'on le voit au stade terminal de certaines occlusions. Cette distension intestinale doit sans doute être mise sur le compte d'un trouble neuro-végétatif.

Les vomissements sont rares. Ils ne s'observent guère qu'à la phase terminale. Teintés de sang, ou brun noir, ils signalent l'atteinte de la partie supérieure du grêle.

A côté de ces signes digestifs, il faut mettre en exergue l'atteinte de l'état général. Dans la forme clinique jusque-là isolée, presque toujours mortelle, l'altération est rapidement dramatique. Dixon et Weismann considèrent le collapsus circulatoire à développement rapide et difficilement accessible au traitement, comme le trait le plus marquant de la symptomatologie, rappelant, disent-ils, le choléra asiatique. Ce collapsus, qui peut parfois prolonger le choc post-opératoire, en est le plus souvent indépendant, et prend toute son importance quand il survient brutalement au bout de 48 h ou plusieurs jours, alors que le malade semble sur la voie du rétablissement. En réalité, le développement de ce collapsus est dans l'ensemble d'évolution plus lente, et si parfois c'est lui qui révèle la maladie, le plus souvent il semble fonction de l'importance de la diarrhée et de l'étendue des lésions; la déperdition d'eau, d'électrolytes, de protides, toujours considérable, est variable selon les cas; si au début, les formes rapidement mortelles revêtent d'emblée une allure dramatique, le plus souvent le faciès est simplement cerné, la langue sèche et saburrale, la tension artérielle cependant encore à un niveau normal. Mais secondairement, l'émaciation est toujours impressionnante, se traduisant par une perte pondérale d'au moins une dizaine de kilogrammes; les sujets qui guérissent restent longtemps asthéniques, anémiques, anorexiques et la convalescence est toujours lente.

L'évolution thermique ne semble pas revêtir de caractère bien spécial. Si de hautes températures sont possibles, le plus souvent l'élévation ne dépasse pas 38°. L'évolution du pouls et de la tension artérielle est parallèle aux progrès de l'atteinte générale.

A lire les données de la littérature, quelques observations de Dixon et Weismann mises à part, l'évolution est constamment mortelle. Mais cela

veut peut-être dire que l'on n'a su reconnaître jusqu'ici que les formes les plus graves qui ont entraîné la mort et le contrôle autopsique. Cette évolution est d'ailleurs très variable dans sa rapidité. En se référant aux données précises que contiennent certaines observations, on trouve les chiffres suivants quant à la durée de l'évolution :

24 h	1	9 jours	1
24-48 h	4	10 —	1
3 jours	3	11 —	1
4 —	5	12 —	1
5 —	3	18 —	1
6 —	1	21 —	1

Les données des autres observations sont inutilisables. 2 de nos malades ont guéri en 12 et en 28 jours. L'évolution mortelle est donc dans l'ensemble très rapide. Il est cependant des formes qui traînent usant peu à peu les défenses opiniâtres d'un organisme que l'on voit perdre pied de jour en jour. Parfois une perforation intestinale achève le malade, et dans notre première observation, la survenue d'une douleur abdominale plus vive, l'arrêt de la diarrhée, le ballonnement et la brutale altération de l'état général auraient peut-être dû y faire penser.

Le diagnostic n'est pas très difficile, et une fois instruits par quelques exemples, il devient aisé de reconnaître l'affection. Certaines formes sans diarrhée avec météorisme abdominal peuvent être confondues avec une occlusion post-opératoire. Mais la plupart des observations publiées avec contrôle autopsique permettraient un diagnostic facile sur l'association d'une diarrhée abondante, d'odeur nauséabonde, volontiers sanglante ou noirâtre, avec atteinte rapide et profonde de l'état général. Un diagnostic peut se discuter : l'infarctus intestinal post-opératoire; c'est un problème très important car une décision opératoire peut en dépendre. Le problème est d'autant plus compliqué qu'il n'y a peut-être pas de grandes différences entre les deux affections.

Un élément diagnostique nous semble capital, que nous n'avons trouvé nulle part signalé : la rectoscopie. Elle ne présente aucune difficulté et c'est un examen parfaitement anodin que l'on peut pratiquer même chez des malades fatigués, même à quelques jours d'une intervention chirurgicale, à condition de la pratiquer avec douceur; la diarrhée ne gêne nullement l'examen. Elle permet d'affirmer le diagnostic sur la vue des lésions : muqueuse rectale rouge, gonflée d'œdème (obs. 3), ou tapissée de fausses membranes insérées dans une muqueuse rouge vif et recouvrant des ulcérations dans l'ensemble peu profondes (obs. 4), ou à un stade plus tardif ulcérations multiples plates, grisâtres, sur une muqueuse granitée (obs. 2). C'est le critère sûr et certain du diagnostic *in vivo*, pourvu que les lésions soient localisées ou étendues au rectum, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. On peut peut-être demander encore plus à cet examen, c'est-à-dire l'identification des formes non mortelles de la maladie, ce que nous avons pu faire deux fois; et si l'on pratiquait assez systématiquement cet examen dans les diarrhées post-opératoires quelque peu tenaces, il ne serait pas étonnant de voir se multiplier le nombre des observations; cela ne veut pas dire que l'on doive considérer toute diarrhée post-opératoire comme appartenant à ce cadre nosologique.

Anatomie pathologique. — Les ulcérations en général multiples du tube digestif sont de constatation assez rare à l'autopsie des malades décédés dans les suites opératoires. Elles peuvent siéger en n'importe quel point depuis l'œsophage jusqu'à l'anus. Nous n'aurons ici en vue que les ulcérations du grêle ou du côlon. Voici le relevé topographique d'après les observations mentionnant leur localisation (tableau I).

Sur 52 vérifications anatomiques, nous ne relevons que 7 fois des lésions au niveau de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum. Un travail précédent de Penner et Brenheim sur les ulcérations post-opératoires de la partie supérieure du tractus digestif montre d'ailleurs la rareté de la coexistence d'ulcérations sur le segment œsophage-estomac-duodénum, et sur la partie plus bas située du tube digestif. On constate la fréquence de l'atteinte de la partie terminale de l'iléon du côlon et du rectum; l'atteinte de ce dernier est peut-être méconnue, car il n'est pas dit que l'on se soit toujours donné la peine d'extirper le rectum lors de l'autopsie.

L'aspect macroscopique des lésions n'est pas toujours identique. Extérieurement l'intestin semble tuméfié, un peu épaissi, plus rouge que de coutume; ailleurs il semble ecchymotique ou présente des zones verdâtres de nécrose en voie de perforation; le segment intéressé semble dilaté. A l'ouverture la muqueuse est rouge vif, très œdématiée et présente des fausses membranes serpigineuses, plus ou moins adhérentes, d'où les noms de colite membraneuse, croupeuse, diphtéroïde, fibrineuse; les fausses membranes détachées, apparaît une ulcération plate dont le fond répond souvent à la musculeuse et dont les bords sont assez nets, légèrement violacés. Ailleurs il n'existe pas de fausses membranes, et on voit d'emblée les ulcérations en coup d'ongle d'un gris sanieux, parfois si nombreuses qu'il ne reste qu'un fin dessin de muqueuse intacte les circonscrivant. Sur d'autres pièces, la muqueuse très rouge et œdématiée présente des

Fig. 1. — Coupe de la paroi colique de l'observation n° 1. Ulcération assez étendue avec nécrose; de la muqueuse, de la sous-muqueuse et de la première couche musculaire. Réaction inflammatoire subaiguë pénétrant dans la couche musculaire restante. Lyse cadavérique importante (Debrux).

	ŒSOPHAGE	ESTOMAC	GRÊLE non précisé	DUODÉNUM	JÉJUNUM	ILÉON	CÔLON entier	D	TR	DR	SIG	RECTUM
Finney		3 ulcérations				30 derniers cm	+ max. cæcum					+
Riedel nº 1		?		?	?	?	+ max. cæcum					?
— nº 2					+ partie inf.	+		cæcum	+			
— nºs 3, 4, 5, ?												
Anschütz 1						+ partie sup.						
— 2			+				çà et là					
— 3					+		+					
— 4							+					+
Rouville et Roger						3 derniers m perforations		cæcum				
Finsterer					+ (entérite)	+ (entérite)	? (colite)					
Bierende. Sur 7 obs.							1 fois avec max. Tr. 1 fois					5 fois
Goldschmit et Muelleder						3 fois	3 fois					
Penner et Bernheim 1											+	+
— — 2					+	+						
— — 3							+					
— — 4		+				+ 90 cm						
— — 5						+ en 2 endroits						
Dixon et Weissmann 1	+	+			+ inf.	+ sup.						
— — 2	+	+				+ inf.	+					
— — 3						+	+					
— — 4					+	+						
20 autres autopsies				4	5	6	4					

petites taches plus foncées qui semblent répondre à une nécrose moins avancée. Dans une observation de Dixon et Weismann existait un aspect d'infarctus du jéjunum; à l'ouverture de la pièce on observait des lésions pseudo-membraneuses de la muqueuse au niveau de *l'infarctus* et au niveau des zones non infarcies de l'intestin.

Histologiquement les lésions sont remarquablement stéréotypées. Il s'agit d'une nécrose parcellaire de la muqueuse en foyers multiples, mais très limités, que l'on observe selon les pièces à des stades variables, dont la chute laisse une ulcération plus ou moins profonde. La nécrose débute par le sommet des villosités, souvent la couche profonde de la muqueuse est intacte, rarement la lésion pénètre jusqu'à la musculeuse. Les lésions vasculaires de la sous-muqueuse sont un trait essentiel de l'image histologique. Les vaisseaux y sont toujours extrêmement dilatés, parfois avec hyalinisation et thrombose, mais ces lésions sont dans l'ensemble rares. Il peut exister à leur contact une hémorragie diapédétique. L'infection est un phénomène tout à fait secondaire, et les germes restent étroitement limités aux pourtours de l'ulcération; la réaction leucocytaire est insignifiante. Les vaisseaux mésentériques, les lymphatiques, les ganglions sont intacts dans tous les cas. Aucune étude des filets nerveux n'a été faite.

Lésions digestives se rapprochant de ce cadre. — Il semble que l'on puisse rapprocher de cette complication post-opératoire diverses autres lésions digestives.

I. — *Les ulcérations post-opératoires du tractus digestif supérieur.*

Ces lésions sont très anciennement connues (Billroth 1867, Eiselberg 1899, Dieulafoy 1901, etc.) et ont fait l'objet des récents travaux de Penner et Bernheim (1939). Les lésions œsophagiennes ont été plus spécialement étudiées par Pringle-Stewart et Teacher (1921), puis Bartels (1935). On peut les classer sous trois rubriques :

a) *Ulcérations au décours d'actes opératoires banaux de chirurgie générale.* — Elles surviennent de la même façon chez des opérés en mauvais état général ayant subi un acte chirurgical important et choquant. On peut également les observer au cours d'infections graves, par exemple péritonites appendiculaires toxiques. Cliniquement elles peuvent s'extérioriser par une hémorragie intestinale, ou par de la diarrhée. Mais ce qui les caractérise, c'est, d'après nos lectures et d'après nos observations personnelles, *leur silence clinique.* Elles constituent une découverte nécropsique chez un opéré que l'on a vu assez rapidement mourir des progrès d'une cachexie, d'une péritonite, d'une occlusion, d'une éviscération post-opératoire. Anatomiquement, ce sont des ulcérations superficielles le plus souvent gastriques (et pouvant siéger en n'importe quel point de l'organe, peut-être plus spécialement au niveau de la grosse tubérosité et de la région antrale; elles sont, en général, très nombreuses, jusqu'à plusieurs dizaines); parfois duodénales (surtout DI et DII). Elles ont l'aspect d'une lésion fraîche, aiguë (on trouve d'ailleurs du sang dans la lumière digestive), en cela différentes des lésions entéro-coliques basses qui semblent plus anciennes, souvent déjà recouvertes de fausses mem-

branes. Histologiquement l'aspect est le même que celui décrit au niveau du grêle et du côlon. Cependant la nécrose gastrique débute par la partie profonde de la muqueuse. En somme, ces lésions ressemblent à celles décrites au cours des syndromes malins des maladies infectieuses, dont elles ne sont qu'un cas particulier. Il convient naturellement de distinguer ces ulcérations des altérations par auto-digestion que l'on peut rencontrer au niveau du tractus digestif supérieur. Il est difficile de préciser leur association avec les lésions similaires intestinales basses. Elle ne semble pas fréquente, on peut même se demander s'il n'y a a pas une certaine antinomie entre ces deux localisations.

b) *Ulcérations au décours d'interventions neuro-chirurgicales ou de certaines affections neurologiques aiguës.* — Nous les envisagerons en détail plus loin; qu'il suffise de rappeler qu'elles ressemblent exactement à celles que nous envisagions au paragraphe précédent; mais parfois la nécrose est massive et entraîne des perforations viscérales étendues; c'est ainsi que nous avons recueilli une rupture spontanée de l'œsophage survenue au cours d'une hémorragie cérébrale massive ayant entraîné la mort en quelques heures.

c) *Ulcérations digestives au cours des brûlures.* — Elles sont devenues classiques depuis l'observation de Dupuytren. Elles siègent surtout au niveau du premier duodénum; en réalité on peut les observer en n'importe quel point du *tube digestif supérieur*, par ordre de fréquence décroissante : estomac, duodénum, œsophage, grêle supérieur. A part, Letulle, aucun auteur ne signale l'existence de lésion colique, tout au plus histologiquement un certain degré de congestion dans la sous-muqueuse. La lésion est le plus souvent unique, on a pu la voir se perforer (Gandy), surtout aux environs du 11e ou 12e jour, ou ulcérer un vaisseau important tels les vaisseaux pancréatico-duodénaux. La vésicule biliaire ou le pancréas ont pu boucher la perforation. Letulle Weiskotten, puis Erb, Morgan et Farmer soulignent *la fréquente association de l'hypertrophie des plaques de Peyer et des follicules clos* du grêle; gonflement et congestion des vaisseaux, parfois même hémorragie dans les tissus interstitiels des ganglions du mésentère. Un point particulièrement important et difficile à préciser est la coexistence de lésions surrénaliennes, association notée par Mac Laughlin dès 1933. Nous reviendrons sur ce sujet. L'ulcération est une lésion nécrotique dont Letulle donne une très bonne description. Il souligne les lésions des brûlures très étendues ayant entraîné très rapidement la mort : ecchymoses, hémorragies et érosions punctiformes. Un stade moins rapidement évolutif est représenté par une nécrose parcellaire entourée d'un liséré hémorragique. Enfin la lésion chronique est représentée par une ulcération arrondie ou ovalaire de 4 à 30 mm de diamètre à bords épais, souples et à pic, entourée de sugillations hémorragiques. Elle peut se cicatriser.

La fréquence de ces lésions au cours des brûlures est de l'ordre de 3 à 4 p. 100.

II. — *Les hémorragies digestives post-opératoires.*

Étudiées par Sauvé en 1911, plus récemment dans la thèse de Gandrille (Paris 1941), elles révèlent en réalité le plus souvent l'existence d'ulcéra-

tions de la muqueuse digestive et représentent une modalité de l'évolution clinique des lésions que nous venons d'étudier. Elles surviennent après n'importe quelle intervention; sur 96 cas d'une statistique établie par Busse (1905), on relève sans entrer dans les détails :

Intervention abdominale ne portant pas sur le tube digestif.	4
Intervention abdominale portant sur le tube digestif.....	53
Intervention sans relation avec la cavité abdominale.....	3

Cliniquement, dit Fenkner, *les observations publiées se suivent et se ressemblent.* Presque toujours il s'agit d'hématémèse survenant dans un délai variable, soit au cours de l'opération, soit 2 ou 3 jours plus tard. quelquefois très longtemps après (45 jours dans une observation de Wilmoth). Les signes généraux graves ne sont pas en relation avec la quantité de sang perdu, et ont pu faire croire à une hémorragie par lâchage de ligature : la réintervention montre du sang dans le grêle. Ailleurs, il s'agit d'hémorragies intestinales. Parfois elle ne s'extériorise pas cliniquement, on la découvre à l'autopsie. Le pronostic est redoutable :

Purves	72,5 p. 100 de mortalité.
Fourdinier	52 p. 100.
Busse	55 —

Il est aggravé si la complication succède à une intervention non abdominale : Fourdinier, mort dans 93 p. 100 des cas. Les hémorragies précoces seraient plus bénignes que les tardives (respectivement 52 p. 100 et 80 p. 100 de mortalité). La répétition est un signe de très mauvais pronostic.

Ce que nous retiendrons ici ce sont les constatations autopsiques :

a) Soit des ulcérations gastriques et duodénales 12 fois sur 31 (Busse), siégeant pour cet auteur au niveau de la petite courbure, du pylore ou du premier duodénum, ayant les formes et les dimensions d'un ulcère classique; on a même pu trouver dans leur fond un vaisseau ulcéré. Mais on peut objecter que ces lésions ressemblent étrangement à un ulcère chronique qui par coincidence ou réactivation a pu entraîner la mort post-opératoire;

b) Soit des ulcérations multiples avec suffusions hémorragiques (7 fois sur 31) extrêmement nombreuses, pouvant occuper tout le côlon ou tout le grêle. Dans les observations de Fenkner, les lésions sont dans la quasi totalité des cas localisées à la muqueuse gastro-duodénale et consistent en placards hémorragiques, érosions, exulcérations, parfois ulcérations vraies qui siègent presque toujours au niveau du fondus gastrique, rarement dans la région pylorique, rarement au niveau du duodénum (étrange ressemblance avec l'exulceratio simplex telle que l'a décrite Dieulafoy en 1899, en l'opposant par ces caractères mêmes à l'ulcère rond de Cruveilhier). Histologiquement, il s'agit avant tout de lésions muqueuses nécrotiques pouvant creuser et aller jusqu'à perforer la séreuse. Les lésions vasculaires sont toujours très prononcées : vaso-dilatation considérable de la sous-muqueuse, avec tous les aspects possibles de capillarite. Comme lésions associées, cet auteur souligne la *congestion et l'hypertrophie des plaques de Peyer* notée par Fourdinier et Wilson, et la constance des lésions hépatiques;

(*c* Infractus hémorragique (4 fois sur 31, Busse);

d) Absence de toute lésion apparente, ce qui ne veut pas dire que quelques discrètes ulcérations n'aient pas passé inaperçues.

Il semble que toutes ces lésions aient une parenté commune, de par leurs circonstances d'apparition et de par leurs caractères anatomiques : importance des lésions vasculaires de la muqueuse soit fonctionnelles (vaso-dilatation), soit organiques (tuméfaction des endothéliums, thrombose) et nature de la lésion muqueuse : nécrose parcellaire, disséminée. Si la mort survient rapidement la plaque nécrotique n'a pas le temps de s'éliminer; ailleurs sa chute crée une exulcération qui met à nu les vaisseaux sous-jacents considérablement dilatés et l'on peut expliquer par ce mécanisme les hémorragies extrêmement abondantes. Chez d'autres sujets la thrombose vasculaire met à l'abri de l'hémorragie et, selon la rapidité de l'évolution, on observe des degrés d'organisation différents pouvant même aboutir à la cicatrisation. On conçoit l'action aggravante des ferments digestifs dans les lésions haut situées pour peu que l'organisme soit encore capable de sécréter des ferments actifs. Dans la partie basse du tube digestif au contraire, les lésions s'infectent plus volontiers, expliquant le sphacèle et l'aspect pseudo-membraneux « diphtéroïde » des segments intestinaux atteints. Ces différentes manifestations ne sont donc, en réalité, que la même lésion observée à des stades différents ou remaniée par des facteurs dépendant de son siège distal ou proximal sur le tube digestif. De nombreux examens histologiques mentionnent d'ailleurs la coexistence de lésions d'âge différent sur la même pièce. Le rôle de l'infection est tout à fait secondaire, comme le montrent de nombreuses coupes. D'ailleurs les récentes expériences de Harper et Lenner (1946), de Blain et Kennedy (1947) n'ont-elles pas montré que l'administration de très hautes doses de pénicilline, à des animaux chez lesquels on crée une occlusion, prévenait dans une certaine mesure les lésions pariétales infectieuses, mais n'empêchait pas la survenue des lésions vasculaires de la sous-muqueuse pouvant aller jusqu'à l'exulcération ? Il semble donc que l'on soit en droit de considérer toutes ces lésions comme des conséquences d'une perturbation de la vaso-motricité de la muqueuse digestive.

Pathogénie.

Nous abordons ici un problème très délicat. Il n'est d'ailleurs pas interdit de penser que plusieurs facteurs puissent conjointement ou isolément conditionner ce syndrome.

I. — Le rôle du système nerveux. — Les lésions digestives par altération des centres nerveux sont connues des cliniciens et des expérimentateurs depuis plus de 100 ans et la littérature qui les concerne est particulièrement étendue. On peut se référer au travail de Ravina ou au chapitre correspondant du *Traité de neuro-endocrinologie* de Roussy et Mosinger. Deux faits sont frappants : la multitude des localisations nerveuses dont la lésion entraîne la production d'ulcérations digestives (les auteurs les considèrent étagées sur le trajet des voies neuro-végétatives supérieures pré-ganglionnaires et ganglionnaires), et, d'autre part, la localisation des lésions sur la partie supérieure du tube digestif : l'œso-

phage, l'estomac, le duodénum, parfois le grêle. Le côlon n'est jamais mentionné. Il s'agit parfois d'ulcères chroniques, le plus souvent d'ulcérations aiguës et volontiers hémorragiques. Roussy et Mosinger distinguent expérimentalement des ulcérations :

D'origine corticale par lésion du cortex préfrontal (Brown-Sequard 1876, Alberton 1879, Roussy et Mosinger);
D'origine striée, hémorragie et ulcérations observées par Von Preuschen 1894, puis Oberling et Kallo 1932;
D'origine thalamique, Schiff 1845;
D'origine hypothalamique, Rokitanski notait l'association fréquente de méningite basilaire et de perforation gastrique;
D'origine mésocéphalique, Schiff 1845, section du pédoncule cérébral; Ebstein 1874, lésion quadrigéminale et pédonculaire;
D'origine rhombencéphalique par lésion expérimentale de la protubérance et du bulbe, du IV^{e} ventricule;
D'origine cérébelleuse, sont mal connues. Brown-Sequard aurait reproduit les lésions par section des pédoncules cérébelleux;
D'origine spinale, expériences contradictoires;
D'origine neuro-végétative périphérique :
a) Par vagotomie, excitation faradique du X, ou stimulation pharmacodynamique (pilocarpine ou muscarine). Il est curieux de constater qu'expérimentalement on a pu obtenir des hémorragies gastriques, des érosions et ulcérations hémorragiques susceptibles de cicatriser ou des ulcères évolutifs. Par contre, d'autres auteurs n'auraient pu reproduire les lésions;
b) Par lésion du système sympathique (extirpation, lésion expérimentale, adrénaline).

De nombreux documents cliniques et anatomiques, par exemple ceux de Cushing, confirment ces données expérimentales, mais l'expérimentation est beaucoup plus précise, car il est difficile chez l'homme de localiser la formation responsable des lésions digestives; par exemple les tumeurs de la fosse postérieure, certaines hydrocéphalies, les œdèmes encéphaliques, les hémorragies post-opératoires peuvent exciter le centre responsable à distance.

Le rôle des lésions du système sympathique abdominal a été remarquablement étudié par Reilly et ses élèves. Ceux-ci ont montré que l'injection de différentes toxines microbiennes (hormis la toxine tétanique) à des doses infinitésimales, inefficaces par d'autres voies, dans les formations neuro-végétatives, en particulier le splanchnique, les ganglions cœliaques, produisaient chez certaines espèces animales un syndrome tout à fait particulier : un état de choc plus ou moins profond et durable; des lésions rénales (surtout glomérulaires), un amaigrissement extraordinairement rapide et important (80 à 100 g en 2 à 3 jours pour un cobaye d'environ 500 g, soit de l'ordre de 12 kg pour un homme de 60 kg), et une diarrhée souvent sanglante. La mort survient en quelques heures ou quelques jours. La même symptomatologie a été observée au cours d'irritation par d'autres procédés : poudre de lycopode, silice, épine de ronce, etc. et même au niveau de formations végétatives éloignées : ganglion stellaire, plexus pharyngé. Ces dernières expériences ont porté sur le cobaye qui est un animal remarquablement sensible; les lésions sont plus difficiles à reproduire dans d'autres espèces animales; l'homme est sans doute beaucoup plus résistant. Cependant l'expérience journalière souligne par certains accidents dramatiques au décours d'actes chirurgicaux banaux l'existence de sujets remarquablement sensibles.

Les lésions anatomiques sont identiques quel que soit l'agent d'agression :

Altérations hémorragiques sur toute l'étendue du tractus digestif (estomac, intestin grêle, et, bien que le fait soit rare, gros intestin) : simple vaso-dilatation, vastes nappes ecchymotiques, ou nécrose abrasant par places la muqueuse digestive et pouvant aboutir à la perforation.

Tuméfaction du tissu lymphoïde : les ganglions lymphatiques doublent de volume et présentent souvent des lésions hémorragiques; les plaques de Peyer et les follicules clos du grêle sont très nettement hypertrophiés.

Il existe également des lésions congestives du foie, de la rate, du rein. Par contre, les surrénales ne se sont pas montrées atteintes de façon aussi régulière. Il est remarquable de constater que les expériences ont assez souvent déterminé des infarctus du grêle, des pancréatites hémorragiques et des hémopéritoines, ce qui semble établir un lien commun entre toutes ces lésions. Histologiquement, l'atteinte vasculaire conditionne en règle les dégâts de la muqueuse : vaso-dilatation considérable des vaisseaux en particulier de la sous-muqueuse, endothélite diffuse pouvant aller jusqu'à la thrombose. On observe tous les divers degrés de la nécrose muqueuse; les hémorragies diapédétiques de la paroi s'observent surtout dans les régions où les lésions d'endothélite sont les plus nettes. Le tissu réticulo-endothélial est hypertrophié, souvent nécrosé : organes lymphoïdes, réticulum de la rate, cellules de Küpfer. Les surrénales sont dites normales. Les lésions rénales sont glomérulaires et conditionnées par l'atteinte du peloton capillaire du glomérule.

Il existe donc un remarquable parallélisme entre les données de ces expériences et les observations recueillies en clinique humaine, hormis un fait : l'hypertrophie du tissu lymphoïde, bien que la chose soit signalée par plusieurs auteurs, en particulier au cours des brûlures; nous l'avons recherchée chez plusieurs malades décédés de facon aiguë après une agression brutale, mais nous ne l'avons pas retrouvée.

II. — Le rôle des surrénales. — La relation entre les lésions de la surrénale et celles du tube digestif est encore extrêmement confuse, bien que l'on en soupçonne de plus en plus l'importance. C'est surtout au cours des brûlures que l'on saisit sinon la dépendance tout au moins la coexistence des lésions. Il existe quasi toujours des lésions surrénaliennes importantes chez ces brûlés qu'ont parfaitement bien étudiées encore récemment MM. Delarue et Monsaingeon. L'association : infarctus plus ou moins discret au niveau d'une surrénale, plus ulcération digestive aiguë ou hématémèse est plusieurs fois mentionnée dans la littérature, telle l'observation de Harris (1929) qui trouve à l'autopsie d'un enfant de 3 ans 1/2, mort d'hématémèse au 3e jour d'une brûlure étendue du premier degré, un ulcère duodénal, une hémorragie massive de la surrénale droite s'étendant dans les tissus périrénaux et des hémorragies ponctuées de la surrénale gauche. Elliot en 1914 reproduisait des ulcères gastriques aigus chez le chat après ablation de la surrénale. Mann, en 1916, pratiquait une surrénalectomie bilatérale en deux temps chez le chien après ablation de la deuxième surrénale : chez les 40 chiens en expérience, il observa des lésions digestives en particulier au niveau de l'estomac et du duodénum : érosions

limitées en règle au niveau du fondus, ulcères de 2 mm à 2 cm essentiellement au niveau de la région pylorique. Mais jamais on n'a pu provoquer des lésions du tube digestif inférieur. Cependant, en 1933, Mac Laughlin mit 24 chiens en expérience; il provoquait des lésions surrénaliennes en employant du courant électrique à haute fréquence, les animaux étaient sacrifiés 1 semaine à 1 mois plus tard. 18 fois existait une congestion importante de la muqueuse digestive : 6 fois estomac et grêle, 11 fois grêle seulement, et 1 fois hémorragie diffuse de la muqueuse du grêle commençant brusquement au pylore. 11 animaux présentaient des ulcérations principalement duodénales, plus rarement jéjunales ou iléales hautes, soit aiguës, soit chroniques à bords surélevés et cratère important, sans siège de prédilection (en particulier ne siégeant pas au niveau des amas lymphoïdes). On sait également, chez l'homme, la coexistence très rare, mais intéressante, d'ulcère de l'estomac ou du duodénum avec une lésion surrénalienne, signalée par Chabrol et Blanchon, puis par Hernando. Pour intéressants que soient ces faits, il semble cependant que le segment intéressé soit *le tube digestif supérieur*, estomac, duodénum, à la rigueur œsophage ou partie supérieure du grêle; le côlon et l'iléon semblent au contraire remarquablement indemnes, à tout le moins congestionnés. Nous avons déjà signalé au chapitre de l'anatomie pathologique la rareté de la coexistence des lésions coliques avec une lésion plus haut située.

III. — Le syndrome d'adaptation. — Le même fait se retrouve si nous envisageons maintenant les lésions jusque-là décrites sous le nom de syndrome d'adaptation. On nous dit la remarquable sensibilité du tube digestif, à cet égard, témoins les observations de Beaumont en 1833. Mais là encore les lésions intéressent le tube digestif supérieur : hyperhémie, érosions, suffusions hémorragiques de la phase première de réaction d'alarme siègent au niveau de l'estomac et du duodénum. L'existence de modifications histologiques de la surrénale expliquent les lésions décrites au paragraphe précédent, et l'on conçoit que l'intensité d'une réponse surrénalienne puisse aller jusqu'à l'infarctus hémorragique, se rapprochant en cela des nécroses hémorragiques de l'hypophyse que l'on observe chez certaines accouchées (syndrome de Scheehan).

Au stade d'épuisement, écrit Selye, on peut voir apparaître des érosions en d'autres points du tractus alimentaire, en particulier au niveau de la partie supérieure de l'intestin. Les plaques de Peyer disparaissent; assez souvent on voit apparaître une diarrhée intense. Mais rien de précis n'est signalé en ce qui concerne l'iléon et le côlon. Ces lésions digestives supérieures semblent avoir un facteur déterminant : l'hypoglycémie qui exposerait tout spécialement la muqueuse gastrique à ces lésions, et sont prévenues par des solutions de dextrose à des doses suffisantes pour élever la glycémie.

Au terme de cette rapide et incomplète revue des principales hypothèses suggérées pour expliquer les ulcérations digestives au cours des différentes agressions, chirurgicales ou non, de l'organisme humain ou animal, force nous est de reconnaître que les lésions signalées siègent au niveau de l'estomac, du duodénum, de la partie supérieure du jéjunum. Presque rien (hormis l'hypertrophie lymphatique ou la congestion), en ce qui

concerne la partie terminale du tube digestif. C'est là un fait assez curieux. Physiologiquement, on doit remarquer que ce syndrome, disons d'irritation digestive, celui que l'on observe lorsqu'on irrite expérimentalement le système nerveux autonome, les surrénales, même pour certains l'hypophyse, celui que l'on rencontre cliniquement chez les brûlés, dans le syndrome malin des maladies infectieuses, dans les appendicites graves (le classique vomito negro de fâcheux pronostic) et chez certains opérés, frappe la partie réellement digestive du tractus alimentaire, celle qui sécrète des sucs digestifs très actifs; le facteur peptique doit entrer pour beaucoup dans l'éclosion de ces lésions. Selye a souligné, en particulier, le rôle de l'hypoglycémie à ce sujet. Le reflux gastro-duodénal ou les vomissements permettent peut-être d'expliquer les lésions œsophagiennes d'ailleurs rares.

Au contraire, les lésions qui nous intéressent frappent la partie non peptique du tube digestif, celle qui, par ailleurs, est l'habitat d'une flore microbienne importante. Elle semble beaucoup plus résistante aux agressions déterminées par l'irritation du système autonome et par le stress endocrinien. Néanmoins, les observations que nous apportons et plusieurs autres prouvent son atteinte possible et grave et il nous est difficile d'en apercevoir les causes déterminantes.

Traitement.

Le traitement est de ce fait difficile à codifier. A la lumière des observations les plus récentes, il semble important de combattre activement les phénomènes de collapsus vasculaire et de déperdition hydrique. Dixon et Weismann (1948) insistent sur la nécessité de perfusions abondantes, 2 à 3 l jour. La déperdition aqueuse, protidique et électrolytique (potassium en particulier) est considérable dans ces diarrhées profuses; comme à l'ordinaire, on se basera sur la détermination de la masse sanguine, de l'hématocrite, de la réserve alcaline et du taux des protides. Déjà cliniquement la courbe de diurèse et l'état de la langue peuvent donner une idée de l'importance de la déshydratation. Plasma et sang frais sont souvent utiles, mais aussi sérum glucosé avec de faibles doses d'insuline, et solutions tamponnées apportant les différents électrolytes, Cl, K, Na, Ca, Mg. La correction de toute déficience nutritionnelle semble un élément important du traitement : apport liquidien et énergétique suffisant.

L'administration d'antibiotiques semble également un point non négligeable. Bien que la lésion ne paraisse pas infectieuse au départ, le rôle de la surinfection dans l'évolution et la cicatrisation n'est pas négligeable. On préférera des antibiotiques tels que l'auréomycine ou la chloromycétine, qui, ont donné les meilleurs résultats dans les autres affections intestinales, et les sulfamides à élimination intestinale : ganidan, thiacyl, etc.

Enfin, il paraît intéressant d'avoir recours au traitement symptomatique habituel des diarrhées : bismuth, hydroxide d'alumine, atropine intra-veineuse.

Le problème du traitement des perforations ne s'est pas encore présenté dans la littérature. Sans doute surviennent-elles à un stade tardif

de la maladie, chez des sujets profondément débilités. Néanmoins, il est difficile de refuser à ces sujets une intervention exploratrice et l'extériorisation du segment intestinal atteint.

Bibliographie.

Ameline et Lefevre. — *Congrès de Chirurgie*, 1935.

Anschuetz. — *Mitt. a. d. Grenzgeg. d. Med. u. Chir.*, 155, 1905, 305.

Barclay et Bentley. — Vascularization of human Stomach. *Brit. J. Radiol.*, 22, 1949, 62.

Bellin. — Les gastrites ulcéreuses. *Thèse* Paris, nº 270, 1941.

Bierende. — *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 32, 1920, 85.

Balin et Kennedy. — The Effect of Penicillin in experimental intestinal Obstruction. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 79, 1946, 1.

Blankoff et Delcourt. — Hémorragies gastriques après opérations osseuses. *Lyon Chirurgical*, 1951, 685.

Cavaillon et Leclerc. — Étude anatomique du Segment sous-jacent aux sténoses intestinales. *Rev. Gyn. et Chir. abd.*, 1907, 443.

Chabrol et Blanchon. — Surrénales et ulcérations digestives. *Bull. Acad. Med.*, 1922, 520-522.

Chiray, Mollard et Maschas. — *Syndromes digestifs et pathologie neuro-intestinale.*

Chiray, Mollard et Maschas. — Syndromes digestifs et hormone cortico-surrénale. *Arch. Mal. App. digest.*, Janvier-Février 1943.

Curtillet. — Infarctus intestinal et étranglement herniaire. *Acad. Chir.*, 11 Juin 1935.

Chalier et Thomasset. — Ulcérations coliques au cours du cancer du rectum. *Arch. gén. de Chir.*, nº 11 et 12, 1911, 1223-1233.

Dieulafoy. — Exulceratio simplex. *Cliniques méd. de l'Hôtel-Dieu*, 11, 1899.

Dieulafoy. — Gastrite ulcéreuse pneumococcique. *Cliniques méd. de l'Hôtel-Dieu*, 111, 1901, 73.

Dixon et Weismann. — Acute pseudo-membranous Enteritis or Entero-colitis a complication following intestinal. *Surg. Clin. Nord-Amer.*, 28, 1948, 999-1022.

Erb, Morcan Farmer. — Pathology of Burns. Autopsy of 61 fatal Cases. *Ann. Surg.*, 11, 1943, 234.

Finney. — Ulcerative post-operative Colitis. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 4, 1893, 53.

Hammer. — Entérite phlegmoneuse. *Lyon Chirurgical*, 1923, 430.

Gandrille. — Les Hémorragies digestives post-opératoires. *Thèse*, Paris, 1941, nº 288.

Giroux, Ratzimanaca et Chalofin. — Présence et distribution de l'hormone cortico-surrénale dans l'Organisme. *C. R. Soc. Biol.*, nº 9-10, 24 Mai 1941, 725.

Goldschmidt et Mulleder. — *Wien. Klin. Wochsch.*, 35, 1922, 522.

Grace et Coll. — The Effect of Vagotomy on the human Colon. *Gastro-enterology*, nº 6, 1949, 536-546.

Guilleminet et Roy. — Hémorragies gastriques après chirurgie osseuse. *Soc. de Chir. de Lyon*, Oct. 1943.

Harkins. — Curling ulcer. Report of 107 collected Cases from the lit. *Surg.*, 1938.

Harper et Lemmer. — Necrosis and ulceration of intestinal Wall in simple Obstruction, experimental study, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 9, 1946, 207-228.

Havlicek. — Nouvelles connaissances sur la circulation de la veine porte. *Congrès Français de Chir.*, 1935.

Hernando. — Ulcérations gastro-intestinales chez les malades endocriniens. *Las Progressos de la Clinica*, Avril 1931.

Hueber. — *Acad. de Chir.*, 12 Janvier 1949, 23.

Klemperer, Penner et Bernheim. — Gastro-intestinal Manifestation of Shock. *Amer. J. Dig. Dis.*, 7, Octobre 1940, 410.

Ladet. — Le syndrome malin des maladies infectieuses; étude clinique; anatomique et pathogénique. Rôle du système neuro-végétatif. *Thèse*, Paris, 1937.

Mac Laughlin. — The Curling Ulcer. Study of intestinal Ulceration association with supra-renal Damage. *Arch. of Surg.*, 27, 1933, 490-505.
Lebeau. — Œdème du cerveau. *Thèse*, Paris, 1938.
Lindsay. — Acute Entero-colitis and Death resulting from markedly hypertonic Enema. *Gastro-enterology*, 7, 1946, 364-370.
Laughlin. — Ulcérations intestinales secondaires aux troubles de la surrénale. *Ann. of Surg.*, Janvier 1935, 554-558.
Letulle. — *Précis d'Anatomo-pathologie*, **11**.
Mahoudeau. — Accidents consécutifs à la déplétion des ventricules. *Thèse*, Paris, 1936.
Mann. — Étude des ulcérations gastriques secondaires à l'ablation des surrénales. *J. exp. Med.*, Février 1916, 1.
Martin Thompson et Carvajal Forero. — The Influence of single and multiple B Deficiency upon the motility of gastro-intestinal Tract. *Amer. J. Dig. Dis.*, 9, 1942, 268.
Meyer, Cellhorn, Prudden, Lheman et Sternberg. — Lisozyme activity in chronic ulcerative Colitis. *Rev. of Gastro-entero.*, 16, 1949, 476-479.
Moulonguet, P. — A propos des infarctus intestinaux sans lésions vasculaires. *Soc. Nat. Chir.*, nº 23, 1935, 6-7.
Navasquez et French. — Intestinal Ulceration due to arterial Necrosis (malignant Hypertension and Polyarteritis nodosa). *Guy's hosp rep*, 96, 1947, 85.
Pack et Mac Neer. — Gastrectomie totale. *S. G. O. Intern. Abst. Surg.*, 77, 1943, 265.
Penner et Bernheim. — Acute post-operative Entero-colitis. Study on pathologic Nature of Shock. *Arch. path.*, 27, 1939, 966.
Penner et Bernheim. — Acute post-operative Œsophageal, gastric and duodenal Ulcerations. *Arch. path.*, **28**, nº 2, 1939, 129.
Popielski. — Zür Physiologie des Plexus cœliacus. *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1903, 338.
Poppe. — Reproduction of ulcerative Colitis in Dogs. *Arch. Surg.*, 3, 1941, 551.
Rachet et Busson. — Hémorragies digestives au cours de la grippe. *Arch. Mal. App. digest.*, **3**., 3, 1941, 170-177.
Ravina. — Rapport des ulcères gastriques avec les altérations du S. N. Central. *La Presse Médicale*, nº 5, 1933, 96.
Reilly, Rivallier, Compagnon, Laplane et du Buit. — Rôle du système neuro-végétatif dans la genèse des lésions intestinales. *Ann. de Médecine*, **37**, nº 4, Avril 1935.
Riedel. — Ueber Darmdiphteric nach schweren Operationen bei sehr geschwächten Kranken. *Deutsch. Ztschr. f. Chir.*, 67, 1902, 402.
Roussy et Mosinger. — *Traité de Neuro-Endocrinologie*, Paris, 1946.
Rouville et Roger. — Ulcérations et perforations de l'intestin grêle et du cæcum après hystérectomie. *Arch. Mal. App. dig.*, 24 Décembre, 1913.
Sauvé. — *J. de Chir.*, 7, 1911, 129.
Selye. — Le Syndrome général d'adaptation et les maladies de l'adaptation. *Ann. d'Endocrinologie*, 7, 1946, 289-401.
Selye. — Studies on Adaptation. *Endocrinology*, 21, 1937, 169.
Selye et Mac Lean. — Prevention of gastric Ulcer formation during the Alarm. Reaction. *Amer. J. Digest. Dis.*, 11, 1944, 319.
Selye. — *Stress.*
Sergent. — *Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénalienne*, Paris, 1920.
Silhol. — Infarctus intestinal. *Thèse*, Montpellier, 1930.
Tardieu. — Le Coma. *Thèse*, Paris, 1942.
Terrier et Hartmann. — *Chirurgie de l'Estomac*, 1899.
Wertheim. — *Die erweiterte abdominale Operationen bei Carcinom Colli Uteri*, 1911.
White et Smithwick. — *The autonomic nervous System.* New-York, 1941.
Zeek et Phair. — Sclérose des petits vaisseaux mésentériques avec ulcération et gangrène du tractus digestif. *J. of med. Sciences*, **180**, nº 4, Avril 1931.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

Was König. — **Sur la cancérisation des trajets fistuleux** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 3, 1952, p. 271-278, avec 4 fig.).

Ce court article comprend 2 observations de cancérisation de trajets fistuleux :

Le 1er cas concerne un homme de 60 ans qui subit un enclouage pour fracture du col du fémur; suppuration et apparition dans les suites d'une adénopathie inguinale avec ulcération de voisinage. Une biopsie pratiquée sur l'ulcération montre l'existence d'un cancer à cellules basales. Traitement par le radium.

Secondairement curage ganglionnaire qui montre une simple hyperplasie lymphoïde sans cellules néoplasiques. 2 ans après l'ulcère n'est toujours pas guéri, mais la rétrocession et une biopsie ne montrent que des lésions inflammatoires banales.

Le 2e cas concerne une cancérisation de trajet fistuleux ostéo-myélitique chez une femme de 44 ans, traité par amputation basse de cuisse.

A propos de ces 2 observations, l'auteur discute le rôle de l'irritation chronique, de la métaplasie et du développement du cancer dans les plaies fistulisées.

J. Sénèque.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Traité de chirurgie de guerre. Tome I (édité par le Service de Santé de l'Armée Yougo-Slave, Belgrade 1953, 610 p., avec 274 fig.).

Sous la direction du médecin-général Gogko Nikolis, avec la collaboration d'une vingtaine de ses collègues, vient de paraître le 1er volume d'une magnifique publication, imprimée sur beau papier et présentée dans un élégant cartonnage. Cet ouvrage constitue une mise au point très complète de l'état actuel de la chirurgie de guerre, compte tenu des enseignements de toutes les guerres modernes, depuis 1870 jusqu'à nos jours.

L'illustration est assez abondante. De nombreuses figures demi-schématiques et coloriées font bien ressortir la nature de certaines lésions et les variétés techniques des interventions.

L'ouvrage est divisé en 16 importants chapitres dont nous ne pouvons donner ici que le canevas.

I. — (Chapitre rédigé par Nikolis), Historique de la chirurgie de guerre. Exposé des doctrines modernes. Statistique comparée des pertes dans les différentes guerres modernes.

II. — Important chapitre (70 pages) sur l'organisation du service de santé à tous les échelons, avec nombreux schémas.

III. — Étude anatomo-clinique de la plaie de guerre. Son traitement. Ses complications. Choc, gangrène gazeuse, transfusions sanguines, tétanos, etc. (100 pages).

IV. — Les troubles fonctionnels. L'emploi des agents physiques divers. La kinésithérapie et la rééducation des blessés.

V. — L'asepsie et l'antisepsie en chirurgie de guerre. L'emploi des sulfamides et antibiotiques.

VI. — L'anesthésie aux différents échelons de traitement. Les méthodes modernes de réanimation.

VII. — Les brûlures et leur traitement. Les gelures. Les pieds de tranchée.

VIII. — Court chapitre sur les effets de la bombe atomique.

IX. — Important chapitre de 40 pages sur les réparations des pertes de substance par autoplasties, greffes diverses, techniques, incisions (avantages des incisions en Z dans certaines régions), etc.

X. — Les fractures de guerre. Généralités. Traitement. Complications.

XI. — Les plaies articulaires. Traitement. Complications. Ankyloses, etc.

XII. — Problèmes d'immobilisation, appareillage, transport des blessés ostéo-articulaires.

XIII et XIV. — Fractures ouvertes. Corps étrangers. Plaies infectées des extrémités (main et pied). Bonnes et mauvaises incisions. Chirurgie orthopédique et réparatrice des lésions ostéo-articulaires.

XV. — Les amputations. Bons et mauvais moignons. Appareillages. Rééducation des amputés.

XVI. — Plaies des vaisseaux. Anévrysmes. Chirurgie artérielle. Greffes vasculaires.

Chacun de ces chapitres est rédigé par un des rédacteurs plus spécialement qualifié, et suivi d'une bibliographie très complète de la question.

M. Deniker.

Chirurgie réparatrice et traumatologie (Bâle et New-York), t. 1, 1953, Un vol. de 262 p. S. Karger, édit. à Bâle. Prix : 36 F suisses).

Ce volume est le premier d'un annuaire destiné à mettre à la disposition des chirurgiens les progrès les plus récents réalisés dans le monde entier en chirurgie réparatrice et traumatologie. Cette revue est éditée en 3 langues : français, anglais et allemand, à la fois à Bâle et à New-York. Chaque article est confié à un chirurgien particulièrement qualifié dans son pays. Le comité directeur comprend une série de chirurgiens de différents pays d'Europe et d'Amérique, spécialisés dans la chirurgie de l'appareil moteur. Le professeur Merle d'Aubigné y représente la France. Le rédacteur en chef est le docteur M. Lange (de Bad Tölz, Bavière).

3 sujets sont traités dans ce premier volume et pour chacun d'eux une série d'articles très documentés et richement illustrés sont présentés par différents auteurs. Les 3 sujets choisis sont :

1° *L'enclouage médullaire. Sa valeur. Ses limites*, comprenant les articles suivants :

L'enclouage dans les fractures récentes par G. Künster (Schleswy, Heisterberg). L'enclouage chez l'enfant par F. Grospie et A. Stazyk (Zagreb). Technique et complications, par F. H. Vom Saal (Yonkers, U. S.). Enclouage des fractures anciennes vicieusement consolidées, par A. N. Witt (Bad Tölz).

2° *La nécrose céphalique consécutive à l'enclouage du col fémoral*, avec les 6 articles suivants :

Recherches sur la fréquence et les moyens de prévention de la nécrose céphalique, par M. Dubois (Berne). Traitement des nécroses traumatiques de la tête fémorale par R. Merle d'Aubigné (Paris). Fréquence et traitement préventif, par L. Böhler et J. Ender (Vienne). Nécrose de la tête après fracture du col, par O. Scaglietti (Florence). Arthrose de la hanche après enclouage, par W. Axhausen (Berlin). Recherches sur l'enclouage des fractures transcervicales, par H. Kurt (Francfort).

3° *Traitement des paralysies irréparables*, comprenant :

Opérations restauratrices dans les paralysies cubitales avec destruction du nerf, par Sterling Bunnell (San Francisco). Traitement de la paralysie du pouce d'origine

poliomyélitique, par A. Steindler (Iowa City, U. S. A.). Transplantation tendineuse dans les paralysies radiales, par R. Merle d'Aubigné (Paris). Les restaurations des fonctions de la main après poliomyélite, par C. E. Irwin (Georgia, U. S. A.). Blessures du médian et du cubital, par J. W. Littler (New-York). Traitement des lésions irréparables des nerfs périphériques, par M. Lange (Bad Tölz).

M. Deniker.

Ch. de Muylder (de Louvain). — **Le rôle du diagnostic cytologique en chirurgie** (*Acta Chirurgica Belgica*, Rapport au Congrès annuel de l'Association Belge de Chirurgie, Mai 1953, Bruxelles, suppl. I, p. 160-214).

Il n'est plus question de discuter la valeur de la méthode cytologique en chirurgie, mais il faut bien insister sur la nécessité d'une technique correcte, et sur la difficulté qu'offre la lecture des lames, exigeant un long apprentissage du cytologiste. De Muylder, avec une importante bibliographie, étudie dans ce rapport la technique et les localisations particulières de cette intéressante méthode.

Sylvain Blondin.

V. Zakovljevic. — **Recherches sur la déshydratation et l'hyperglycémie post-opératoire** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 4, 1952, p. 435-444).

Après une intervention chirurgicale de gravité moyenne, l'opéré perd entre 100 et 615 g de sang et de sueur, perte compensée par une transfusion de 300 g et parfois jusqu'à 3 l de sérum, s'il s'agit d'une intervention grave. Mais, même avec de telles doses de remplacement de sang et d'eau, il n'est généralement pas possible de supprimer la soif, dans les suites opératoires.

D'après les recherches faites par l'auteur sur 14 opérés, la soif serait en rapport avec l'hyperglycémie post-opératoire qu'il a pu retrouver dans 13 cas, tandis que, dans le cas où il n'a pas été constaté d'hyperglycémie, la soif n'était pas prononcée.

Il serait cependant nuisible pour l'organisme de chercher à supprimer la soif en utilisant l'insuline pour diminuer l'hyperglycémie qui se manifeste dans les suites opératoires tant que le malade ne se nourrit pas et qu'il faut considérer comme une source de nourriture pour maintenir les fonctions normales des organes.

J. Sénèque.

APPAREIL LOCOMOTEUR

U. Graff. — **Nouveaux résultats de pseudarthrose traités par la méthode de Phemister** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **186**, 2, 1953, p. 233-243, avec 21 fig.).

L'auteur apporte les résultats concernant 19 cas de pseudarthrose des os longs des membres, traités par la méthode de Phemister. Ces cas concernant 12 pseudarthroses de jambe, et 7 pseudarthroses de l'avant-bras. Il y eut 18 succès post-opératoires et 1 seul échec par infection de la plaie. 4 de ces cas avaient été opérés antérieurement pour pseudarthrose et n'avaient pu être guéris. L'auteur insiste sur l'importance de l'immobilisation post-opératoire.

J. Sénèque.

G. Bertele (Ulm-Donau). — **Contribution à l'étude du traitement des cavités osseuses d'origine ostéomyélitique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **78**, n° 16, 1953, p. 664-669, avec 11 fig.).

B. rappelle la pénible évolution des cavités osseuses résiduelles d'origine ostéomyélitique, les poussées de réinfection, de rétention, les fistules, les cicatrices vicieuses. Si les interventions de curetage, mise à plat, nettoyage des foyers, ablation de séquestres, aidées aujourd'hui par les antibiotiques et un traitement général, viennent

parfois à bout des petites cavités, il n'en est pas de même lors de cratères osseux plus vastes. C'est contre elles qu'ont été tentées les plasties musculaires de voisinage, les lambeaux cutanés de recouvrement; mais ces opérations nécessitent parfois d'importants sacrifices osseux, capables de diminuer la résistance de l'os. Le comblement au moyen de corps étrangers n'a amené que des insuccès.

La méthode de Buff apparaît plus efficace tout au moins lorsque la cavité n'est pas trop profonde; elle consiste, dans un premier temps à nettoyer et aviver la cavité, qui est ensuite recouverte par un transplant de Thiersch; l'infection se trouve ainsi jugulée; dans un deuxième temps, le revêtement cutané est à nouveau enlevé en totalité, la cavité est comblée au moyen de tissu spongieux, le tout étant finalement recouvert d'un large lambeau cutané pédiculé.

L'auteur propose un procédé qui consiste à combler la cavité au moyen d'un important lambeau musculaire pédiculé, qui peut être pris à distance. Il l'a employé 30 fois pour les gros os des membres, sans une seule récidive. Le muscle vivant, bien vascularisé améliore, dans une large mesure, la circulation locale et éteint l'infection secondaire; il représente d'autre part un excellent lit pour le lambeau cutané de recouvrement.

Il convient donc de bien choisir le faisceau de muscle utilisé afin de lui conserver tous ses vaisseaux; de combler exactement la cavité afin que le muscle vienne au contact de toutes les parois, sans aucun vide, et cela au besoin en prenant plusieurs faisceaux sur différents groupes musculaires de voisinage.

La méthode rendra des services tout particuliers lors de cavités de l'extrémité inférieure du fémur, les muscles immédiatement voisins ne pouvant ici fournir le matériel suffisant. B. taille dans ces cas un très long fuseau musculaire dans le triceps sural, le rabat sur son vaste pédicule supérieur (qui lui apporte ses vaisseaux), le fait passer sur le côté du genou, et en comble aisément la cavité fémorale.

Il nous montre en 2 observations bien illustrées la technique et les résultats obtenus dans 2 cas d'ostéomyélite chronique de l'extrémité supérieure du tibia, et inférieure du fémur.

Il termine par quelques détails d'application : fixation du lambeau musculaire par quelques points de catgut aux bords de la cavité; ample plastie cutanée oblitérant bien toute la région; utilisation d'antibiotiques locaux; drainage éventuel de la zone de prélèvement du lambeau musculaire.

La guérison obtenue a été rapide et durable; on n'a observé aucun déficit dans la puissance du muscle triceps.

GUEULLETTE.

L. F. Peltier (Minneapolis, Minn.). — **Embolie graisseuse consécutive à l'enclouage intra-médullaire** (*Surgery*, vol. **32**, n° 4, Oct. 1952, p. 719-722, avec 2 fig.).

Le risque d'embolie existe de façon certaine dans les enclouages médullaires par suite du déplacement de la moelle osseuse et de l'augmentation de pression intra-médullaire due à l'introduction du clou.

Ce danger peut être réduit en employant un clou creux et en l'enfonçant lentement avec pause entre chaque coup de marteau.

Le shock doit être traité avec soin pendant ou après l'intervention.

Des cas mortels ont été publiés. P. en rapporte une observation : mort par embolie graisseuse pulmonaire et cérébrale à la suite d'un enclouage de la diaphyse fémorale chez un individu jeune.

PAUL BANZET.

W. Schuh — **Sur la variété maligne des tumeurs à cellules géantes des os** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 2, 1952, p. 188-202, avec 10 fig.).

A propos de 2 observations de tumeur osseuse à localisation sur la partie inférieure de la diaphyse fémorale, chez des hommes de 31 et de 44 ans, lésions qui furent toutes deux traitées par amputation de cuisse à la partie moyenne, l'auteur publie 2 obser-

vations très complètes avec aspects radiographiques et coupes histologiques et fait ensuite une étude anatomo-pathologique de cette variété particulière des tumeurs osseuses.

Chez le malade de 44 ans, il y eut une récidive locale précoce après l'amputation de cuisse et 5 mois après décès par métastase pulmonaire.

Le deuxième malade décéda également 3 mois après l'intervention par complication pulmonaire et s'il n'y avait pas cliniquement de récidive locale sur le moignon d'amputation, cette récidive put néanmoins être constatée sur les fragments osseux prélevés lors de l'autopsie.

Il s'agirait pour l'auteur d'une forme spéciale de tumeur osseuse à cellules géantes, forme primitivement maligne, caractérisée par l'irrégularité des cellules géantes, par le grand nombre de petites cellules géantes, par d'importantes proliférations des cellules fusiformes et l'apparition de nécroses.

Cette forme primitivement maligne doit être distinguée de la transformation secondaire des tumeurs bénignes à cellules géantes.

J. Sénèque.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

W. S. Blakemore, P. R. Dumke et **J. E. Rhoads** (Philadelphie). — **Gangrène après transfusion intra-artérielle** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 12, 21 Mars 1953, p. 988-989, avec 2 fig.).

Deux exemples de gangrène du membre supérieur, consécutive à une transfusion intra-artérielle.

Dans le 1er cas, chez un enfant de 7 ans, souffrant de brûlures étendues, l'humérale avait été abordée au pli du coude, et l'on avait injecté par cette voie, dans le sens crânial, 500 cm³ de plasma. L'artère avait été liée au niveau de son bout distal. 9 jours plus tard, l'avant-bras et la main étaient entièrement gangrénés et l'on dut pratiquer une amputation à 5 cm au-dessous du coude.

Le 2e cas concerne une femme de 45 ans, chez qui une transfusion avait été faite par voie radiale. Une canule avait été introduite à travers une courte incision oblique et maintenue en place au moyen d'une ligature. La transfusion avait été de 1 500 cm³ de sang, sous une pression de 90 mm de mercure. A la fin de la transfusion, la main était froide et cyanosée. La continuité de l'artère radiale fut rétablie chirurgicalement, 10 h plus tard, et une solution de procaïne à 1 p. 100 fut injectée dans l'artère. La couleur de la main et sa température s'améliorèrent, mais l'œdème persistait. La malade qui était atteinte de péritonite diffuse succombait 24 h plus tard. L'autopsie révéla l'existence d'une gangrène intéressant le pouce et l'index.

Les auteurs pensent que la transfusion intra-artérielle ne doit être employée que de façon exceptionnelle, et qu'il faut éviter de lier le segment d'aval de l'artère, l'obturation en étant temporairement assurée par compression, et celle-ci ne devant jamais excéder 15 mn.

Marcel Roux.

A. A. Thurlow, R. L. Rapport et **G. M. Curtis** (Santa-Rosa, Calif.). — **Enveloppement d'un anévrysme abdominal avec un film de polyvinyl** (*Archives of Surgery*, t. **65**, n° 6, Déc. 1952, p. 920-925, avec 4 fig.).

Anévrysme de la totalité de l'aorte abdominale chez un homme très fatigué, on se contente de l'entourer d'un film de polyvinil non fixé en place.

2 mois après sont survenus des accidents : hydronéphrose par obstruction de l'uretère droit, perforation du duodénum en 4 points, puis perforation de l'anévrysme.

Les auteurs rendent responsable de ces accidents le film en matière plastique qui avait migré et s'était tassé derrière le duodénum.

F. d'Allaines.

Charles Dubost, N. Œconomos, A. Lemoine et **F. Robert.** — **Anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale. Résection. Rétablissement de la continuité aorto-iliaque par une greffe d'aorte humaine conservée, longue de 15 cm** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **79**, nº 9, 4 Mars 1953, p. 227-232, avec 5 fig.).

Cette belle observation constitue le 2e cas, opéré avec succès par Dubost, de greffe après résection d'un anévrysme de l'aorte abdominale.

L'ectasie, chez un homme de 59 ans, siégeait sur le segment sous-rénal de l'aorte, n'atteignant pas les iliaques qui constituaient un matériel de suture de bonne qualité. Par laparotomie sous-péritonéale gauche, l'anévrysme fut libéré de la veine cave, 2 artères lombaires, la mésentérique inférieure, après vérification de la vitalité du côlon, furent coupées et liées. Un greffon d'aorte humaine conservée long de 15 cm fut suturé, en 50 mn, à l'aorte en haut, à l'iliaque primitive droite en bas, par des anastomoses termino-terminales, l'iliaque primitive gauche, elle, fut branchée en termino-latérale sur le greffon. L'aortographie, 1 mois 1/2 après l'opération, prouva, comme le laissaient prévoir la palpation des pouls distaux et l'oscillométrie, la parfaite perméabilité du greffon. Le résultat fonctionnel se maintient excellent.

SYLVAIN BLONDIN.

F. L. Cooke (Miami, Fla.), **C. W. Hugues, E. N. Jahnke** et **L. Seeley** (U. S. Army, Washington, D. C.). — **L'emploi des greffes artérielles homologues et des greffes veineuses autogènes pour réparer les larges pertes de substance artérielle** (*Surgery*, vol. **33**, nº 2, Fév. 1953, p. 183-189, avec 6 fig.).

Cet article a trait à 14 cas d'anévrisme traumatique ou de fistule artério-veineuse des gros vaisseaux dans lesquels la continuité vasculaire ne pouvait être rétablie par suture ou anastomose directe. Des greffes artérielles homologues ont été utilisées pour réparer la perte de substance dans 5 cas. Des modifications occlusives se sont produites dans 2 cas, l'une 4 mois, et la seconde 7 mois après l'opération.

Des greffes veineuses autogènes ont été utilisées dans 9 cas. 8 ont donné des résultats excellents: un greffon s'est thrombosé à la suite d'une importante infection post-opératoire.

La courte période d'observation (12 mois) ne permet pas de conclure définitivement. Cependant, il semble que, sauf pour l'aorte, les greffes veineuses constituent le matériel de choix. Les greffes artérielles provenaient de la Banque d'Artères de l'Hôpital; les greffes veineuses étaient prélevées extemporanément sur le blessé.

PAUL BANZET.

R. A. Deterling, M. S. Parshley et **J. W. Blunt** (New-York, N.-Y.). — **Sur le choix et l'emploi des greffes des vaisseaux sanguins** (*Surgery*, vol. **33**, nº 2, p. 213-231, avec 4 fig.).

A la suite d'expériences multiples faites chez le chien, depuis 1949, et d'après l'analyse de 500 autopsies pratiquées au Presbyterian Hospital de New-York, certains faits ont été établis concernant la manière de se procurer, de conserver et d'utiliser les homogreffes d'aorte.

A. — Des résultats satisfaisants ont été obtenus avec des greffes conservées par rapide congélation et maintenues plus de 40 jours dans une solution nutritive d'électrolyte.

B. — La viabilité des cellules de la greffe n'est pas le facteur essentiel pour assurer un succès fonctionnel.

C. — L'âge acceptable d'un donneur devrait être estimé d'après son apparence physiologique et la cause de son décès plutôt que d'après son âge véritable.

D. — Les individus dont la cause du décès peut être transmissible ou ceux dont la cause de la mort ne peut être absolument précisée doivent être exclus des donneurs.

E. — Le temps capital est la réfrigération rapide du cadavre plutôt que le temps écoulé entre la mort et le prélèvement du greffon. Celui-ci doit être effectué avec toutes les règles de l'asepsie.

F. — Des donneurs bien choisis et bien maniés doivent fournir des greffes satisfaisantes plus de 6 h après le décès. Des greffons prélevés 16 à 35 h après ont pu être utilisés avec succès par la Banque de Vaisseaux de New-York.

PAUL BANZET.

J. Johnson, C. K. Kirby et **J. D. Hardy** (Philadelphie, Pa.). — **Constitution d'un anévrysme dans les greffes veineuses expérimentales de l'aorte thoracique** (*Surgery*, vol. **33**, n° 2, Fév. 1953, p. 207-212, avec 5 fig.).

Des greffes de veines caves avec ou sans couverture péricardique ont été employées sur l'aorte thoracique de porcs.

Des complications nombreuses ont été observées et surtout des dilatations avec formation d'anévrisme. Ces résultats laissent penser que l'emploi de greffes veineuses n'est pas à conseiller sur l'aorte thoracique.

PAUL BANZET.

J. A. Kirtley, S. Y. Garret (Nashville, Tenn.) et **R. S. Martin** (Jackson, Miss.). — **Valeur de la sympathectomie lombaire dans 200 cas consécutifs de troubles vasculaires périphériques** (*Surgery*, vol. **33**, n° 2, Fév. 1953, p. 256-267, avec 2 fig.).

Analyse de 200 cas de sympathectomie lombaire :

78 malades opérés pour troubles vaso-moteurs ont été améliorés.

82 p. 100 des 22 malades atteints de thrombo-angéite oblitérante ont été améliorés.

76 p. 100 des 100 artério-scléreux ont été améliorés; 34 n'ont pas obtenu d'amélioration.

Sur 6 cas de thrombose de la bifurcation aortique, 5 ont eu des résultats satisfaisants à la suite de la sympathectomie.

Les contre-indications formelles sont :

Lésions cardiaques ou rénales.

Gangrène profonde d'un orteil.

Thrombose progressive et rapide d'une artère importante.

Les contre-indications relatives sont :

Atrophie marquée de la peau et du tissu sous-cutané du pied et de la jambe, témoin d'une pauvre circulation collatérale.

Douleurs constantes au repos et non soulagées par les blocs épiduraux ou périphériques.

Pas de réponse de la température périphérique au bloc épidural.

Parmi les soins post-opératoires, il faut insister sur l'utilisation précieuse de l'héparine, la reprise graduelle de l'activité avec marche lente et repos fréquent, la suppression totale du tabac.

PAUL BANZET.

Léopold Lambert et **Valère Muicq** (Liège). - **Considérations sur l'hypertension paroxystique** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **73**, n° 28, 5 Nov. 1952, p. 797-800. Rapport de SYLVAIN BLONDIN).

Une femme pléthorique de 59 ans présente sur un fond d'hypertension artérielle permanente des paroxysmes graves. La rétropneumo-péritoine montre une grosse surrénale droite. L'ablation de cette surrénale supprime les paroxysmes, sans guérir l'hypertension, et Lambert doit, 3 mois plus tard, réséquer les splanchniques et le sympathique lombaire gauches selon Adson. La malade est en bonne santé, mais avec une tension encore élevée 22-11, 3 ans plus tard. L'examen histologique de la surrénale montre une hémorragie intra-médullaire, sans tumeur chromaffine avec une corticale normale.

SYLVAIN BLONDIN.

F. van Goidsenhoven, J. Vandenbroucke et **E. Herpels** (Louvain). — **Le traitement chirurgical de l'hypertension** (*Acta Clinica Belgica*, t. **7**, fasc. 6, Nov.-Déc. 1952, p. 522-536).

Les auteurs rappellent les divers types d'hypertension et envisagent le traitement chirurgical dans les phéochromocytomes, dans l'hypertension urologique unilatérale et dans l'hypertension essentielle.

Dans les phéochromocytomes dont ils ont observé 4 cas (avec une guérison qui se maintient depuis 17 ans), l'intervention chirurgicale est formellement indiquée.

Elle peut donner de bons résultats dans l'hypertension par lésion rénale unilatérale. Il est donc indiqué de faire une pyélographie intra-veineuse chez tout malade présentant de l'hypertension avérée sans troubles rénaux fonctionnels. Sur 15 malades, les auteurs ont obtenu 8 fois une baisse remarquable et permanente de la tension. Mais il n'existe pas de critère absolu permettant de prévoir le résultat de l'opération.

Quant à l'hypertension essentielle, elle peut être améliorée dans certains cas. Sur 25 malades ayant subi la sympathectomie bilatérale, les auteurs ont eu 4 très bons et 6 bons résultats. Mais sur ces 31 opérés, 11 sont décédés, dont 4 de suites opératoires. A ce propos, ils étudient les contre-indications et les indications de la méthode. Celles-ci demeurent encore très limitées et très difficiles à préciser.

P. Gérard-Marchant.

F. M. Owens (Saint-Paul). — **La ligature de la veine cave dans la maladie thrombo-embolique** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 4, Oct. 1952).

12 cas de ligature de la veine cave sont rapportés et les auteurs concluent que :

Il s'agit d'un procédé de sauvetage dans des cas choisis de thrombo-embolie.

Les résultats du traitement sont satisfaisants.

Les troubles qui peuvent être remarqués après la ligature sont la conséquence de la thrombo-phlébite ilio-fémorale et non de la ligature.

F. d'Allaines.

C. T. Surington et **A. F. Jonas** (Eri, P. A.). — **Veinographie intra-abdominale après ligature de la veine cave inférieure** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 4, Oct. 1952).

Les auteurs concluent avec Moses que : à chaque fois que l'œdème suit la ligature de la veine cave ou des veines iliaques, il y a sans aucun conteste, soit une persistance, soit une récidive du processus thrombo-phlébitique; en d'autres termes : les suites fâcheuses sont dues à la maladie vasculaire pour laquelle la ligature a été pratiquée et non à la ligature elle-même.

F. d'Allaines.

E. J. Jahnke, S. F. Seeley et **E. D. Palmer** (Washington). — **Valeur de la ligature des artères hépatique et splénique pour hypertension portale; rapport de 1 cas** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, Janv. 1953, p. 98-103).

Un soldat de 28 ans, qui présentait une cirrhose hépatique, eut à plusieurs reprises des hématémèses massives, suivies d'anémie marquée. L'œsophagoscopie montra de volumineuses varices sur l'œsophage tout entier, et dans le tiers supérieur de l'estomac. Après un traitement médical, qui amena une amélioration de l'anémie, on intervint et on fit une ligature de l'artère hépatique et de l'artère splénique. La pression dans une branche de la veine porte passa alors, au cours de l'opération, de 418 mm d'eau à 180. Mais 14 jours après l'opération, l'œsophagoscopie montrait des varices aussi volumineuses qu'avant. Une série de mensurations de la pression veineuse, montrait qu'au bout de 10 mois elle atteignait 390 mm d'eau. Bien que cet opéré n'ait pas eu d'autre hématémèse pendant ces 10 mois, il reste un candidat aux hémorragies graves; on lui proposa une anastomose porto-cave, mais il la refusa.

M. Guimbellot.

E. J. Jahnke, F. N. Cooke et **S. F. Seeley** (U. S. Army, Washington, D. C.). — **Une modification du clamp bulldog de Potts permettant son emploi dans les anastomoses porto-caves** (*Surgery*, vol. **33**, n° 1, Janv. 1953, p. 48-51, avec 3 fig.).

Il s'agit d'un clamp bulldog de Potts modifié, dont la lame a deux fois la longueur du modèle courant.

Il permet une prise latérale de la veine cave ou de la veine rénale suffisante pour pratiquer l'anastomose et laissant cependant place à un flux sanguin satisfaisant dans la portion non clampée du vaisseau.

Le segment à suturer en anastomose termino-latérale est maintenu par un clamp de Potts à coarctation.

PAUL BANZET.

NERFS

F. Pirner. — **Métastase cancéreuse dans les nerfs périphériques** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 2, 1953, p. 243-252).

Il s'agit d'une observation fort rare, concernant un homme de 60 ans qui présentait à la fois avec des symptômes pulmonaires, une tumeur sur la face dorsale de l'avant-bras du côté droit au tiers moyen. Une intervention sur l'avant-bras montra l'existence d'une tumeur de 4 cm 1/2 de longueur sur 1 cm d'épaisseur, tumeur faisant corps avec la branche postérieure du nerf radial, qui fut réséquée.

L'examen histologique devait montrer qu'il s'agissait d'un cancer épithélial métastatique, à cellules plates, et étant donné l'existence d'une tumeur médiastinale dans l'hémithorax droit, tumeur qui a tout fait l'aspect radiographique d'un néoplasme, l'auteur conclut à une métastase d'un cancer du poumon, au niveau de la branche postérieure du nerf radial. Une deuxième métastase fut extirpée sous le cuir chevelu. Le malade mourut 5 mois après, mais l'autopsie n'a pu être pratiquée.

J. SÉNÈQUE.

H. Zettel. — **Clinique et traitement de la sclérodermie** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 1, 1952, p. 46-63, avec 14 fig.).

Article illustré par des figures et des examens histologiques concernant 9 cas de sclérodermie dont 7 cas associés à une maladie de Raynaud. L'étiologie de cette affection reste encore obscure et elle résulterait d'un trouble de l'innervation vasculaire, la cause initiale devant se trouver dans un dérangement central de la région hypophysaire et du diencéphale; les troubles hormonaux seraient d'après l'auteur d'importance secondaire.

A côté des symptômes connus de la sclérodermie, l'auteur a observé des altérations fréquentes au niveau du squelette et sur les muqueuses de la partie supérieure du tube digestif.

Au point de vue thérapeutique, il conseille la résection bilatérale des ganglions étoilés avec résection du tronc sympathique; en cas de trouble du métabolisme du calcium associé, il est recommandé de procéder à l'ablation des parathyroïdes et d'adjoindre à cette intervention un traitement par l'Hydergine qui renforcerait l'intervention sur le sympathique et garantirait l'effet thérapeutique.

J. SÉNÈQUE.

J. A. Evans, H. J. Rubitsky et **A. W. Perry** (Boston). — **Traitement de la sclérodermie progressive diffuse** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 11, 14 Avril 1953, p. 891-899).

La sclérodermie est essentiellement une maladie primitive du collagène où intervient secondairement un phénomène vasculaire. Le relâchement du tonus vasculaire semble avoir incontestablement un effet favorable, observé dans l'expérience des auteurs, chez 88 p. 100 de leurs malades. L'efficacité de cette thérapeutique serait

particulièrement nette au niveau de la face, et en ce qui concerne les troubles fonctionnels viscéraux fréquemment associés, œsophagiens et laryngés en particulier.

Aucun traitement médical n'a donné aux auteurs des résultats aussi satisfaisants que la sympathectomie large. Celle-ci doit intéresser au moins les 5 premiers segments thoraciques pour les lésions de la face et des membres supérieurs. Mais il vaut mieux l'élargir à la totalité du sympathique thoracique, à l'exception toutefois des territoires d'origine de l'un des deux grands splanchniques pour éviter les accidents d'hypotension posturale.

Les auteurs semblent n'accorder, par contre, aucun crédit à la parathyroïdectomie qu'ils n'ont jamais pratiquée.

MARCEL ROUX.

CRANE ET ENCÉPHALE

H. Pickl. — **Sur l'ostéomyélite de l'os frontal, à forme tumorale** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 3, 1952, p. 381-384, avec 1 fig.).

Intéressante observation sur 1 cas d'ostéomyélite de l'os frontal survenu chez un homme de 20 ans présentant des douleurs céphaliques avec tendance au sommeil. Température : 38°; signes neurologiques négatifs. La radiographie montre un épaississement de l'os frontal sur plus de 3 cm avec transparence normale des sinus.

A l'incision et trépanation on découvre un abcès sous périosté et épidural avec pus épais dans lequel on a pu mettre en évidence la présence de staphylocoque doré Guérison complète qui se maintient depuis 2 ans.

J. SÉNÈQUE.

O. Meinertz. — **Sur cas rare de kyste épidermoïde du pariétal** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 2, 1952, p. 214-221, avec 4 fig.).

Chez un homme de 23 ans on constatait un enfoncement de 4 cm de longueur sur 1 cm de large au niveau de l'os pariétal gauche; il n'existait par ailleurs aucun trouble clinique et l'on ne percevait aucune pulsation anormale; la radiographie confirmait l'existence de cette perte de substance, tandis que l'artériographie, la ponction sternale, l'examen n'apportaient aucun élément de précision. L'intervention pratiquée directement sur la région montra une perte de substance sur la table externe et l'existence à cet endroit d'une masse amorphe d'aspect cristallin qui se révéla être un kyste épidermoïde.

L'auteur en discute la symptomatologie et le diagnostic différentiel. L'intervention ne peut être que l'exérèse complète et le pronostic en est favorable quand l'évidement a été complet.

J. SÉNÈQUE.

H. M. Cuneo et **C. W. Rand** (Los Angeles). — **Tumeurs du ganglion de Gasser : tumeur du ganglion de Gasser gauche avec élargissement du nerf mandibulaire; revue de la littérature et compte rendu de 1 cas** (*Journal of Neurosurgery*, t. **9**, n° 5, Sept. 1952, p. 423-431, avec 6 fig.).

Les tumeurs du ganglion de Gasser sont peu communes (22 primitives et 59 secondaires d'après la revue de Cohen en 1933); les moins rares sont les méningiomes, puis les fibro-sarcomes et les neurinomes. L'ordre d'apparition des symptômes permet parfois de déterminer si la tumeur est dans la fosse moyenne ou la fosse postérieure; en principe, la douleur existe lorsque la tumeur envahit d'abord le ganglion et manque quand elle commence par la racine sensitive; en fait, le diagnostic avec les tumeurs de l'acoustique reste souvent incertain. On peut très rarement savoir s'il s'agit d'une tumeur du ganglion qui a fusé le long du nerf ou inversement; dans le cas de C. et R., la seconde éventualité semble plausible; en effet, chez un homme de 37 ans ayant depuis 2 ans des paresthésies et des douleurs dans la lèvre inférieure, puis le tragus, la joue et la langue, avec peu de perturbations objectives, les radio-

graphies en série ont montré l'apparition d'une dilatation considérable du trou mentonnier et du canal dentaire inférieur, puis du trou ovale. A l'intervention par voie temporale, on a trouvé une tumeur englobant tout le ganglion, qui a été enlevée après section de la racine sensitive (la racine motrice n'a pas été vue) et des trois branches; les deux branches maxillaires étaient envahies et ont été coagulées à travers les trous de la base; histologiquement, il s'agissait probablement d'un schwannome malin.

LUCIEN ROUQUÈS.

J. Guillaume et **G.** et **Y. Mazars** (Paris). – **Étude statistique des résultats éloignés de la chirurgie de l'épilepsie** (*Presse Médicale*, **61**, n° 43, 20 Juin 1953, p. 881-882).

Cette statistique porte sur 110 opérés revus sur un total de 150 interventions. Les auteurs précisent qu'il s'agit uniquement d'épilepsies « essentielles » à point de départ focal dont le repérage doit être rigoureusement fait sur des données électrographiques très précises et contrôlé en cours d'opération, afin d'éviter d'empiéter sur des zones pouvant entraîner d'importants déficits de la motricité ou de la parole. De là, nécessité absolue d'employer l'anesthésie locale. De là aussi nécessité de laisser certaines interventions incomplètes soit pour éviter les déficits précités, soit par suite d'impossibilités techniques (vaisseaux en situation anormale par exemple). Tous les opérés étaient des malades graves, ayant résisté aux traitements médicamenteux les plus persévérants, ou s'étant montré intolérants aux doses élevées nécessaires à l'obtention d'un résultat positif. Toutes ces conditions étant réalisées, l'intervention s'est montrée très bénigne en général et les résultats partiels n'ont été enregistrés que dans 23 cas pour les raisons énoncées ci-dessus (persistance des crises mais avec une diminution de plus de 50 p. 100 dans 18 cas).

Restent 82 bons résultats avec un *recul variant de 6 mois à 4 ans*, ce qui est d'autant plus intéressant que dans 84 p. 100 des cas, c'est au cours du 1er mois que réapparaissent les crises (en cas de résultat partiel).

Sur les 82 malades à bons résultats, on en note 27 avec suppression totale des crises, sans séquelles et sans médication, 27 même état, mais légère médication nécessaire (0,10 de gardenal), 9 avec légères séquelles, 19 avec persistance d'une ou deux crises par an.

La statistique comprend seulement 5 mauvais résultats dont 1 décès, 1 aggravation, 3 résultats nuls.

Ces résultats sont des plus encourageants et les auteurs espèrent pouvoir étendre les indications de l'intervention.

M. DENIKER.

M. Greenblatt, E. E. Robertson et **H. C. Solomon** (Boston). – **Résultats après 5 ans de 100 cas de lobotomies préfrontales bilatérales** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 3, 17 Janv. 1953, p. 200-202).

Étudiant le devenir des 100 premiers malades opérés de lobotomies bilatérales préfrontales, selon la technique de J. L. Poppen, entre 1943 et 1946, les auteurs constatent que, dans l'ensemble, les résultats de l'intervention sont stables.

Près de la moitié de ces malades ont pu être rendus, à une vie de liberté; 30 p. 100 ont recouvré une activité professionnelle normale. La mortalité opératoire a été de 2 p. 100.

Il a été observé chez 12 p. 100 des patients, des crises convulsives, mais généralement peu fréquentes et facilement contrôlées par la thérapeutique médicale. Les autres complications post-opératoires sont pratiquement négligeables.

2/3 des malades ont un état mental satisfaisant.

MARCEL ROUX.

R. W. Rand et **L. J. Lemmen** (Ann Arbor). — **Tumeurs de la partie postérieure du 3e ventricule** (*Journal of Neurosurgery*, t. **10**, n° 1, Janv. 1953, p. 1-18, avec 8 fig.).

Ce travail est basé sur 32 cas de tumeurs de la partie postérieure du 3e ventricule, y compris celles ayant leur origine dans la paroi et dans la pinéale; dans 13 cas, le diagnostic est resté clinique et ventriculographique. Prédominance très nette pour le sexe masculin. Age variant de 14 mois à 64 ans et plus de la moitié des cas au-dessous de 16 ans; période pré-opératoire de 11 mois en moyenne avec des extrêmes de 10 jours et de 5 ans. Le tableau est celui d'une hypertension intra-crânienne associée ou non à des signes focaux, en particulier à des troubles des mouvements conjugués des yeux et des réactions pupillaires. Les calcifications pinéales qui ont une grande valeur au-dessous de 10 ans, et les images ventriculographiques ne permettent aucune conclusion quant au type histologique (9 pinéalomes, 5 pinéaloblastomes, 4 tératomes, 1 gliome indifférencié).

L'intervention directe par les méthodes de Dandy et de Van Wagenen a une mortalité énorme : 12 cas sur 17, les autres ayant survécu de 4 mois à 12 ans. Dans 12 cas, on a associé la ventriculostomie ou la ventriculocisternostomie à la rœntgenthérapie avec des résultats très supérieurs, 9 malades restant en bon état après 2 à 13 ans.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. L. Silver et **G. Hennigar** (Baltimore). — **Hémangiome cérébelleux (hémangioblastome); revue clinico-pathologique de 40 cas** (*Journal of Neurosurgery*, t. **9**, n° 5, Sept. 1952, p. 484-494, avec 7 fig.).

Les symptômes des hémangiomes du cervelet sont ceux de toute tumeur de la fosse postérieure, avec une durée pré-opératoire de 10 mois en moyenne, sans prédominance pour un sexe; ils surviennent à tous âges, mais surtout de 20 à 60 ans; 9 des 40 malades avaient une maladie de Lindau et 3 une polyglobulie; 16 tumeurs adhéraient aux méninges dont 8 à la dure-mère; 30 comportaient un grand kyste et un nodule tumoral, 4 étaient multiloculaires et 6 solides; en majorité, ces tumeurs étaient bien circonscrites et séparées du parenchyme cérébelleux par une couche gliale lâche; cytologiquement, elles ne présentent que peu ou pas de signes de malignité, quel que soit leur type, juvénile, de transition et à cellules claires.

2 malades sont morts avant d'être opérés et 8 de l'opération; sur les 30 autres, 7 sont morts avec une survie moyenne de 10,7 années et pour 2 au moins, le décès est indépendant de la tumeur; 23 sont encore vivants avec une survie moyenne de 6,2 années; 9 malades ont été réopérés dont 2 ont subi 4 interventions; l'ablation complète n'est pas toujours facile et on ne distingue pas toujours bien la tumeur du tissu voisin, mais si on a pu enlever la tumeur en totalité, elle ne récidive pas; la conception de l'origine multicentrique semble inexacte.

LUCIEN ROUQUÈS.

RACHIS ET MOELLE

H. W. Baker et **B. L. Coley** (New York). — **Chordome d'une vertèbre lombaire** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **35-A**, n° 2, Avril 1953, p. 403-408, avec 9 fig.).

Le chordome est une tumeur maligne à lent développement dont les éléments sont fournis par la notocorde primitive; elle a été décrite, dès 1856, par Luschka et actuellement plus de 300 cas ont été publiés. Horowitz, en 1941, attirait l'attention sur le fait que les chordomes apparaissent plus souvent dans les vestiges hétérotopiques de corde que dans le reste normal de la notocorde, le nucleus pulposus.

Le siège du chordome est le plus souvent la région sacro-coccygienne; vient ensuite le crâne (région du sphénoïde) et rarement les mâchoires.

15 p. 100 des cas connus siègent dans la région vertébrale. L'aspect radiographique est celui d'une destruction osseuse du corps et de l'arc.

L'observation rapportée par B. et C. concerne un dentiste de 39 ans présentant dans les deux tiers postérieurs du corps de la III[e] vertèbre lombaire une zone de destruction osseuse étendue aux deux pédicules, surtout au droit.

Une biopsie permit un examen histologique qui conclut à un chordome typique.

Radiothérapie pendant près de 1 mois et immobilisation dans un corset.

Au bout de 7 mois, le malade avait repris du poids; il était en excellente santé. La radiographie montrait une réparation osseuse.

ALBERT MOUCHET.

L. Littman (Brooklyn). — **Chordome sacro-coccygien** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 1, Janv. 1953, p. 80-90, avec 6 fig.).

L. fait une revue générale de la question du chordome sacro-coccygien, et en apporte 3 observations inédites, qui font un total de 168 cas avec celles déjà publiées. Développées aux dépens des restes de la notochorde, ces tumeurs surviennent à tout âge, et on a cité 1 cas chez un homme de 86 ans.

C'est une tumeur à marche lente, mais qui n'a jamais pu être guérie : elle récidive localement dans la plupart des cas, et donne des métastases dans 10 p. 100 d'entre eux.

L'étendue du traitement chirurgical à faire reste encore controversée. L'extirpation radicale primitive, à la fois par voie abdominale et par voie postérieure, pratiquée par un chirurgien général, un chirurgien osseux et un neuro-chirurgien, donne le meilleur espoir de succès; cependant dans quelques cas les excisions locales répétées ont donné un meilleur résultat palliatif.

Les 3 observations inédites sont données en détail : malades de 23 ans, 64 ans, 58 ans. Deux d'entre eux avaient eu des antécédents de traumatismes locaux, plusieurs années auparavant.

M. GUIMBELLOT.

GLANDES SALIVAIRES

Danko Riessner (Zagreb, Yougoslavie). — **Traitement chirurgical des tumeurs parotidiennes** (*Archives of Surgery*, t. **65**, n° 6, Déc. 1952, p. 831-848, avec 9 fig.).

Après une étude anatomique et physiologique assez détaillée, l'auteur décrit le type d'intervention auquel il accorde la préférence. Elle s'individualise par les points suivants :

1° Incision esthétique entourant la racine de l'oreille et prolongée en haut le long du zygoma.

2° Découverte préalable du facial par sa branche supérieure en regard du zygoma.

3° Section du nerf auriculo-temporal pour éviter toute fistule post-opératoire (nerf sécrétoire).

Ce travail ne concerne que les tumeurs mixtes pour lesquelles, sur 43 cas, l'auteur n'a fait que 1 fois sur 4 une ablation totale de la glande, les autres cas n'étant que des résections partielles ou même des énucléations. Sur ces 43 cas, il y a eu 3 morts et une seule récidive locale.

F. D'ALLAINES.

COU

J. D. Brown et **M. P. Fryer** (Saint-Louis, Mo.). — **Tumeur du corpuscule carotidien** (*Surgery*, vol. **32**, n° 6, Déc. 1952, p. 997-1002, avec 4 fig.).

B. et F. rapportent l'observation d'une malade de 62 ans opérée d'une tumeur du corpuscule carotidien qui paraît être la plus volumineuse publiée dans la littérature médicale; elle occupait en effet la presque totalité du côté gauche du cou. L'extir-

pation de cette volumineuse masse a nécessité la ligature et l'extirpation de la jugulaire interne, la section du XII, la ligature de la carotide primitive et de ses deux branches. Les suites opératoires ont été troublées par une hémiplégie très fugace et la malade a pu quitter l'hôpital, guérie, 15 jours après l'opération. Il est vraisemblable qu'une compression progressive des carotides par la tumeur s'était installée depuis de longs mois.

PAUL BANZET.

J. H. Birrel (Melbourne, Australie). — **Tumeur du corpuscule carotidien. Étude de 3 cas, comprenant 1 cas de tumeur bilatérale** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **22**, n° 2, p. 123-135, avec 13 fig.).

Les tumeurs du corpuscule carotidien ne sont pas de véritables tumeurs, mais doivent être considérées comme de simples hyperplasties. Elles sont le plus souvent bénignes bien que parfois les études histologiques peuvent montrer quelques signes de dégénérescence.

Une abondante innervation peut toujours être mise en évidence. Le diagnostic préopératoire est souvent impossible et la possibilité d'une tumeur du corpuscule carotidien doit toujours être présente à l'esprit au cours d'une exploration chirurgicale d'une tumeur du cou. Une angiographie a pu parfois aider au diagnostic.

La radiothérapie étant sans aucun effet, c'est l'opération précoce qui est le traitement de choix. La mortalité demeure cependant élevée, au voisinage de 30 p. 100.

L'accident toujours possible est la thrombose des carotides.

3 cas sont rapportés, tous les 3 opérés sans avoir eu à faire de ligature de la carotide, cependant un malade présentant une tumeur unilatérale est décédé.

Les examens post-opératoires du malade atteint de tumeur bilatérale et surtout l'étude de la proportion d'oxygène dans l'air expiré font émettre l'hypothèse que l'anoxémie avec une pression d'oxygène subnormale est le stimulus du corpuscule carotidien.

L'étude histologique montrant une innervation très importante de la tumeur laisse prévoir qu'elle agit en tant que tissu fonctionnel. Le pourcentage des tumeurs malignes est pratiquement négligeable.

PAUL BANZET.

G. C. Freeman (Honolulu). — **Traitement chirurgical conservateur du lymphangiome kystique massif** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 1, Janv. 1953, p. 12-17, avec 6 fig.).

Un enfant mâle, normal par ailleurs, naquit avec un volumineux lymphangiome kystique, situé en partie dans le côté droit du cou, en partie dans l'aisselle droite, avec jonction rétro-claviculaire. On fit d'abord de la radiothérapie, qui fut suivie d'une grosse infection intestinale. L'enfant fut opéré à l'âge de 5 semaines. On s'attaqua à la masse cervicale qui adhérait fortement aux vaisseaux et au plexus brachial. L'opération fut laborieuse et dura 2 h. 30 mn. 8 jours plus tard, on intervint sur la tumeur axillaire, qui adhérait aussi aux vaisseaux et nerfs de l'aisselle; cette opération dura 4 h. Le malade guérit et à l'âge de 2 ans, se servait très bien de son bras droit.

7 autres cas ont été opérés dans le même hôpital, tous, sauf 1, au-dessous de 2 ans. Tous siégeaient au cou, ou à l'aisselle, ou aux deux. On n'usa pas d'agents sclérosants, sauf lorsque certaines cavités kystiques, adhérentes à des organes vitaux, devaient être laissées en place (médiastin par exemple). Dans 1 seul cas on observa une récidive. Avec une bonne anesthésie et des soins appropriés, un nourrisson peut supporter une opération de 6 ou 7 h. L'opération doit être faite aussitôt que possible. Et dans les grosses tumeurs, l'amputation du membre, qui a été proposée, est exceptionnellement, ou même jamais, indiquée.

M. GUIMBELLOT.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

H. Burmeister. — **Clinique et traitements des goitres géants** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 2, 1952, p. 237-249).

L'auteur publie la statistique des malades opérés par le professeur Félix à la Charité de Berlin dans ces 20 dernières années.

114 cas de goitres géants ont été opérés à la Clinique de la Charité dont 81 femmes et 33 hommes.

La majeure partie de ces malades avaient entre 40 et 70 ans (80 cas); 3 cas seulement entre 70 et 80 ans; les autres cas concernent des malades entre 10 et 40 ans.

L'auteur insiste sur les troubles respiratoires, cardiaques, vasculaires et digestifs que ces goitres sont susceptibles de provoquer.

L'intervention a été conduite suivant la technique de strumectomie de Enderlen-Hotz.

La mortalité opératoire signalée est de 8,8 p. 100, le plus souvent par complications cardio-pulmonaires.

J. SÉNÈQUE.

J. M. Dorsey et **A. Mac Kimon** (Evanston Ill.). — **Intervention sur le goitre intra-thoracique par sternotomie médiane** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 4, Oct. 1952).

Les auteurs rapportent 2 cas d'extirpation de goitre intra-thoracique par sternotomie médiane.

Ils préconisent cette intervention dans le cas de goitre descendant dans le médiastin antérieur et recommandent l'emploi de la trachéotomie systématique pour faciliter les suites opératoires.

Enfin ils préconisent l'emploi d'iode radio-actif pour préciser à l'aide du compteur de Geiger la localisation des lésions.

F. D'ALLAINES.

H. Kuhne. — **Transplantation de tissu thyroïdien: réinnervation du transplant** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 2, 1952, p. 199-214, avec 20 fig.).

Important travail de chirurgie expérimentale provenant du service de professeur Félix à la Charité de Berlin: travail illustré de très belles coupes histologiques. Les expériences ont porté sur le chien et ont été conduites de la manière suivante : une des moitiés du corps thyroïde était réimplantée, réinnervée avec le moignon central du vago-sympathique, tandis que l'autre moitié était simplement couchée dans la musculature sans adjonction nerveuse.

Le résultat de ces expériences qui s'étendirent de 63 à 396 jours fut que seul le corps thyroïde qui avait été artificiellement réuni au vago-sympathique se conserva après la greffe libre, tandis que l'autre lobe périt. Il semble donc bien que le vago-sympathique exerce une influence trophique sur le greffon. L'auteur attribue à l'acétylcholine qui provient de la section transversale du nerf et des fibres régénératrices du greffon une grande importance pour l'influence trophique sur le tissu thyroïdien.

J. SÉNÈQUE.

ŒSOPHAGE

F. G. Kergin (Toronto). — **Obstruction œsophagienne due à un paraffinome du médiastin** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 1, Janv. 1953, p. 91-97, avec 4 fig.).

K. rapporte l'observation d'une femme de 22 ans qui présentait un rétrécissement de l'œsophage, d'étiologie assez rare. A l'âge de 13 ans, elle avait eu une tuberculose du poumon droit, pour laquelle on avait fait un pneumothorax extra-pleural et

8 mois plus tard, on avait remplacé l'air par une solution de Goménol dans de la paraffine liquide. La malade guérit bien et c'est 6 ans plus tard que commença à apparaître la dysphagie. La radiographie montra une sténose de 5 cm de long de l'œsophage au niveau du manubrium sternal.

Le traitement de cette affection se fit en trois temps. On fit une thoracoplastie postérieure de 5 côtes droites (en respectant la première) et on enleva une masse dure, contenant à son centre une certaine quantité d'huile de paraffine limpide. La déglutition ne fut pas très améliorée.

14 mois plus tard, on fit une laparotomie qui permit de préparer un segment du côlon transverse de 25 cm avec ses vaisseaux. Enfin, après 1 autre mois, par une nouvelle laparotomie et par une incision cervicale, on remonta ce côlon à travers le diaphragme, puis à travers des adhérences pleurales gauches, en arrière du pédicule pulmonaire gauche et on l'amena dans le cou pour l'anastomoser à l'œsophage cervical, qui était dilaté. La malade guérit.

M. GUIMBELLOT.

F. Roy et **D. Lapointe** (Québec). - **Un cas de fistule trachéo-œsophagienne congénitale** (*Laval Médical*, vol. **17**, n° 6, Juin 1952, p. 748-753).

Les fistules trachéo-œsophagiennes sont plus fréquentes qu'on ne le pensait autrefois. Potts en observe 37 cas en 4 ans, Bigger 89 en 7 ans.

Depuis 1938 les succès opératoires ne sont plus des raretés (Potts : 11 succès sur 29 opérés). R. et L. rapportent l'observation d'un bébé de 7 mois qui leur fut adressé moribond (pouls incomptable, suffocation, cyanose, surdistension abdominale), il s'agissait d'une fistule trachéo-œsophagienne compliquée de broncho-pneumonie.

Une gastrostomie permit dans un premier temps de supprimer la distension aérienne de l'estomac et de permettre l'alimentation.

Dans un deuxième temps, après repérage radiologique et œsophagoscopique de la fistule, on put en assurer la fermeture par voie cervicale.

R. SAUVAGE.

E. F. Bermann (Baltimore). — **Prothèse en matière plastique pour résection de l'œsophage** (*Archives of Surgery*, t. **65**, n° 6, Déc. 1952, p. 916-918, avec 3 fig.).

La prothèse remplace 8 cm d'œsophage réséqué au 1/3 inférieur. 10 mois après sa pose, elle peut être retirée, sans dommage, mais le malade meurt 2 mois plus tard de métastases.

F. D'ALLAINES.

POUMON ET PLÈVRE

J. H. Forsee et **P. E. J. Klinger** (Denver). — **Lobectomie pour bronchiectasie** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 1, Janv. 1953, p. 74-76).

F. et K. étudient 237 cas de bronchiectasie traités depuis 6 ans 1/2, dans un hôpital d'armée par lobectomie d'un ou quelquefois deux lobes. Le traitement de la bronchiectasie en dehors de la chirurgie donne des résultats très médiocres.

Sur les 237 cas opérés, il n'y a que 1 cas de mort post-opératoire, soit une mortalité de 0.42 p. 100. Les plus grandes complications ont été la fistule broncho-pleurale (3 p. 100 des cas) et l'empyème (6 p. 100).

M. GUIMBELLOT.

Alfred Dumont (de Bruxelles) et **D. Honoré** (de Liège). — **La résection pulmonaire dans le traitement chirurgical de la tuberculose** (*Acta Chirurgica Belgica*, Rapport au Congrès annuel de l'Association Belge de Chirurgie, Mai 1953, Bruxelles, suppl. I, 158 p., avec 50 fig.).

Ce très important travail, par sa pondération, le nombre des références bibliographiques, mérite une lecture attentive. Il est impossible de résumer ces chapitres,

très étudiés, qui envisagent les lésions anatomo-pathologiques, les examens préopératoires, les techniques, les indications et les résultats.

Les auteurs apportent une statistique intéressante des 70 malades qu'ils ont opérés.

SYLVAIN BLONDIN.

C. G. Mc Eachern, R. R. Mc Coy et **J. E. Arata** (Fort Wayne, Ind). — **Lobectomie pour kyste congénital du poumon** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 12, 21 Mars 1953, p. 992-993, avec 4 fig.).

Chez un nourrisson dont la dyspnée et la cyanose n'étaient en aucune manière améliorées par l'oxygénothérapie, la radiographie révélait un aspect kystique du poumon droit, avec refoulement du cœur et du médiastin.

L'intervention fut pratiquée le 9e jour de la vie.

Les kystes occupaient le lobe inférieur du poumon, collabant les deux lobes supérieurs.

La lobectomie fut parfaitement supportée et 4 semaines plus tard, la réexpansion pulmonaire était totale, l'équilibre médiastinal rétabli.

MARCEL ROUX.

C. V. Armand Ugon (Montevideo). — **Traitement du kyste hydatique du poumon et de ses complications** (*Journal International de Chirurgie*, t. **12**, n° 3, Mai-Juin 1952, p. 155-178).

Depuis 8 ans, 283 kystes intra-thoraciques, dont 229 pulmonaires, furent opérés par thoracotomie large.

Les « kystes hyalins » sont traités par l'énucléation de l'hydatide intacte après incision de l'adventice. La portion d'adventice « émergente » est excisée jusqu'au parenchyme; les orifices bronchiques sont fermés ou la cavité capitonnée par des points en bourse superposés. U. n'est pas partisan de l'exérèse de la totalité de l'adventice, préconisée par Perez Fontana.

Sur les 102 cas de kystes hyalins opérés en ménageant l'adventice, il n'a observé aucune cavité résiduelle. L'exérèse lobaire ou segmentaire doit être réservée à des cas exceptionnels.

Les « kystes vomiqués » se traduisent par un pyo-pneumokyste hydatique, puis par « l'encerclement de la membrane ». Le choix entre le traitement conservateur et la résection pulmonaire est affaire de moment et de cas : 59 opérations conservatrices ont donné des résultats excellents sans complication. Par contre, dans l'éventualité de vieux kystes infectés, de cavités hydatiques résiduelles après vomiques, de bronchectasies parahydatiques, la résection pulmonaire s'impose le plus souvent : 62 résections, lobectomies, pneumonectomies ou résections atypiques avec 2 morts.

Excellent article qui mérite d'être lu *in extenso*.

R. SAUVAGE.

W. Denk. — **Réflexions sur le cancer bronchique** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **186**, 3, 1953, p. 282-291, avec 1 fig.).

L'auteur envisage d'abord le rôle du tabac dans l'étiologie du cancer bronchique. Sur une statistique de 715 cancers bronchiques chez des malades de sexe masculin, on relève 52 non fumeurs (7,2 p. 100), 224 fumeurs légers (31,5 p. 100), 229 fumeurs moyens (32 p. 100) et 210 gros fumeurs (29,3 p. 100).

Par contre, chez la femme l'influence du tabac ne semble pas intervenir puisque sur 42 femmes atteintes de cancer bronchique, 30 ne fumaient pas.

En ce qui concerne le résultat des interventions pratiquées entre 1947 et 1952 :

Pneumonectomies : 241 cas, avec 47 morts post-opératoires, 75 morts tardives et 119 survies.

Lobectomies : 40 cas avec 6 morts post-opératoires, 12 morts tardives et 22 survies.

Thoracotomies exploratrices : 252 avec 25 morts post-opératoires, 187 morts secondaires et 40 survies.

On peut dire que la mortalité opératoire de la pneumonectomie a été de 19,5 p. 100; pneumonectomies et lobectomies ensemble; mortalité opératoire 18,8 p. 100, mais depuis les anesthésies modernes la mortalité est tombée à 13,9 p. 100.

Sur 216 opérés suivis, ayant subi une pneumonectomie, 43 p. 100 sont encore vivants; 49 entre 6 mois et 1 an, 25 entre 1 et 2 ans, 12 entre 2 et 3 ans, 4 entre 3 et 4 ans, 2 entre 4 et 5 ans, 1 survie depuis 5 ans et 3 mois. La majorité des métastases secondaires s'observe entre 2 et 3 ans après l'intervention.

En ce qui concerne les résultats fonctionnels sur 44 opérés depuis plus de 1 an, 24 sont en très bon état, 12 ne peuvent rester longtemps debout, 8 présentent des troubles respiratoires marqués.

J. Sénèque.

E. Hasche. — **Sur le diagnostic différentiel du cancer bronchique** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 2, 1952, p. 129-157, avec 25 fig.).

Travail important provenant du service du professeur Felix, à l'hôpital de La Charité, de Berlin. A propos de 15 cas de cancer bronchique, l'auteur insiste sur les difficultés d'un diagnostic exact et interprétant les clichés radiographiques, il déclare qu'aucune image ne peut être considérée comme absolument pathognomonique.

Le diagnostic différentiel entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes est souvent difficile; la symptomatologie est trompeuse et particulièrement dans les cas de tumeur juxta-hilaires, il étudie enfin les symptômes particuliers des cancers périphériques et des abcès tumeurs. Une excellente iconographie vient illustrer cet article.

J. Sénèque.

E. K. Johnson et **J. L. Mangiardi** (Brooklyn, N.-Y.). — **Léiomyosarcome primitif du poumon traité par pneumonectomie** (*Surgery*, vol. **32**, n° 6, Déc. 1952, p. 1006-1013, avec 4 fig.).

Observation ayant trait à un léiomyosarcome primitif du poumon, affection très rare dont J. et M. n'ont trouvé que 2 autres cas dans la littérature médicale.

Le malade a subi avec succès une pneumonectomie totale; il est en bon état, sans signes de récidive, 2 ans après l'opération.

Paul Banzet.

N. G. M. Orie et **E. E. M. Ceelen** (Groningen). — **Retentissement circulatoire des pneumectomies en cas de cancer bronchique** (*Acta Chirurgica Belgica*, **51**, n° 6, Août-Sept. 1952, p. 497-505).

Après l'ablation d'un poumon, il semble bien, comme l'a établi Cournand, que la défaillance du cœur droit n'est pas de cause mécanique, mais due à l'hypoxie. L'infection bronchique semble la provoquer.

Les troubles cardiaques après pneumectomies sont minimes, sur les sujets bien étudiés et bien choisis, sauf dans les 2 ou 3 semaines qui suivent l'opération.

Sylvain Blondin.

A. de Coster, H. Denolin et **A. Dumont** (Bruxelles). — **Modifications cardio-pulmonaires tardives après pneumectomie** (*Acta Chirurgica Belgica*, **51**, n° 6, Août-Sept. 1952, p. 506-509).

Sur 14 patients ayant subi de 1 à 30 mois auparavant une pneumonectomie droite ou gauche on a constaté : une capacité vitale bien conservée: 10 fois sur 14 elle atteint ou dépasse les valeurs prévues. L'air résiduel dépasse 40 p. 100 de la capacité pulmonaire totale chez 7 patients de plus de 40 ans. La capacité pulmonaire totale dépasse la valeur prévue chez 10 patients. La capacité pulmonaire utilisable à l'effort est diminuée et n'atteint en moyenne que 60 p. 100 de la capacité vitale. La capacité respiratoire maximale est inférieure à la valeur prédite dans 8 cas. La ventilation mesurée au repos est généralement normale, quelquefois légèrement augmentée.

Au cours de l'effort la ventilation est anormalement élevée (7 fois sur 14), la consommation d'oxygène restant dans les limites normales. La saturation du sang artériel est légèrement abaissée 2 fois sur 13. La pression de CO^2 mesurée dans l'air alvéolaire et dans le sang artériel est légèrement supérieure aux valeurs physiologiques 1 fois sur 5. Le débit cardiaque varie en sens divers. Les pressions ont pu être mesurées 10 fois dans l'artère pulmonaire, elles étaient anormalement élevées 6 fois.

En conclusion, qui est classique, l'exérèse pulmonaire sera mal supportée s'il existe, chez un sujet âgé de plus de 40 ans, de gros troubles de la ventilation ou de la circulation.

SYLVAIN BLONDIN.

J. Nuboer (Utrecht). — **A propos des séquelles tardives de la pneumonectomie** (*Acta Chirurgica Belgica*, **51**, n° 6, Août-Sept. 1952, p. 470-475).

L'emphysème comme séquelle tardive de l'exérèse d'un poumon, semble exceptionnel. On observe un déplacement parfois grave du médiastin, une surcharge dans la circulation pulmonaire : une thoracoplastie du côté malade, permettant par son étendue un déplacement du médiastin supérieur vers le côté sain, peut être indiquée. N. l'a exécutée 3 fois sur 103 pneumonectomies pour une affection non tuberculeuse.

SYLVAIN BLONDIN.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

M. Knudsen (Horsens, Danemark). — **Innervation cardiaque et interventions pratiquées sur les nerfs du cœur** (*Nordisk Medicin*, **49**, n° 17, 24 Avril 1953, p. 610-613).

Ce travail est essentiellement un plaidoyer en faveur de la résection du plexus pré-aortique dans le traitement de l'angine de poitrine. Après avoir rappelé les travaux aujourd'hui classiques de Leriche, d'Arnulf, de Lian et ses élèves, l'auteur passe en revue les avantages et les inconvénients des différentes opérations proposées : sympathectomie péri-aortique, difficile à réaliser en totalité, opérations sympathiques à distance (stellectomie, ramisections, etc.), ce qui l'amène à montrer les avantages de la résection des filets pré-aortiques : section aussi proche que possible du cœur, filets nerveux contenant des fibres appartenant à la fois au S. et au X. et fournissant les rameaux les plus importants aux coronaires, surtout à la gauche (nerf principal d'Arnulf), enfin opération essentiellement bénigne, pouvant se faire à l'anesthésie locale, grevée d'une très faible mortalité et entraînant une amélioration fonctionnelle très supérieure à celle que donne la sympathectomie.

M. DENIKER.

H. Volk, T. F. Mc Dermott et **E. J. Donovan** (New-York). — **Arrêt cardiaque et ressuscitation au cours d'une opération pour hernie diaphragmatique chez l'enfant** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **150**, n° 3, 20 Sept. 1952, p. 213-215, avec 3 fig.).

Il s'agissait d'un nouveau-né de 3 jours, opéré par voie abdominale, pour une volumineuse hernie à travers une brèche étendue de l'hiatus œsophagien à la paroi costale, intéressant l'estomac et la presque totalité de l'intestin.

Après réduction de la hernie et extériorisation du tractus digestif, la brèche diaphragmatique est suturée, à points séparés à la soie, la suture prenant appui en arrière sur les muscles intercostaux. La réintégration de la masse intestinale et la fermeture du ventre s'avérant laborieuses, il fut injecté par voie intra-veineuse, 0,3 mg de syncurine. A la fin de l'intervention, l'enfant est cyanosé; la respiration est irrégulière, le pouls imprenable. La respiration artificielle est inopérante. Bientôt les bruits du cœur ne sont plus perçus. Incision dans le 4e espace intercostal. Abord

direct du cœur arrêté en diastole. Massage cardiaque, injection intra-cardiaque de 2 cm³ de procaïne à 1 p. 100, puis de 0,5 cm³ d'épinéphrine à 1 p. 1 000.

Moins de 1 mn plus tard le cœur reprend ses battements, d'abord de façon irrégulière, puis plus vigoureusement. Mais il existe une dissociation auriculo-ventriculaire qu'une nouvelle injection de 2 cm³ de procaïne à 1 p. 100 à l'intérieur du ventricule droit fait cesser. Au bout de 2 mn environ, le rythme était redevenu normal. Le massage fut arrêté après 5 mn. Le cœur battait alors régulièrement à 84 pulsations par minute.

Les suites opératoires furent remarquablement simples. L'enfant fut maintenu sous oxygène pendant environ 1 semaine et finalement quittait l'hôpital en bon état apparent 1 mois après l'intervention.

Au premier rang des causes d'arrêt cardiaque en cours d'opération, les auteurs mettent le surdosage des agents anesthésiques employés. L'extubation trop précoce peut également jouer un rôle. Du point de vue thérapeutique, le massage cardiaque et l'hyperoxygénation sont les deux éléments fondamentaux.

La procaïne semble pouvoir prévenir utilement les accidents de fibrillation ventriculaire. L'épinéphrine stimule le myocarde.

Devant la difficulté qu'ils ont éprouvée à refermer l'abdomen les auteurs pensent qu'ils auraient été plus avisés en se contentant de refermer seulement la peau et en remettant à un peu plus tard la réparation des plans musculaires.

MARCEL ROUX.

E. S. Hurwitt et **B. Seidenberg** (New-York). — **Rupture du cœur pendant un massage cardiaque** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 1, Janv. 1953, p. 115-119).

Une femme de 69 ans ayant une hypertension avec affection cardiaque par artériosclérose qui avait déjà donné lieu à un infarctus du myocarde et à des infarctus rénaux et pulmonaires, fit une embolie en selle de la bifurcation aortique. On intervint par laparotomie et on fit une aortotomie, qui permit d'extraire un caillot aortique et des caillots dans les deux iliaques. L'incision aortique fut suturée et à ce moment on pouvait sentir les battements artériels dans les deux membres inférieurs.

Mais au cours de la fermeture de la paroi abdominale, il se produisit un arrêt du cœur. La plèvre gauche fut alors ouverte par une incision sous-mammaire, le péricarde qui contenait du liquide séreux fut incisé, et un massage du cœur fut institué. Après 2 mn, il y eut un battement spontané, mais aussitôt après on constata une rupture de la paroi antérieure du ventricule droit, dans lequel le pouce de l'opérateur s'était enfoncé. Tout essai de suture fut impossible et la malade ne put être ranimée. A l'autopsie l'examen du myocarde ne montrait pas d'infarctus récent.

M. GUIMBELLOT.

Paul Wiringer (de Bruxelles). — **Ligature de la veine cave inférieure dans les cardiopathies décompensées. Association d'une sympathectomie lombaire droite à l'intervention classique** (*Acta Chirurgica Belgica*, **51**, n° 8, Nov. 1952, p. 677-687).

La ligature de la veine cave inférieure garde des indications chez certains asystoliques, bien qu'il ne s'agisse que d'une méthode palliative. Lui associer une résection de la chaîne sympathique lombaire droite a semblé à l'auteur un utile adjuvant. C'est ce qu'il fit sur les 4 derniers malades d'une série de 9. Les résultats bruts sont les suivants : 2 morts rapides en hyperthermie, 1 échec et 6 cas où les cardiaques ont retiré un bénéfice manifeste de l'opération.

SYLVAIN BLONDIN.

Ross et **J. Simpson** (U. S. Army). — **Corps étranger du ventricule droit, d'origine embolique enlevé avec succès** (*Archives of Surgery*, t. **65**, n° 6, Déc. 1952, p. 920-932).

Le corps étranger (éclat de mine) qui avait migré par la veine cave inférieure a été enlevé par ventriculotomie droite, opération couronnée de succès.

F. D'ALLAINES.

W. J. Potts, A. Boer et **F. R. Johnson** (Chicago, Ill.). — **Diverticule congénital du ventricule gauche** (*Surgery*, vol. **33**, n° 2, Fév. 1953, p. 301-307, avec 4 fig.).

La résection d'un diverticule congénital constitue une rare éventualité; le cas rapporté dans cet article est le 4e publié dans la littérature médicale et c'est le seul malade actuellement en vie; c'est également le seul cas opéré aux États-Unis.

9 cas non opérés ont été publiés; tous sont morts en bas âge. Un enfant a pu atteindre l'âge de 4 ans; il est mort de rupture spontanée du diverticule.

L'observation de P. B. et J. a trait à un garçon de 9 ans qui présentait une hernie pulsatile de la région épigastrique. L'enfant était, par ailleurs, à tous points de vue, normal. La masse herniaire était battante, un souffle pouvait y être perçu. Elle a été abordée par une incision en L renversé, partant du sein gauche et descendant sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic. Le diverticule a pu être isolé, réséqué et suturé avec plein succès après clampage à sa base.

Une radiographie pré-opératoire, après injection de substance opaque, avait montré la communication du diverticule avec le ventricule gauche.

PAUL BANZET.

H. Swan (Denver). — **Obturation chirurgicale des orifices du septum inter-auriculaire** (*The Journal of the American Médical Association*, vol. **151**, n° 10, 7 Mars 1953, p. 792-794).

Après avoir rappelé le dispositif expérimental qui lui permit d'étudier le traitement chirurgical des pertes de substance de la cloison inter-auriculaire chez le chien, S. fait état de 5 observations chez l'homme, concernant des enfants dont le plus âgé avait 14 ans, avec un seul décès post-opératoire.

On utilisa, dans 4 cas, un bouton en polythène.

Le résultat fonctionnel de l'opération fut très satisfaisant chez 2 malades, mais le cathétérisme cardiaque révéla que, dans tous les cas, persistait un shunt entre les deux oreillettes.

MARCEL ROUX.

R. E. Gross (Boston). — **Obturation chirurgicale des orifices de la cloison inter-auriculaire** (*The Journal of the American Médical Association*, vol. **151**, n° 10, 7 Mars 1953, p. 795-797, avec 4 fig.).

Exposé d'un procédé original de traitement des pertes de substance de la cloison inter-auriculaire, qui après avoir été expérimenté sur une série de 130 chiens fut appliqué à l'homme, chez des sujets d'âge variant de 6 à 16 ans.

L'oreillette est abordée par la voie transpleurale droite. Un appareil particulier, en tronc de cône, dont les deux bases sont virtuelles, est étroitement fixé par la périphérie de sa petite base, à la paroi auriculaire. Puis celle-ci est incisée dans le fond de l'entonnoir diverticulaire ainsi créé, et le sang s'élève à l'intérieur de l'appareil jusqu'à une hauteur de 5 à 10 cm. C'est à travers cet épanchement maintenu incoagulé, grâce à l'adjonction d'héparine, que le doigt pénètre à l'intérieur de l'oreillette, va reconnaître la perte de substance et apprécie la qualité de ses bords.

Chez 3 malades, on essaya de mettre en place des boutons de Hufnagel. Mais il fut impossible de les maintenir en place. En raison de l'insuffisance des berges de l'orifice, le bouton se déplaça et les 3 enfants moururent après quelques semaines. Aussi chez 3 autres malades, employa-t-on des plaques de nylon ou de polythène, qui furent suturées directement au pourtour de l'orifice septal.

2 succès opératoires couronnèrent cette tentative : les 2 enfants eurent une convalescence rapide et sont actuellement en excellente condition. Des examens post-opératoires ont montré chez l'un d'eux que la perte de substance inter-auriculaire était complètement obturée.

Chez le dernier malade, où existaient deux « défects » du septum, dont les dimensions étaient relativement réduites, on procéda à une suture directe au moyen de points séparés à la soie.

Les suites de l'intervention furent ici encore tout à fait favorables. Pourtant malgré une amélioration fonctionnelle considérable permettant une vie tout à fait normale, y compris la pratique du tennis, le cathétérisme cardiaque post-opératoire a montré que l'obturation n'était pas absolument complète; le shunt était réduit au 1/3 de ce qu'il était initialement.

MARCEL ROUX.

F. J. Lewis et **M. Taufic** (Minneapolis, Minn.). — **Étude expérimentale et observation de 1 succès de fermeture d'une perte de substance de la cloison inter-auriculaire sous hypothermie** (*Surgery*, vol. 33, n° 1, Janv. 1953, p. 52-59, avec 2 fig.).

Chez les chiens, des pertes de substance de la cloison inter-auriculaire ont été créées et ensuite suturées sous vision directe grâce à l'hypothermie. La température a été abaissée à 26, 28° C. L'oreillette droite étant ouverte, un champ opératoire exsangue était obtenu par occlusion temporaire des veines caves prolongée jusqu'à 8 mn.

Sur 39 chiens opérés pour pratiquer des pertes de substance, 27 ont survécu (parmi les 9 derniers cas, aucun de mort n'a été observé). 26 des survivants ont été réopérés pour suturer l'orifice; 17 ont eu un résultat excellent et ont survécu; parmi les 10 derniers opérés, aucun n'est mort. La possibilité de fibrillation ventriculaire a été la plus grave des complications rencontrées; cet accident est devenu beaucoup moins fréquent, grâce à l'adoption de mesures destinées à empêcher les embolies gazeuses dans les coronaires pendant l'intervention.

Une communication inter-auriculaire chez un malade a pu être suturée avec succès en utilisant une technique analogue à celle employée chez le chien.

PAUL BANZET.

Meeting de la Columbia University (New-York, N.-Y.). — **Sténose mitrale** (*American Journal of Medicine*, vol. **14**, n° 2, Fév. 1953, p. 216-229).

Une discussion a été ouverte à la Columbia University au sujet du traitement chirurgical de la sténose mitrale.

K. B. TURNER. — Les progrès de la chirurgie thoracique et cardiaque permettent actuellement une action directe sur la valvule mitrale et ils justifient d'eux-mêmes cette discussion.

E. E. HERVITT s'attache à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de la valvule dont le fonctionnement a pu être étudié *in vivo* sur un cœur d'animal rendu exsangue, grâce à la circulation extra-corporéale. A la systole, il se produit une contraction à type sphinctérien de l'anneau valvulaire que les valvules viennent secondairement occlure, les cordages valvulaires étant à ce moment relâchés.

J. R. WEST a étudié, grâce au cathétérisme cardiaque, à la détermination du débit cardiaque et à l'étude des pressions intra- et extra-cardiaques, au repos et pendant l'effort, les modifications hémodynamiques d'une sténose mitrale. Sur 18 malades observés, 9 avaient une sténose pure, chez les 9 autres la sténose était associée à un certain degré d'insuffisance.

3 malades seulement avaient un index cardiaque normal; chez tous les autres il était anormalement bas. Tous les malades, sauf un seul, avaient même, au repos, un certain degré d'hypertension pulmonaire. La dyspnée toujours présente était d'autant plus marquée que l'hypertension était plus accentuée.

Les malades présentant une fibrillation auriculaire avaient une incapacité plus marquée que ceux qui en étaient dépourvus.

Dans l'une comme dans l'autre catégorie, l'hémoptysie et son abondance ne pouvaient en rien augurer du degré de la sténose.

K. B. TURNER. — La sténose mitrale engendre un tel désordre dans les fonctions cardiaques que l'on peut se demander si tous les malades atteints de cette affection ne devraient pas être opérés systématiquement. Beaucoup de chirurgiens ont déjà répondu à cette question par l'affirmative; la position à la Columbia University est

beaucoup plus nuancée : sur 1 000 malades suivis pendant plus de 20 ans, 300 étaient morts durant ce laps de temps; sur les 700 survivants, 1 sur 4 seulement avait son activité limitée; il semble donc logique de ne recourir à la chirurgie que pour les malades présentant des troubles à allure progressivement croissante.

Les facteurs de choix sont :

1° L'évolution progressive de la gêne cardiaque;

2° Malade de préférence entre 20 et 40 ans;

3° Pas de signe de rhumatisme en évolution (température, sédimentation);

4° Absence de signes d'endocardite;

5° Lésion localisée à la valvule mitrale seulement;

6° Les sténoses pures constituent les cas les meilleurs pour la chirurgie;

7° L'insuffisance cardiaque n'est pas un obstacle opératoire absolu et encore moins la fibrillation auriculaire;

8° Une embolie pulmonaire antérieure n'est pas une contre-indication opératoire et l'hémoptysie constitue plutôt une indication;

9° Le ventricule gauche ne doit pas être hypertrophié aux rayons X;

10° L'électrocardiogramme est sans valeur pour poser des indications opératoires.

McAllister indique les principes de technique chirurgicale; il insiste sur les meilleurs résultats obtenus lorsque la simple dilatation digitale de la valvule peut être obtenue par fracture des commissures; sur les dangers résultants de la déchirure d'une valve valvulaire.

Dans les suites opératoires, il y a intérêt à ne pas produire de surcharge hémodynamique en étant aussi sobre que possible des transfusions et des sérums intra-veineux.

McAllister rappelle la statistique publiée récemment par Bailey, de plus de 500 cas opérés. Résultats excellents : 41,6 p. 100. Malades améliorés : 32,7 p. 100. Malades non améliorés : 13 p. 100. Décès : 12,6 p. 100.

Paul Banzet.

Paul David, E. D. Gagnon et **O. Gialloretto** (Québec). — **Observations basées sur 44 cas opérés pour sténose mitrale** (*Laval Médical*, vol. **18**, n° 1, Janv. 1953, p. 59-75).

Sur 44 commissurotomies : 7 morts, 35 améliorations très importantes ou notables, 2 échecs. La diminution progressive de la mortalité, de 1950 à 1952, témoigne des progrès accomplis par les auteurs sur le plan des indications et de la technique opératoire (2 morts sur 5 opérés en 1950; 2 morts sur 20 opérés des 6 premiers mois de 1952).

Ils s'interdisent toute opération prophylactique et n'interviennent qu'en présence de troubles importants. L'existence de fibrillation auriculaire et de calcification mitrale ont été des facteurs d'échec.

Ils insistent sur l'importance de l'évaluation du souffle systolique de la pointe qui accompagnait chez 22 de leurs malades une sténose mitrale serrée; ils l'attribuent à une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle. Au point de vue opératoire, ils préfèrent l'agrandissement digital de l'orifice à l'emploi du couteau qu'ils réservent aux sténoses calcifiées.

R. Sauvage.

O. C. Julian, W. S. Dye, L. Baker et **M. S. Sadove** (Chicago). — **Traitement chirurgical de la sténose mitrale** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 4, Oct. 1952).

42 malades ont été opérés pour sténose mitrale; 16 commissurotomies au doigt; 19 par section et 9 par méthode combinée; 2 cas n'ont pas eu de commissurotomie.

Les auteurs préconisent l'intervention dès le début des troubles certains.

Dans les suites de 1 à 16 mois, 22 résultats furent excellents, 11 modérés, 4 échecs; une mortalité de 5 malades est rapportée; 1 cas par épanchement péricardique; 1 cas

par défaillance rénale avec urémie: 2 cas par défaillance cardiaque existant avant l'intervention; 1 cas par mort subite chez un diabétique après 8 mois de bon résultat.

F. D'ALLAINES.

Louis Christophe (Liége). — **Coarctation de l'aorte. Présentation de l'opéré** (*Acta Chirurgica Belgica*, **51**, n° 8, Nov. 1952, p. 709-714).

Beau succès d'une opération de Crafoord pour une coarctation de l'aorte typique.

SYLVAIN BLONDIN.

T. Johns, R. Williams et **A. Blalock** (Baltimore, Md.). — **L'anatomie de la sténose pulmonaire et de l'atrésie** (*Surgery*, vol. **33**, n° 2, Fév. 1953, p. 161-172, avec 6 fig.).

Une étude anatomique a été faite sur le cœur et les gros vaisseaux (pièces d'autopsie) de 95 malades porteurs d'une sténose pulmonaire ou d'une atrésie associée à une communication inter-ventriculaire.

79 de ces malades avaient été opérés.

Les lésions présentées étaient infiniment variables; 23 p. 100 des malades avaient une sténose pulmonaire: 10 p. 100 une sténose des valvules pulmonaires; 15 p. 100 avaient en même temps une sténose infundibulaire et une sténose valvulaire. 52 p. 100 des malades avaient une sténose infundibulaire pure, et dans ce dernier groupe 37 p. 100 avaient une chambre infundibulaire bien développée, 37 p. 100 une très petite chambre infundibulaire haut située. Dans les 23 p. 100 restant, la chambre infundibulaire était intermédiaire en taille et en position.

Le type d'opération employé dans la cure de ces malformations est encore sujet à discussion, le choix pouvant se faire entre une intervention directe sur la lésion ou un shunt. Il est certain que sauf chez les adultes, une intervention valvulaire doit être utilisée dans les sténoses valvulaires et qu'un canal artificiel doit être créé, comme traitement de l'atrésie pulmonaire.

Pour ce qui est des sténoses infundibulaires, il est logique de penser qu'une intervention directe avec résection de l'infundibulum doit être tentée en cas de sténose à large chambre bas située.

Les procédés de shunt seront réservés aux sténoses infundibulaires hautes à chambre de petites dimensions.

PAUL BANZET.

L. Dominguez Navarro (Madrid). — **Péricardite constrictive** (*Revista Clinica Española*, **47**, 3, 15 Nov. 1952, p. 169-176, avec 6 fig.).

Ayant opéré un malade *in extremis*, malgré la gravité de l'insuffisance circulatoire (anasarque) et hépatique (ictère), l'auteur ne s'étonne pas trop d'enregistrer une issue fatale 12 jours après une péricardectomie relativement bien supportée. Il ne regrette pourtant pas son audace, puisqu'elle constituait la seule chance de salut pour son malade. La publication de cette observation a pour but d'inciter les cardiologues à confier leurs malades au chirurgien sans trop perdre de temps. Elle montre, en outre, que la péricardectomie peut être supportée par un malade en très mauvais état, mais que l'adjonction d'un ictère au syndrome de Pick constitue une contre-indication : même si la péricardectomie améliore l'état circulatoire, l'insuffisance hépatique irréversible sera fatale.

La voie d'abord préconisée est la sternotomie médiane de Sauerbruch, encore que dans son observation, l'auteur ait utilisé la voie de Delorme (section parasternale gauche du 2e au 7e cartilage) qu'il considérait comme moins choquante.

Le problème de l'étendue de l'exérèse péricardique est assez longuement envisagé, sans aboutir à des règles précises et rigides.

G. EDELMANN.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

H. Marwege. — **Hernie épigastrique et hémorragie gastrique** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **188**, 1, 1953, p. 96-104).

Deux observations publiées par l'auteur viennent confirmer une notion cependant bien classique, à savoir qu'en présence d'une hernie épigastrique chez l'adulte, dès qu'il existe le moindre trouble clinique, il faut toujours penser à la possibilité d'une lésion organique de l'estomac et ne pas traiter la hernie épigastrique avant d'avoir éliminé de manière certaine par la radiographie une lésion gastrique sous-jacente à la hernie.

Sur 27 cas de hernies épigastriques opérés on note 2 hémorragies gastriques graves post-opératoires, puisque dans 1 cas le malade est mort quelques jours après avoir été opéré de hernie épigastrique et l'autopsie a montré l'existence d'un gros ulcère calleux de la région pylorique avec ulcération vasculaire; dans le 2e cas, l'hémorragie n'eut pas une évolution mortelle et la radiographie montra l'existence d'une niche pylorique et au niveau du bulbe duodénal.

J. Sénèque.

W. Felix. — **Sur la relaxation diaphragmatique** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **186**, 1, 1953, p. 1-2, avec 11 fig.).

Le professeur Félix (de Berlin) rapporte dans ce travail 7 observations personnelles de relaxation diaphragmatique et cite 2 cas provenant de la Clinique de Sauerbruch qui furent consécutifs à une exérèse du phrénique.

Tous ces cas concernent des adultes à l'exception d'un seul (4 ans 1/2). La lésion diaphragmatique a toujours siégé sur l'hémidiaphragme gauche; dans 2 observations, on relève un traumatisme dans les antécédents, mais il ne semble pas qu'il faille lui attacher un rôle, car dans 1 cas le traumatisme avait porté sur l'hémithorax droit et la lésion siégeait à gauche; dans l'autre cas, le traumatisme remontait à 25 ans auparavant sans jamais avoir provoqué le moindre trouble. Dans 4 observations, on note des modifications de position de l'estomac : estomac en cascade et aspect de volvulus; tous ces cas s'accompagnaient de troubles fonctionnels médiastinaux et gastriques. Tous ces malades ont été opérés par voie thoracique gauche : résection de la 8e côte et plicature du diaphragme. Des troubles pleuro-pulmonaires ont été observés 4 fois; dans 1 cas, il fut nécessaire d'inciser le diaphragme pour libérer les organes abdominaux adhérents; dans 1 autre cas, il y avait association avec une hernie de l'hiatus œsophagien qui récidiva après l'intervention. Tous ces cas ont guéri opératoirement.

L'auteur discute la pathogénie de cette lésion et conclut à l'origine congénitale.

J. Sénèque.

W. Beck et **D. Motsay** (Sayre, P.A.). — **Éventration diaphragmatique** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 4, Oct. 1952).

Par étude radiographique systématique :

De 15 000 adultes parmi lesquels 32 éventrations furent découvertes;

De 2 500 nouveau-nés parmi lesquels 4 p. 100 présentaient une éventration et dont 3 seulement s'accompagnaient de troubles respiratoires importants;

Les auteurs montrent :

La fréquence de cette affection;

La rareté des troubles produits par celle-ci, d'où la rareté de l'indication opératoire qui est uniquement celle des troubles respiratoires du nouveau-né.

Ils discutent le diagnostic :

Des formes partielles avec image en brioche sus-hépatique;

Des formes totales de l'enfant qui se pose avec une atélectasie, une paralysie phrénique congénitale, surtout une hernie diaphragmatique vraie.

F. d'Allaines.

L. Barraya, F. Barriera, D. Miniconi et **A. Michelon.** — **Hernie diaphragmatique, œsophagite, ulcère et sténose de l'œsophage** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **79**, n° 16, 13 Mai 1953, p. 398-403, avec 3 fig.).

Le syndrome œsophagien que présentait ce malade de 66 ans était dû à une hernie de l'hiatus, surmontée d'une sténose œsophagienne avec ulcérations muqueuses saignantes sus-stricturales.

Après échec du traitement médical et d'un écrasement du phrénique au cou, B. réséqua l'œsophage depuis la crosse et l'estomac hernié et anastomosa l'œsophage avec la partie restante de l'estomac. Bon résultat 3 mois après. L'œsophagite est une des graves complications de la hernie de l'hiatus; quant aux ulcères ils peuvent se développer sur l'épithélium pavimenteux œsophagien ou sur une muqueuse gastrique aberrante. A l'œso-gastrostomie, Rudler préfère l'anastomose œso-jéjunale avec exclusion unilatérale de l'estomac. Il semble important de fermer l'angle œsotubérositaire pour éviter le reflux, aussi bien après opération de Heller qu'après la cure d'une hernie de l'hiatus.

SYLVAIN BLONDIN.

R. H. Sweet (Boston). — **130 cas de hernies hiatales traités chirurgicalement** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 5, 31 Janv. 1953, p. 376-378).

Après avoir rappelé le caractère variable et peu caractéristique des troubles qui révèlent l'existence d'une hernie hiatale et avoir, en particulier, insisté sur le caractère pseudo-angineux des douleurs accusées parfois par les malades, S. indique l'utilité qu'il y a à introduire dans le bas œsophage un ballon gonflable permettant d'étudier la sensibilité réflexe à la distension. Un saignement a été observé chez 40 malades. 29 d'entre eux présentèrent des hémorragies abondantes et épisodiques. 11, un petit saignement continu.

Chez 2 malades, un syndrome d'intolérance totale et d'obstruction aiguë étaient liés à une incarcération de l'estomac avec volvulus partiel.

Le diagnostic ne sera fait que si l'on songe systématiquement à la hernie hiatale et si l'examen radiologique est confié à un observateur averti.

Un des éléments cliniques le plus caractéristique de la lésion consiste dans l'influence de l'attitude posturale sur la douleur.

Tous les malades ont été opérés par voie thoracique. Il n'y eut aucune mort post-opératoire.

20 malades firent des complications dont 10 pulmonaires (4 embolies). Il y eut d'autre part 4 thrombo-phlébites des membres inférieurs.

Il fut observé dans 1 cas une rupture de l'estomac qui nécessita un traitement chirurgical d'urgence.

La majorité des malades obtinrent une disparition totale et persistante de leurs symptômes.

Il fut observé 4 récidives.

MARCEL ROUX.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

G. Laurence, P. Tournier, Prochiantz, Berge et **Lebrun.** — **Adénolymphite mésentérique aiguë de l'enfant** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **79**, n° 13, 22 Avril 1953, p. 325-337).

Cette importante communication souligne, dans cette lésion si fréquemment rencontrée chez l'enfant, le résultat négatif des investigations bactériologiques (examens directs, cultures, inoculations à divers animaux faits dans le laboratoire de Reilly)

et l'extrême variabilité des réponses anatomo-pathologiques : hémorragies traduisant un trouble vaso-moteur, altérations anciennes se manifestant par des néo-vaisseaux et de la sclérose péri-vasculaire, nécroses aseptiques caractérisant une atteinte virale primitive, rarement une étiologie tuberculeuse (3 cas sur 70 ganglions). Surpris par le contraste qui existe souvent entre le volume des adénopathies et l'ancienneté de l'invagination chez le nourrisson, Laurence propose les arguments suivants en faveur de la théorie de l'adénolymphite primitive génératrice des lésions dont, classiquement, elle dérive : pauvreté des adénopathies dans 1 cas d'invagination à lésions accentuées, volumineux ganglions dans une invagination aiguë opérée précocement, hémorragies intestinales avec gros ganglions, hyperplasie ganglionnaire, semblable à celle que détermine une infection à virus (non encore découvert, il est vrai), avec invagination, variations saisonnières, récidives après le lavement baryté, qui est employé comme unique traitement de l'invagination en Suède, par exemple.

Cette intéressante conception trouve une confirmation dans l'expérimentation sur l'animal, pratiquée au laboratoire de l'hôpital Claude Bernard.

SYLVAIN BLONDIN.

A. Bussalleu (Lima, Pérou). — **Lymphosarcome du mésentère simulant une tumeur d'origine génitale** (*Revista Medica del Hospital Obrero*, Lima, **1**, n° 1-2, Mars-Juin 1952, p. 47-53).

Parmi les tumeurs du mésentère, le lymphosarcome est une des plus rares, Harris et Herzig n'en trouvent que 3 sur 57 cas et la statistique de l'hôpital Bellevue (de New-York) n'en relève que 11 sur un ensemble de 5 000 autopsies pour lésions diverses. C'est ce qui fait le principal intérêt de l'observation publiée par B, ainsi que l'erreur de diagnostic presque fatale qui fut faite.

Il s'agissait, en effet, d'une vieille fille de 50 ans, ayant présenté d'abondantes ménorragies dans les mois qui précédèrent sa ménopause. Elle avait perdu 7 kg, était très anémiée lorsqu'on découvrit chez elle une tumeur abdominale enclavée dans le pelvis et ayant toutes les apparences d'un fibrome. A l'ouverture du ventre on trouva une anse grêle adhérente au pôle supérieur de la masse et en voulant la dégager, on s'aperçut qu'il s'agissait d'un dédoublement du mésentère de cette anse par la tumeur. L'énucléation présentant trop de risques, on fit une résection intestinale pour enlever le tout en bloc, avec rétablissement de la continuité par une termino-terminale. Examen histologique : lymphosarcome typique, c'est-à-dire pronostic très grave, malgré une guérison opératoire, les métastases de ces tumeurs étant, en général, précoces.

M. DENIKER.

H. Contzen. — **Neurofibromatose du mésocôlon** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 1, 1952, p. 54-61, avec 6 fig.).

L'observation rapportée par l'auteur concerne une jeune fille de 12 ans qui présentait une volumineuse tumeur abdominale d'étiologie imprécise. Depuis 1948, on notait des troubles douloureux abdominaux, des troubles digestifs, une pigmentation avec taches brunâtres sur la paroi abdominale, le dos et les membres inférieurs, puis des noyaux durs de chaque côté du cou au niveau du sterno-cléido-mastoïdien et au niveau des aisselles.

La laparotomie pratiquée permit de découvrir une tumeur du méso-côlon étendue depuis la région cæcale jusqu'à l'angle splénique; la tumeur fut réséquée avec tout

le côlon droit et l'examen anatomo-pathologique montra qu'il s'agissait d'une neuro-fibromatose. Après une amélioration passagère, on vit apparaître une paralysie récurrentielle et le noyau sus-claviculaire gauche évolua comme un néoplasme malin qui entraîna le décès de l'enfant 4 mois après l'intervention.

J. Sénèque.

Hamant, Hahn et **Marchal.** — **Traitement des ascites tuberculeuses par le P. A. S. en perfusion intra-abdominale** (*Revue Médicale de Nancy*, an. **73**, 1er-15 Juil. 1952, p. 301-306).

Dans 2 cas d'ascite essentielle sans participation pleurale, la guérison a été obtenue rapidement par une injection unique intra-péritonéale de 2 g de P. A. S. administrée en goutte à goutte continu après ponction de l'épanchement.

La guérison se maintenait 6 mois après.

R. Sauvage.

ESTOMAC

H. Wildegans (Berlin). — **Pathogénie et traitement du cardiospasme** (*Medizinische Klinik*, **48**, 1, 2 Janv. 1953, p. 2-6, avec 8 fig.).

Tout en reconnaissant qu'il n'existe anatomiquement sur l'œsophage terminal, ou antrum cardiacum, aucune formation musculaire individualisée, l'auteur attribue à cette portion de l'œsophage une véritable fonction sphinctérienne. Elle se dilate et se contracte rythmiquement; ces contractions réflexes sont commandées par le contact du bol alimentaire sur la muqueuse œsophagienne. Chez un sujet normal, une excitation anormale de la muqueuse (aliment trop chaud, ou caustique) provoque une fermeture spasmodique de l'antre cardiaque. Mais, dans des conditions anormales de sensibilité, d'irritabilité exagérée de la muqueuse œsophagienne, tout contact alimentaire, ou même la déglutition à vide, entraîne un spasme prolongé de l'œsophage terminal. Cet état de contracture entraîne à la longue une dégénérescence scléreuse de la musculature de l'œsophage terminal. A ce rétrécissement fibreux inextensible, et non contractile, fait suite, au bout d'un certain temps, une dilatation en amont par stase. Ainsi se trouve constitué le méga-œsophage, que l'auteur préfère appeler « dilatation œsophagienne par cardiosclérose ». Que cette ectasie œsophagienne soit une simple dilatation mécanique en amont d'un obstacle, l'auteur en donne comme preuve de nombreux exemples de diminution du calibre œsophagien après traitement de la sténose.

Il préconise comme traitement la dilatation forcée (parfois contrôlée directement par thoracotomie) suivie de calibrage périodique par sonde. Sans donner de statistique personnelle, il attribue à ce traitement 50 à 60 p. 100 de succès (avec cependant une tendance à la récidive lointaine). En cas d'échec de la dilatation, l'opération qui semble préconisée est l'œsophago-gastrostomie par voie thoracique gauche. Deux exemples en sont donnés, mais l'heureux résultat ne fut contrôlé que pendant moins de 1 an.

G. Edelmann.

Alipio Pernet (Récife, Brésil). — **Obstruction pylorique intrinsèque par inclusion pancréatique** (*Revista Medica da Aeronautica* (Rio de Janeiro), **4**, nº 3, Sept. 1952, p. 33-48).

Après quelques considérations sur la sténose pylorique en général, relation de 1 cas personnel d'étiologie rare : l'inclusion de tissu pancréatique dans la paroi pylorique. Cette observation, à vrai dire, n'est pas rigoureusement concluante : la cure chirurgicale de cette sténose fut une gastro-jéjunostomie, associée à une pyloroplastie; cette dernière permit d'exciser un fragment de paroi pylorique dans lequel on retrouva, à l'examen histologique, du tissu pancréatique normal. Mais rien ne permet d'affirmer que cette inclusion ectopique dont on connaît la relative fréquence et l'innocuité habituelle, était réellement la cause de la sténose.

G. Edelmann.

L. Diethelm et **P. Alnor.** — **Sur le problème de la perforation des ulcères gastro-duodénaux et les risques de perforation** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, **185**, 3, 1952, p. 257-270).

Entre les années 1943 et 1949, 119 cas de perforations ulcéreuses ont été observés à la clinique et opérés, avec une mortalité globale de 27 p. 100. L'auteur fait remarquer que ce chiffre très élevé correspond à la période de guerre, au moment des bombardements, où les malades étaient amenés tardivement à l'hôpital et opérés dans de mauvaises conditions. Pendant les années 45 et 46 la mortalité s'est même élevée à 60 et 45 p. 100 pour redescendre ensuite aux environs de 15 p. 100 en 1948 et 1949.

L'auteur discute les indications respectives de la suture et de la résection d'emblée. La suture simple est loin de donner les résultats tardifs satisfaisants qu'on lui prête généralement, surtout si l'on cherche à revoir les malades jusqu'à 5 ans après ce traitement. Le pourcentage des guérisons après suture simple ne dépasserait pas 30 p. 100, et 70 p. 100 des opérés continuent à souffrir de leur ulcère. Les perforations itératives après suture se voient dans environ 4 p. 100 des cas.

J. Sénèque.

Charles Gottlieb, Samuel Beranbaum et **Melvyn L. Weiner** (New-York). — **Syphilis gastrique** (*Radiology*, vol. **59**, n° 2, Août 1952, p. 193-198, avec 4 fig.).

Les auteurs présentent 2 cas de syphilis gastrique vérifiés l'un par l'autopsie (pratiquée peu après l'examen radiologique), l'autre par le test de guérison clinique avec disparition des signes radiologiques, par le traitement antisyphilitique intensif.

Dans ces 2 cas, les lésions étaient (comme dans plus de 70 p. 100 des cas publiés) pré-pyloriques : rétrécissement concentrique, effilement de l'antre pré-pylorique.

Dans le cas traité, en moins de 5 mois, l'image antrale pathologique avait complètement disparu.

P. Porcher.

G. E. Schnug (Washington). — **Léiomyome de la jonction cardio-œsophagienne** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 2, Août 1952, p. 342-346, avec 3 fig.).

A propos d'une observation personnelle, S. souligne la rareté d'une lésion dont il n'a relevé que 6 cas dans la littérature, depuis l'observation princeps d'Ossawa. Le tableau clinique est celui d'un syndrome œsophagien qui oriente en général vers la recherche d'un cancer. Rétrospectivement, S. semble accorder quelque valeur à une sensation de plénitude rétro-xiphoïdienne et à l'évolution très lente des symptômes. L'examen radiographique montre des images variables : les plis de la muqueuse sont bien visibles; l'image présente souvent une angulation marquée ou parfois même un prolongement pseudo-diverticulaire, mais l'aspect lacunaire manque en général. L'œsophagoscopie montre l'intégrité de la muqueuse et permet d'éliminer sans réserves un cancer.

Cette lésion bénigne relève du traitement chirurgical, car des hémorragies, des troubles digestifs, des accidents infectieux et à la longue une altération de l'état général s'observent dans son évolution. La voie abdominale pure a paru suffisante à S., mais il ne rejette pas une éventuelle voie abdomino-thoracique. Contrairement aux autres localisations œsophagiennes des léiomyomes la simple énucléation ne suffit pas au niveau de la jonction cardio-œsophagienne; la résection d'un segment œsophagien, suivie d'une réimplantation œsogastrique, est imposée par l'amincissement et la fragilité de la paroi œsophagienne en regard de la tumeur.

Cette étude est accompagnée d'un compte rendu histologique, de 2 clichés radiographiques et d'une photographie de la pièce opératoire.

F. d'Allaines.

Volta Batista Franco et **Helio Mauricio Rodrigues de Souza** (Rio de Janeiro). — **Neurinome de l'estomac** (*Revista Brasileira de Gastro-enterologia*, **4**, 5, Sept.-Oct. 1952, p. 831-838, avec 2 fig.).

Observation d'un schwannome exogastrique, implanté par un pédicule étroit sur la grande courbure antrale. Ablation chirurgicale par résection partielle d'une collerette de paroi gastrique autour de la base d'implantation du pédicule.

G. EDELMANN.

A. Bellavia (Venise). — **Perforation aiguë du cancer de l'estomac, en péritoine libre** (*Archivio Italiano della Malattie dell'Apparato Digerente*, vol. **18**, fasc. 6, 1952, p. 391-403).

L'auteur attire l'attention sur la rareté de la perforation du cancer de l'estomac en péritoine libre. On n'en connaît à l'heure actuelle que 120 cas. La fréquence de la perforation est de 1 p. 100 environ (Nealy et Hedin : 36 cas sur 3 229 cancers; Lozzi : 1 seul cas sur 300 cancers; Forni : 4 cas sur 387 cancers).

Les cancers qui se perforent sont « les cancers implantés sur terrain ulcéreux », et siégeant sur la face antérieure de l'estomac.

L'observation de l'auteur concerne un homme, traité pour ulcère depuis 5 ans. Un syndrome brutal de perforation entraîne une opération d'urgence qui, vu l'état précaire du malade, ne peut être qu'une suture de la perforation. L'ulcère siège sur la petite courbure, au centre d'une masse indurée.

1 mois plus tard gastrectomie. La masse a considérablement augmenté de volume et adhère au foie et au pancréas.

L'examen histologique indique : « adéno-carcinome, ulcère calleux en évolution cancérigène ».

Le malade meurt 1 an après, de métastases cancéreuses.

J. ASSALI.

H. Kühne. — **Sur la propagation pylorique du cancer de l'estomac** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **186**, 2, 1953, p. 198-210, avec 10 fig.).

Contrairement à la notion classique selon laquelle le cancer de l'estomac s'arrêterait au niveau du pylore, l'auteur a pu retrouver sur 87 cas de pièces opératoires concernant des gastrectomies pour cancer, une invasion du pylore dans 7 cas. Le sphincter pylorique ne constituerait donc pas une barrière pour la propagation lymphatique du cancer vers la première portion du duodénum et cette propagation s'effectuerait à la fois par la séreuse et par la muqueuse.

J. SÉNÈQUE.

H. J. Serfling et **H. J. Reiss.** — **Sur la résection pour exclusion suivant Finsterer dans les ulcères difficilement extirpables du duodénum et sur le devenir du moignon prépylorique en chirurgie expérimentale** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 4, 1952, p. 429-459, avec 18 fig.).

Il a été pratiqué à la clinique de Halle 67 résections pour exclusion sur 371 gastrectomies, au cours des années comprises entre 1942 et 1949.

Sur ces 67 opérés, 43 peuvent être considérés comme guéris; 4 sont améliorés; 2 améliorés, ont dû cesser leur métier; 6 décès post-opératoires, soit 9 p. 100 (il manque des renseignements sur 12 cas dans cette statistique.

Sur 22 R. P. E. en aval du pylore on note 4 morts par désunion du moignon duodénal, soit 22,7 p. 100 de décès.

La question importante est celle de l'ulcus peptique post-opératoire après R. P. E.;

l'auteur considère ce risque comme minime, alors que dans d'autres statistiques il est assez élevé. Il cite cependant une observation personnelle où après R. P. G. en amont du pylore, chez un homme de 55 ans, on a vu survenir à 5 reprises des ulcères post-opératoires du jéjunum compliqués d'hémorragies ou de perforation et récidivant après chaque nouvelle intervention. Ce ne fut qu'à la 6e opération que l'on réséqua le moignon restant et le malade mourut après cette ultime opération.

Les auteurs publient ensuite leurs résultats expérimentaux sur le chien.

J. SÉNÈQUE.

R. Nicolo (Naples). — **Contribution à la connaissance de l'ictère post-opératoire chez les gastrectomisés pour ulcère duodénal** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. 9, n° 1, Janv. 1953, p. 1-22).

D'apparition plus ou moins tardives, l'ictère après gastrectomie est de constatation peu fréquente.

Il peut s'agir d'un ictère « médical » par hépatite ou angiocholite, ou d'un ictère « chirurgical » reconnaissant à son origine, soit une blessure du cholédoque dans sa portion sus- ou rétro-duodénale, ou intra-pancréatique, soit une compression par sclérose du pancréas, soit une compression par ganglions enflammés.

La nécessité d'un diagnostic précis entre ictère médical et ictère chirurgical s'impose, parfois aisé, parfois impossible, les deux formes s'intriquant. On peut dans ce dernier cas user de l'artifice de Bernhardt : minime cholécystostomie sous anesthésie locale et cholangiographie.

L'auteur a pu observer 12 cas d'ictère sur 950 gastrectomies. 8 malades furent traitées médicalement (1 décès par hépato-néphrite).

4 furent opérés.

1° *Homme de* 24 *ans.* — Gastrectomie en Mars 1945 par un autre chirurgien. On apprend qu'elle fut très difficile et que l'on dut laisser une pince à demeure.

Réintervention en Novembre 1945.

La vésicule distendue adhère au moignon gastrique. Le cholédoque est épaissi et dilaté. La tête du pancréas est scléreuse.

On pratique une cholécysto-gastrostomie. Le malade a été suivi pendant 3 ans, parfaitement guéri.

2° *Homme de* 30 *ans.* — Gastrectomie en Juin 1946. Ulcère calleux fortement adhérent au pancréas. Revu en Septembre après plusieurs poussées d'ictère fébrile. Réintervention laborieuse. Pancréas augmenté de volume et dur. Cholédoque dilaté. Devant l'état du malade, on doit terminer rapidement par une cholécysto-gastrostomie.

Pendant 1 an la guérison semble acquise. Puis l'ictère réapparaît. L'état général s'aggrave. On pratique une cholécystostomie (Janvier 1948) et 20 jours plus tard, on peut réintervenir. La cholécysto-gastrostomie s'est refermée comme on le pensait. On libère la vésicule. Le cholédoque a le volume du pouce. On l'ouvre et on ne peut par cathétérisme pénétrer jusqu'au duodénum. Le pancréas est dur et bosselé.

On pratique une cholédoco-jéjunostomie latéro-latérale.

La guérison se maintenait 2 ans plus tard.

3° *Homme de* 27 *ans.* — Gastrectomie, en Janvier 1952. Gros ulcère calleux dont la libération exige la résection d'une lame de tissu pancréatique.

Revu en juin 1952. Ictère foncé. Réintervention. Cholédoque très dilaté, qu'on ne peut cathétériser. Cholécysto-jéjunostomie. Guérison.

4° *Homme de* 33 *ans.* — Gastrectomie en Mars 1951 dans un autre hôpital. Vu en Juillet 1952 : ictère intense. Les lésions sont comparables à celles des cas précédents.

On libère le cholédoque très dilaté et épaissi, et le moignon duodénal. On pratique une cholédoco-duodénostomie termino-latérale par implantation du cholédoque. La guérison semble acquise.

Dans ces 4 observations, il s'agissait de sténose de la portion intra-pancréatique et rétro-duodénale du cholédoque. Tous les malades ont guéri, l'un, il est vrai, après 3 interventions (obs. 2).

Et l'auteur envisage la prophylaxie de tels accidents de sténose cholédocienne. Gastrectomie laissant l'ulcère en place, gastrectomie par exclusion, gastro-entérostomie selon le cas sont à discuter. Il y aurait lieu de retenir l'opération dite de Mc Kittrick qui consiste en une gastrectomie laissant en place antre et duodénum sans aucune tentative de dissection, réintervention 3 semaines plus tard pour les enlever. On est alors surpris par « l'étonnante résolution des phénomènes inflammatoires » rendant aisé un geste qui peut être dangereux lors de la gastrectomie.

J. Assali.

A. Berg (New-York, N.-Y.). — **La mortalité et les résultats éloignés des gastrectomies subtotales dans les ulcères gastriques ou duodénaux** (*American Journal of Medicine*, vol. **13,** n° 5, Nov. 1952, p. 575-582).

L'ulcère gastrique constitue la même maladie que l'ulcère duodénal et tous deux doivent être soumis au même traitement.

Tous les malades opérés figurant dans cette statistique l'ont été après échec complet des traitements médicaux, sauf cas d'urgence ou de sténose cicatricielle.

Jusqu'en 1920, la gastro-entérostomie a donné des résultats peu favorables; 50 p. 100 à peine des malades étaient guéris et 30 p. 100 ont fait des ulcères peptiques. Depuis 1922, la méthode employée a été la gastro-duodénectomie terminée par une anastomose type Hoffmeister. Sur 561 cas, la mortalité opératoire était d'environ 6 p. 100; les ulcères peptiques ont été observés dans 1,1 p. 100 des cas; à la suite des gastrectomies, les malades sont forts, mangent de tout, travaillent normalement, le fonctionnement intestinal est normal.

L'anacidité qui fait suite à la gastrectomie est loin d'être constante ou totale; plus elle persiste élevée, plus une récidive possible est à craindre.

Dans tous les cas de grosse hyper-acidité pré-opératoire, B. ajoute, de façon constante, actuellement, à la gastrectomie une section du pneumogastrique gauche.

En cas d'hémorragie, B. a l'habitude d'attendre que l'hémostase spontanée soit réalisée et de remonter le malade avant de l'opérer. 3 malades ont été opérés la main forcée; tous les 3 sont morts.

Aucun cas d'anémie à type pernicieux, suite de gastrectomie, n'a été observé.

Une statistique des résultats de traitements médicaux montre que les mauvais résultats s'élèvent à 23,3 p. 100, chez les malades dont les signes d'ulcère remontent à moins de 6 mois; ils s'élèvent à 77 p. 100 si les symptômes datent de plus de 10 ans.

B. estime donc que tout malade qui n'a pas été guéri par un traitement médical sérieux, prolongé et bien suivi doit être soumis sans délai à la chirurgie.

Paul Banzet.

M. Steingräber. — **Considérations cliniques et expérimentales sur la gastrectomie totale** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **186,** 3, 1953, p. 358-374, avec 12 fig.).

Après avoir discuté les diverses voies d'abord de la gastrectomie totale, et les divers procédés anastomotiques, l'auteur donne sa préférence au procédé décrit, en 1940, par Graham qui consiste à anastomoser une anse jéjunale haute (amenée par voie transmésocolique) avec l'œsophage; l'anse est fixée au diaphragme, l'anastomose en termino-latérale est effectuée sur l'anse efférente, tandis que l'anse afférente est ensuite rabattue sur la précédente et l'opération se termine par une anastomose de Braun complémentaire. C'est, en somme, le même procédé que celui décrit ensuite par Lefèvre, mais sans section intestinale.

L'auteur ne cite pas de statistique concernant des résultats immédiats ou éloignés, mais se déclare seulement partisan de cette méthode qui donne de bons résultats au point de vue radiographique et œsophagoscopique.

Des expériences pratiquées sur le chien (14 interventions, avec 4 survies opératoires concernant 1 gastro-duodénostomie et 3 œsophago-jéjunostomies suivant le procédé

de Graham) ont montré que les pertes en graisses chez les chiens gastrectomisés étaient plus importantes après œsophago-jéjunostomie qu'après œsophago-duodénostomie.

Chez l'homme toutefois l'anastomose œso-duodénale a une mortalité nettement plus élevée sur l'anastomose œso-jéjunale (57,1 p. 100 contre 28,5 p. 100) d'après la statistique de Trinkler.

J. Sénèque.

Hébraud et **P. Sauvet** (Marine). — **Tétanos après gastrectomie** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 25, 15 Oct. 1952, p. 722-724. Rapport de M. J. L. Lortat-Jacob).

A propos de 2 cas mortels de tétanos après gastrectomies faites à l'Hôpital Maritime de Sidi Abdallah en Tunisie, les auteurs, après avoir rappelé 4 cas semblables relevés dans la littérature (Lamy, de Vernejoul, von Rappard et Corizio Palenza) évoquent les étiologies possibles : aiguille pour l'anesthésie locale souillée en traversant la peau, présence du bacille de Nicolaïer dans le contenu intestinal; le germe fut retrouvé, à l'autopsie, au contact du moignon duodénal, fermé au catgut. Cette origine « digestive » du tétanos semble importante à L. Bizy, Moulonguet et Calvet.

Sylvain Blondin.

F. Bandmann. — **Sur le cancer des bouches de gastro-entérostomie** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **186**, 2, 1953, p. 210-222, avec 8 fig.).

Dans cet article l'auteur rapporte 4 observations très complètes (avec radiographies-photographies de pièces, et coupes histologiques) de cancers développés sur une bouche de gastro-entérostomie.

Dans 1 cas la gastro-entérostomie avait été pratiquée pour ulcus duodénal; dans les 3 autres cas, il s'agissait d'ulcères de la petite courbure.

Un très long laps de temps s'est écoulé entre la gastro-entérostomie et l'apparition des troubles secondaires avec cancérisation de la bouche : 31 ans, 7 ans, 35 ans et 30 ans. Dans ces 4 cas on a pratiqué la gastrectomie secondaire avec résection de la bouche anastomotique : 2 décès post-opératoires et 2 survies.

J. Sénèque.

F. Pirner (München). — **Sur le cancer du moignon gastrique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **78**, n° 16, 1953, p. 646-651, avec 3 fig.).

S'il est prudent de ne pas s'attarder au traitement médical en présence de tout ulcère chronique ou pénétrant, dont la cancérisation se voit dans 3 à 5 p. 100 des cas, il convient de ne pas ignorer l'évolution possible d'un néoplasme sur le moignon restant, fait qui semble à l'auteur d'une fréquence croissante. On peut rencontrer le cancer secondaire après tous les types de gastrectomie; il semble cependant que le Billroth II y prédispose spécialement. L'anacidité y joue peut-être un rôle; la gastrite chronique du moignon a une influence plus certaine.

Le diagnostic en est difficile; les douleurs sont peu expressives. On pense plus volontiers à l'ulcère peptique; et si sa recherche reste négative, on attribue trop facilement les troubles à quelques adhérences résiduelles.

Le dépistage ne pourra être fait que par des examens radiologiques répétés, surtout chez les malades en âge de cancer; la gastroscopie rendra des services. Mais si le doute n'est pas levé, il ne faut pas reculer devant la laparotomie exploratrice.

P. relate une observation personnelle. Chez un malade de 52 ans, gastrectomisé en 1936 pour ulcère, des douleurs précoces, un amaigrissement massif, du melæna, une anémie grave apparaissent en 1952. L'examen radiographique montre une anastomose fonctionnant bien, un transit rapide, des plis muqueux épaissis et irréguliers. Il n'y a pas de signes nets de cancer. On persiste dans le diagnostic erroné de gastrite; et l'on continue ainsi à perdre du temps.

Cependant devant l'inefficacité du traitement médical (transfusions, Ca, vitamine B12), on se décide enfin à une exploration chirurgicale. Elle révèle une tumeur ulcérée de la paroi postérieure, adhérente au pancréas, ainsi que des noyaux métastatiques au niveau de l'épiploon, du foie, du péritoine pariétal. P. croit utile, « malgré l'impossibilité d'une thérapeutique radicale », de pratiquer une gastrectomie totale, qu'il exécute par voie transthoracique. L'opéré meurt peu de jours après la confirmation histologique de la nature adéno-carcinomateuse de la tumeur.

Puisse au moins ce décès nous bien mettre à tous dans l'esprit que le dépistage d'un cancer sur moignon gastrique est cliniquement et radiologiquement fort difficile.

GUEULLETTE.

INTESTIN

W. Gaertner. — **Sur les atrésies et sténoses de l'intestin comme causes d'occlusion chez le nouveau-né** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **186**, 1, 1953, p. 21-36).

Les 4 observations publiées par l'auteur viennent bien souligner toute la gravité des occlusions par atrésie et sténose de l'intestin grêle chez le nouveau-né, puisque 2 opérés sont morts immédiatement après l'intervention et que les 2 autres sont décédés 2 mois et 7 mois après.

CAS I. — Sexe masculin, opéré au 2e jour après la naissance, pour sténose de l'intestin grêle : résection et anastomose iléo-cæcale. Décès par péritonite; l'autopsie a montré l'existence de malformations cardiaque et rénales.

CAS II. — Sexe masculin, opéré au 6e jour pour occlusion duodénale; duodéno-jéjunostomie : Guérison opératoire; mais nouvel accident occlusif 7 mois après et mort post-opératoire.

CAS III. — Sexe masculin; opéré au 4e jour pour occlusion duodénale : gastro-entérostomie. Guérison opératoire, mais 2 mois après le nourrisson est hospitalisé pour abcès de la cuisse et meurt. Autopsie : pas d'ostéomyélite. Persistance du trou de Botal et du canal artériel.

CAS IV. — Sexe masculin, opéré au 3e jour pour sténose de l'angle duodéno-jéjunal : duodéno-jéjunostomie. Mort quelques heures après. Autopsie : atrésies multiples de l'intestin et lésions cardio-pulmonaires.

J. SÉNÈQUE.

Marcel Fèvre et **Jacques Saloff.** — **Occlusions duodénales d'origine congénitale** (*La Revue du Praticien*, **3**, n° 10, 1er Avril 1953, p. 639-648, avec 4 fig.).

Les occlusions congénitales d'origine duodénale correspondent à des lésions variées. Basant leur étude sur 18 observations, les auteurs classent leurs cas en : atrésies avec interruption de la continuité duodénale, sténoses intrinsèques, soit par brides, voiles et adhérences, soit par volvulus (ces dernières lésions souvent associées), enfin sténoses par duplication.

Ils insistent sur l'intérêt de l'examen radiologique qui n'est pas dangereux dans ces occlusions à ventre plat, et permet un diagnostic plus précoce et plus précis.

La mortalité est très élevée, aussi bien parce que nombre de cas sont reconnus trop tard que parce que la gravité opératoire est grande. A ce propos on peut espérer que celle-ci diminuera par les nouvelles méthodes d'anesthésie et de réanimation.

Enfin le traitement postural a permis de guérir certaines sténoses et de reculer l'âge opératoire pour beaucoup d'autres.

P. GÉRARD-MARCHANT.

J. H. Strauss et **C. R. O'Kane** (Chicago, Ill.). — **Léiomyomes du duodénum** (*Surgery*, vol. **32**, n° 5, Nov. 1952, p. 869-873, avec 5 fig.).

S. et O. rapportent une observation de léiomyome duodénal qui s'ajoute à 15 cas déjà publiés dans la littérature médicale. Cette tumeur très pauvre en symptômes a constitué une surprise lors d'une intervention dirigée sur les voies biliaires. Une

résection duodénale partielle a été nécessaire; le cholédoque avait été préalablement repéré par un cathéter introduit dans sa cavité; la tumeur siégeait au-dessus de l'ampoule de Vater qui a pu être conservée.

Une anastomose gastro-duodénale a été pratiquée avec succès.

PAUL BANZET.

Sava Roberts, L. Peskoe et **D. Fader** (Augusta). — **Adénome du jéjunum** (*Radiology*, vol. **59**, n° 3, Sept. 1952, p. 409-414, avec 5 fig.).

Les auteurs rapportent 1 cas d'adénome jéjunal avec ulcère gastrique qui évolua pendant plusieurs années.

L'adénome était volumineux (5 cm de diamètre) sans intus-susception, sans obstruction, ni hémorragie.

Les auteurs décrivent en détails les signes radiologiques. Le malade fut opéré pour son ulcère gastrique (provoquant des hématémèses) et le diagnostic ainsi contrôlé.

P. PORCHER.

Fernando Paulino, Domingos E. J. de Morais et **Mario Alves Filho** (Rio de Janeiro). — **Occlusion intestinale par calcul biliaire** (*Medicina, Cirurgia, Farmacia*, n° 200, Déc. 1952, p. 569-575, avec 4 fig.).

Les auteurs ont pour principe de réaliser des radiographies sans préparation de l'abdomen, en position verticale et en décubitus, non seulement en face de toute occlusion intestinale, mais même devant tout syndrome abdominal aigu. C'est ce qui leur a permis de poser 3 fois avec certitude, sur 4 observations personnelles d'iléus biliaire, le diagnostic pré-opératoire exact. 2 fois, aux signes radiologiques de distension hydro-aérique du grêle, s'associaient les deux symptômes pathognomoniques de l'iléus biliaire : injection gazeuse des voies biliaires et visibilité du calcul à la partie basse de l'abdomen. Dans le 3e cas, le calcul n'était pas visible, mais la fistule cholécysto-duodénale fut mise en évidence par l'ingestion d'un peu de baryte.

Dans le 4e cas, les deux signes manquaient. Les principes thérapeutiques adoptés sont bien précis : ne pas opérer avant d'avoir contrôlé, par aspiration gastro-duodénale, la distension abdominale et rétabli l'équilibre hydrique et électrolytique, ce qui peut demander 24 à 36 h; se borner à retirer le calcul par entérotomie, en reportant à un temps ultérieur le traitement chirurgical de la fistule cholécysto-digestive. L'observance de ces règles a permis de guérir simplement les 4 malades.

G. EDELMANN.

B. B. Crohn, L. Ginzburg et **G. Oppenheimer** (Mont-Sinaï Hospital, New-York, N.-Y.). — **Iléite régionale** (*American Journal of Medicine*, vol. **13**, n° 5, Nov. 1952, p. 583-590).

L'iléite terminale souvent fréquente chez les adultes jeunes est caractérisée par une réaction inflammatoire, nécrotique et cicatrisante aboutissant souvent à une sténose intestinale; elle peut être associée à la formation de fistules multiples. Les symptômes ressemblent à ceux de la colite ulcéreuse; fièvre, diarrhée, perte de poids; une tumeur est souvent perçue dans la fosse iliaque droite. Les fistules sont fréquentes, surtout avec le sigmoïde, plus rarement avec le cæcum ou le côlon droit. En général, l'appendice a été enlevé antérieurement. Parfois, les signes d'obstruction intestinale se présentent comme les premiers symptômes.

3 types peuvent être décrits :

1° Syndrome d'inflammation aiguë intra-abdominale, prédominant dans la fosse iliaque droite;

2° Syndrome d'entérite ulcéreuse;

3° Syndrome occlusif.

La radiographie montre une dilatation sous-jacente, une perte de la motilité du segment atteint de l'intestin. Elle montre parfois la présence d'une fistule. L'étiologie de cette affection est totalement inconnue, et la résection constitue le traitement de choix.

PAUL BANZET.

P. Frank. — **Sur l'entérokystome** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 4, 1952, p. 445-450, avec 5 fig.).

Il s'agit d'une belle observation de kyste du mésentère concernant un nourrisson de 5 semaines de sexe masculin qui présentait depuis 10 jours après sa naissance des vomissements constants 10 mn après chaque prise d'aliments.

A l'examen physique on constatait dans l'hypochondre gauche une masse élastique du volume d'une pomme et la radiographie confirmait l'existence de cette tumeur abdominale.

Le nourrisson fut opéré sous anesthésie locale par le professeur Geissendorfer; le kyste était développé dans le mésentère au contact de l'iléon terminal; l'opérateur dut faire chez ce nourrisson une résection intestinale suivie d'anastomose latéro-latérale, suivie de guérison intégrale. Revu 6 mois après le nourrisson était toujours en parfaite santé et n'avait plus présenté de trouble digestif.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un kyste neurogène; l'auteur publie la radiographie, la pièce opératoire et les coupes histologiques.

J. Sénèque.

John A. Bollinger et **Hartley F. Mars** (F. A. C. S. Evanston, Illinois). — **Lymphosarcome de l'intestin grêle** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **19**, n° 3, Mars 1953, p. 296-301, avec 3 fig.).

Une observation de lymphosarcome du grêle révélé par des accidents occlusifs chez un homme de 46 ans. Résection intestinale.

2 ans plus tard, l'état du malade était satisfaisant.

Bibliographie.

Marcel Roux.

H. O. Thomas (Birmingham). — **Myosarcome du diverticule de Meckel** (*Surgery*, vol. **32**, n° 4, Oct. 1952, p. 667-672, avec 5 fig.).

T. rapporte 1 cas de myosarcome du diverticule de Meckel. Il pense que la majorité des tumeurs de ce diverticule dérivent de ses éléments propres et non d'une muqueuse gastrique hétérotopique.

Le diagnostic est souvent très difficile, et le danger opératoire réside dans la persistance possible des vaisseaux vitellins.

T. passe en revue 29 cas de tumeurs malignes du diverticule de Meckel, publiés dans la littérature médicale.

Paul Banzet.

J. R. Johnston et **L. B. Reagan** (Philadelphie, Pa.). — **Courte survie succédant à une résection massive de l'intestin grêle** (*Surgery*, vol. **32**, n° 5, Nov. 1952, p. 858-862, avec 1 fig.).

J. et R. rapportent l'observation d'un malade qui a subi une résection de la totalité du grêle, moins environ 23 cm, pour un volvulus intestinal. Ce malade avait subi, 3 mois auparavant, une gastrectomie subtotale pour cancer. Il est décédé 5 mois après la seconde intervention.

Les progrès de la chirurgie moderne ont permis d'effectuer avec succès des résections étendues du grêle (le plus souvent pour volvulus ou infarctus mésentérique).

Il y a de grandes variations individuelles dans l'importance des troubles de la digestion et de l'assimilation consécutifs à de pareilles interventions.

En général, la plupart des malades supportent assez facilement une résection de la moitié de l'intestin. L'assimilation des hydrates de carbone est la moins touchée, puis celle des protéines, et enfin celle des graisses.

Des régimes spéciaux riches en hydrates de carbone ont été proposés; ils ont été absolument inefficaces dans le cas faisant l'objet de cette étude.

Paul Banzet.

G. Giordanengo (Turin). — **Hémorragie ovarienne et invagination haustro-cæcale. Difficultés du diagnostic différentiel avec l'appendicite aiguë** (*Minerva Chirurgica*, an. **8**, n° 7, 15 Avril 1953, p. 289-293).

L'auteur apporte 3 observations de rupture de kyste lutéinique dans lesquelles 2 fois fut porté le diagnostic d'appendicite aiguë. Dans le 3e cas, les signes évidents d'hémorragie interne chez une jeune fille vierge avaient permis un diagnostic exact.

Suivent 1 observation d'invagination iléo-cæco-colique chez un homme de 40 ans, et 3 observations d'invagination haustro-cæcale chez des malades de 24, 45 et 50 ans. Le diagnostic fut fait 2 fois.

Les commentaires, sans rien apporter de neuf à la connaissance de ces cas d'urgence, nous rappellent les difficultés d'un diagnostic, sinon d'intervention, mais de nature.

J. Assali.

J. J. Morton (Rochester, N.-Y.). — **Diverticulose et cancer du sigmoïde** (*Surgery*, vol. **32**, n° 5, Nov. 1952, p. 765-783).

Une diverticulose colique et un cancer infecté du sigmoïde peuvent être extrêmement difficiles à différencier l'un de l'autre; souvent, seulement une étude microscopique permet de résoudre le problème.

18 cas de diverticulose coexistant avec un cancer du sigmoïde ont été observés pendant les 20 dernières années à l'Hôpital de l'Université de Rochester. Dans 18 cas les diverticuloses compliquées se sont montrées indemnes de cancérisation par l'examen microscopique des pièces opératoires.

M. estime que :

1° Toute diverticulose qui saigne doit être soumise à des examens minutieux.

2° Dans le cas où le diagnostic différentiel entre diverticulose et cancer ne peut être posé avec certitude, une exploration chirurgicale s'impose.

3° Dans les cas de ce genre la technique opératoire doit toujours être aussi radicale que pour un cancer, en enlevant avec la partie malade de l'intestin la totalité des tissus voisins infiltrés.

4° Seul l'examen histologique représente le moyen certain de différencier la diverticulose et le cancer.

5° Et même il est souvent difficile de faire des coupes sur le point précis intéressant, à cause de la diffusion de la réaction inflammatoire périfocale.

Paul Banzet.

E. S. Brintmall (Iowa City). — **Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet.** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 6. Déc. 1952.

Plaidoyer de l'auteur en faveur d'une opération abdomino-périnéale. Les deux temps se contentent de rapprocher les releveurs par suture directe, complétée, si besoin est, au cours du temps périnéal par une plicature du sphincter anal.

6 malades ont été opérés, 4 sont complètement guéris, 2 ont récidivé, l'un complètement, l'autre partiellement.

F. d'Allaines.

H. E. Lockhart-Mummery et **Cuthnert E. Dukes** (Londres). — **Traitement chirurgical des polypes malins du rectum** (*The Lancet*, n° 6738, 18 oct. 1952, p. 751-755, avec 11 fig.).

Les auteurs distinguent 6 étapes histologiques entre l'adénome bénin pédiculé et le polype typiquement cancéreux, avec, comme stades intermédiaires : le cancer *in situ* où apparaissent les altérations cellulaires, le cancer focal, où la lésion demeure cantonnée à une zone nettement déterminée, le cancer invasif enfin.

Ces lésions sont de gravité croissante, mais le pronostic semble dépendre, d'autre part, dans une très large mesure, du degré de différenciation cellulaire.

Considérant les résultats éloignés des tumeurs (au nombre de 47), traitées par

excision locale, et qui toutes correspondaient à des lésions au stade focal ou invasif, donc de malignité certaine, les auteurs constatent que, dans tous les cas de cancers surpris au stade focal, c'est-à-dire encore limités à la muqueuse, les résultats de l'excision locale ont été entièrement satisfaisants.

Par contre, pour les tumeurs au stade invasif, s'il ne fut pas constaté de récidive, ni d'évolution fâcheuse, quoique à échéance peu éloignée, pour des tumeurs d'un faible degré de malignité, une récidive apparut chez chacun des 3 malades où le degré de malignité avait été jugé élevé. Et chez les malades réopérés, on put constater l'existence d'un envahissement ganglionnaire.

Il semble donc, que si l'on peut se contenter d'une excision locale dans tous les cas de cancers *in situ*, et dans les tumeurs au stade invasif (à condition que le pédicule soit sain) lorsque la tumeur est d'un faible degré de malignité, chaque fois que l'examen montre, au contraire, un cancer d'un haut degré de malignité, une opération radicale doit être entreprise.

MARCEL ROUX.

D. C. Gabetti (Vintimiglia). — **Carcino-sarcome mélanique primitif du rectum** (*Minerva Chirurgica*, an. **8**, n° 7, 15 Avril 1953, p. 278-283).

Après un rappel bibliographique, statistique, et des considérations générales sur les mélano-sarcomes, l'auteur expose l'observation d'un homme de 63 ans.

Le début semble remonter à 3 mois. Léger saignement à l'occasion des selles, et épreintes. Puis apparaissent des douleurs irradiant dans le périnée et le bas-ventre. Une hémorragie abondante incite son médecin à l'adresser à l'auteur.

Le toucher rectal permet de sentir à 2 cm de l'anus une masse bosselée, du volume d'une orange, sessile, faisant corps avec la paroi postérieure du rectum.

Amputation du rectum par voie sacrée, et création d'un anus sacré.

Le malade survit 16 mois, et succombe à une généralisation cancéreuse.

L'examen macroscopique de la pièce montrait de larges zones pigmentées.

L'examen histologique a permis le diagnostic du mélano-sarcome. Les ganglions lymphatiques présentaient des métastases.

J. ASSALI.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

J. Sénèque, M. Roux, Ch. Chatelin et **P. Huguenard.** — **Sur 1 cas d'hépatectomie typique gauche réglée, pour kystes hydatiques multiples de la partie gauche du foie** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 25, 15 Oct. 1952, p. 728-733, avec 2 fig.).

Une malade de 51 ans, amaigrie, présentait une echinococcose hépatique polykystique (intermédiaire en quelque sorte entre le kyste hydatique et la maladie alvéolaire), dont Malgras, à une intervention exploratrice, avait vérifié le siège dans le lobe gauche du foie.

Après une excellente préparation, Sénèque pratique une hépatectomie gauche réglée, emportant le lobe gauche, les lobes Carré et de Spigel; l'incision, d'abord abdominale, oblique depuis l'ombilic, est prolongée sur le thorax, en réséquant la 8e côte droite, le diaphragme est incisé, la plèvre ouverte. L'hémostase méthodique assure, au préalable, une section peu saignante. Cette opération, la première dans la littérature, où l'ablation complète du « foie gauche » fut exécutée de manière réglée, fut faite sous hibernation artificielle.

La malade guérit après divers incidents (suppurations, à germes résistants à tous les antibiotiques, thrombose).

SYLVAIN BLONDIN.

B. B. Roe (San Francisco). — **Hémorragie massive d'un hépatome malin (1 cas opéré secondairement par résection transdiaphragmatique)** (*Archives of Surgery*, t. **65**, n° 6, Déc. 1952, p. 913-915).

Il s'agit d'un jeune Chinois opéré d'urgence pour syndrome pseudo-perforatif, la tumeur hépatique découverte alors et saignant beaucoup est simplement tamponnée avec de l'oxycel.

Une deuxième intervention 9 jours plus tard résèque la tumeur et une collerette hépatique alentour par voie transdiaphragmatique. La tumeur siège sur la convexité du lobe droit, mais l'auteur n'ayant pu trouver aucun cas de guérison d'une hépatectomie droite réglée n'a pas osé la pratiquer et s'est contenté d'une résection à la demande. Guérison opératoire malgré une grosse hémorragie post-opératoire compliquée d'abcès sous-phrénique.

F. D'ALLAINES.

O. Shaffer et **P. B. Price** (Salt Lake City). — **Résection du foie pour cancer** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 2, Août 1952, p. 337-341, avec 1 fig.).

Apportant 3 cas de résection complémentaire partielle du foie au cours de 2 gastrectomies pour cancer gastrique avec extension directe à la glande et d'une résection de cancer du rectum avec métastases hépatiques. S. et P. estiment que l'envahissement secondaire du foie par une tumeur maligne ne doit pas constituer une contre-indication opératoire de principe. Certaines tumeurs secondaires localisées sont en effet justiciables d'exérèse en même temps que le cancer primitif. Des survies parfois prolongées, sinon des guérisons peuvent résulter de telles interventions. Toutefois la survie des opérés de S. et P. ne fut respectivement que de 4 ans, 1 an et 15 mois. L'hémostase constitue le souci majeur de ces résections hépatiques et S. et P. soulignent l'intérêt des sutures préventives, de la péritonisation de la tranche de section avec le ligament falciforme et du drainage.

Ces résections « à la demande » ne présentent à vrai dire rien de bien original et semblent dépassées par les techniques d'hépatectomies réglées qui ont fait le sujet de travaux français récents.

F. D'ALLAINES.

J. Knorre. — **Sur l'atrésie congénitale des voies biliaires** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 1, 1952, p. 85-91, avec 1 fig.).

L'auteur rapporte dans cet article 3 observations d'atrésie congénitale des voies biliaires s'étant manifestées chez des malades âgés respectivement de 2 ans, 10 semaines et 7 mois.

Après avoir préparé ces malades, l'intervention fut décidée dans l'espoir de pouvoir pratiquer une anastomose bilio-digestive, mais ces 3 cas se révélèrent inopérables et toute anastomose même intra-hépatique fut absolument impossible: le premier malade est mort 6 mois après la laparotomie exploratrice, le deuxième dans le même laps de temps, tous deux avec des complications hémorragiques; le troisième est décédé le lendemain après la laparotomie exploratrice des suites d'une broncho-pneumonie. Ces 3 observations viennent une fois de plus illustrer la gravité de cette malformation congénitale.

J. SÉNÈQUE.

H. Spängler. — **Sur la sténose post-opératoire des voies biliaires** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 1952, p. 24-40 avec 1 fig.).

Le travail de l'auteur est basé sur l'étude de 34 malades ayant présenté une sténose post-opératoire des voies biliaires. Ces cas concernent 27 femmes et 7 hommes. Sur ces 34 cas l'intervention initiale avait été 29 fois une cholécystectomie et 5 fois une gastrectomie.

21 malades avaient subi ailleurs la première intervention; 13 autres avaient été opérés à la clinique de Schönbauer à Vienne, d'où provient ce travail.

Après avoir envisagé les troubles cliniques : douleurs et ictère, l'auteur étudie le siège et la cause de la sténose. Il en arrive aux conclusions suivantes :

Dans 18 cas, le traumatisme opératoire portant sur la voie principale peut être considéré comme certain, lors de la première intervention.

Dans 10 cas, le traumatisme sur la voie principale ne peut être affirmé avec certitude et il est possible que la sténose ne résulte que de simples lésions inflammatoires.

Dans 4 cas, il s'agissait de compression des voies biliaires par adénopathies non spécifiques.

Dans 2 cas, enfin de simples sténoses fonctionnelles.

L'INTERVENTION A CONSISTÉ. — 12 *drainages du cholédoque* avec 3 guérisons seulement, 2 améliorations, 2 échecs, 3 résultats douteux.

13 *cholédoco-duodénostomies* (avec 1 prothèse) : 5 guérisons, 4 échecs, 3 résultats douteux, 1 décès post-opératoire.

3 *hépatico-duodénostomies* (1 cas avec tube en T) : 2 morts, 1 résultat douteux.

1 *hépatico-gastrostomie* : 1 mort.

1 *cholécysto-jéjunostomie* : 1 guérison.

1 *cholécysto-duodénostomie* : 1 mort.

2 *libérations d'adhérences* : 1 guérison, 1 résultat douteux.

1 *laparotomie exploratrice* : 1 décès.

Donc 6 décès sur 34 cas opérés.

Sur les 28 malades revus : 10 guérisons, 2 améliorations, 8 échecs.

J. SÉNÈQUE.

S. W. Moore, R. S. Mc Elwee et **C. Romiti** (New-York). — **Tumeur bénig. des voies biliaires** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. 15 n° 10, 8 Nov. 1952, p. 999-1 002, avec 4 fig.).

Les auteurs rapportent une observation tout à fait particulière de tumeur bénign des voies biliaires.

Une négresse de 44 ans fut admise au New-York Hospital pour des épisodes intermittents d'ictère s'étendant sur une période de 6 ans. Il y avait quelques phénomène douloureux, mais pas de fièvre. A l'opération, le foie apparut légèrement augmenté de volume, la vésicule biliaire était grosse, ferme, de paroi épaisse et ne contenait pas de calculs. La voie biliaire principale était large et l'on percevait à l'intérieur une masse tubulaire ferme. La taille du canal biliaire fit découvrir une tumeur pédiculée dont le pied s'implantait sur la paroi antérieure de la partie supérieure du canal hépatique gauche et qui occupait toute la hauteur de la voie biliaire principale, l'extrémité inférieure étant engagée à travers le sphincter d'Oddi. La tumeur fut dégagée au niveau de sa partie distale, accouchée hors du canal biliaire et sectionnée près de son point d'attache.

Il s'agissait d'une masse lobulée multiloculaire, longue de 12 cm et large de 3.

Histologiquement, la tumeur fut considérée comme un fibro-adénome du canal hépatique.

Après 2 ans de bien-être, les troubles reparaissent et une nouvelle intervention est entreprise. On découvre une masse kystique d'un diamètre de 10 cm développée entre les lobes hépatiques droit et gauche et saillant à la face supérieure du foie. La voie biliaire principale très distendue avait un diamètre de 5 cm et contenait de nouveau une masse tubulaire, allongée. Il s'agissait encore d'une tumeur pédiculée dont l'attache se faisait au niveau de la paroi du canal hépatique gauche, très haut à l'intérieur du foie. Le point d'implantation ne pouvant pas être atteint par la taille cholédocienne, on se contenta d'enlever par cette voie le principal de la masse, puis le kyste hépatique ayant été incisé, ce qui conduisit dans une cavité multiloculaire, un clamp fut introduit à travers le plancher du kyste vers l'intérieur du canal hépatique gauche largement dilaté. On put ainsi ramener à l'intérieur du kyste, la bas

de la tumeur endo-canalaire et le pédicule put en être alors sectionné directement et complètement sous contrôle de la vue.

Les suites opératoires furent relativement simples.

La tumeur de structure kystique était histologiquement absolument comparable à celle observée lors de la première intervention.

Bibliographie.

MARCEL ROUX.

A. M. Dogliotti et E. Fogliati (Turin). — **Diagnostic et traitement chirurgical des obstructions et des sténoses bénignes de la voie biliaire principale** (*Minerva Chirurgica*, an. **8**, n° 7, 15 Avril 1953, p. 261-272).

Les auteurs rappellent les examens indispensables et décrivent un radiomanomètre mis au point par l'un d'eux (Fogliati). Cet appareil se compose essentiellement de 3 parties :

1° Un système de perfusion avec tube de Mariotte, actionné par un dispositif électrique, manœuvrable à distance par commandes à pédale;

2° Un appareil enregistreur de pression;

3° Un thermostat.

Ces 3 parties rassemblées dans un meuble à faible encombrement et mobile.

Cet appareil, d'après la description, semble pratique. Il permet la radiomanométrie selon la méthode de Roux, ou de Caroli, ou selon la méthode en hyperpression de Mallet Guy.

La lithiase de l'hépato-cholédoque. — 1° Dogliotti pratique la cholédocotomie idéale, avec cholédocorraphie immédiate dans les cas rares où se trouvent réunies les conditions suivantes : bile jaune d'or, absence d'angiocholite, perméabilité absolue de la voie principale, cholédoque non dilaté, d'aspect et de consistance normaux, absence de calculs multiples ou de boue biliaire.

2° Dans tous les autres cas : cathétérisme avec explorateurs métalliques souples, de calibre croissant. Si l'on peut faire passer la sonde de 6 mm de diamètre, on introduit à sa place un drain en caoutchouc fenétré, que l'on fait pénétrer de plusieurs centimètres dans le duodénum. Le bout externe du tube servira pour le drainage temporaire. Si l'on ne peut faire passer l'explorateur, le traitement sera celui exposé plus loin (sténose par pancréatite).

Céphalo-pancréatites sténosant le cholédoque terminal. — Il peut s'agir de formes récentes œdémateuses, ou de formes chroniques scléreuses.

Dans le premier cas le drainage transpapillaire suffit et donne une guérison totale.

Dans les formes anciennes, le cholédoque sain est étranglé par la sclérose qui l'enserre. Le drainage transpapillaire même prolongé pourrait être insuffisant : mieux vaut recourir à la cholédoco-duodénostomie — et si celle-ci s'accompagne d'angiocholite, ultérieurement une exclusion du pylore avec gastro-entérostomie sera indiquée.

Papillites et oddites sténosantes. — Il y a lieu de distinguer « les hypertonies et les inflammations aiguës », et les sténoses scléro-rétractiles.

Dans le premier cas : drainage simple, par un tube perforé introduit par le cholédoque.

Dans le second cas : cathétérisme par sonde à bout olivaire, introduit jusqu'à repousser la paroi antérieure du duodénum. Sur cette saillie, incision au bistouri, puis incision de la papille. Le cathérer entraîne un fil auquel est fixé un drain perforé dont un bout plonge dans le duodénum, l'autre sortant par l'incision du cholédoque. Le tube est laissé en place 20 jours.

Dogliotti le préfère au drain de Kehr, ce dernier pouvant entraîner une déchirure du cholédoque lors de son ablation. Le maintien de la guérison des malades est un élément favorable à l'adoption de ce procédé.

Dans quelques cas, Dogliotti a utilisé le drainage selon Duval, par tube de polythène, mais il lui préfère le procédé précédent, des auteurs ayant signalé des obstructions de ce tube, et un reflux duodénal.

La radiomanométrie per-opératoire reste un moyen de contrôle, si une difficulté surgit au cours de l'exploration.

Sténoses bénignes intrinsèques post-opératoires de l'hépato-cholédoque. Il s'agira essentiellement de complications de la cholécystectomie ou de la gastrectomie.

1° Sténose limitée : incision longitudinale et suture transversale sur tube poussé jusque dans le duodénum.

2° Pertes de substance ou sténoses serrées peu étendues : résection du segment sténosé et suture bout à bout du cholédoque, sur tube.

3° Pertes de substance ou sténoses étendues de la voie principale avec conservation d'un moignon du canal hépatique : hépatico-duodénostomie termino-latérale, ou hépatico-jéjunostomie.

En aucun cas, n'a été prise en considération la possibilité d'une greffe, ou d'un pontage par matériel inerte (élimination, obstruction par sels biliaires... et reproduction d'une fistule).

4° Destruction complète de la voie biliaire principale.

C'est pour ces cas que Dogliotti a mis au point son opération « d'intra-hépato-ducto-gastrostomie ».

Libération du lobe gauche du foie. Compression entre les doigts de l'aide. Section franche antéro-postérieure au bistouri respectant le canal biliaire principal, dont on conserve un segment de 2 cm, émergeant de la tranche de section. Hémostase directe des vaisseaux pinçables, et point en U sur la tranche de section. Suture en deux plans ducto-gastrique aux points séparés à la soie. Fixation de la tranche hépatique à l'estomac.

Depuis 1946, 4 malades ont été ainsi opérés avec succès.

J. Assali.

Pierre Mallet-Guy et **Michel Gangolphe** (Lyon). — **Les indications respectives des diverses interventions dans la lithiase cholédocienne (d'après 100 cas opérés en 2 ans)** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **79**, n° 2, 14 Janv. 1953, p. 60-68).

Et sur le même sujet :

1° **R. Soupault** et **M. Champeau** (*Ibidem*, **79**, n° 10, 11 Mars 1953, p. 247-251).

2° **P. Brocq, F. Poilleux** et **A. Cohen-Boulakia** (*Ibidem*, **79**, n° 10, 11 Mars 1953, p. 251-255).

3° **S. Hepp** (*Ibidem*, **79**, n° 10, 11 Mars 1953, p. 255-259).

4° **J. Sénèque** (*Ibidem*, **79**, n° 10, 11 Mars 1953, p. 259-263).

5° **A. Ameline** (*Ibidem*, **79**, n° 10, 11 Mars 1953, p. 263-266).

Cette série d'importantes communications mérite d'être lue dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, la mention qui figure ici ne doit être considérée que comme une référence bibliographique, qui souligne l'intérêt de ces travaux.

Sylvain Blondin.

Jan Trnka (Moravska Ostrava). — **1 cas de kyste congénital du cholédoque** (*Casopis Lékaru Ceskych*, an. **92**, n° 19, 8 Mai 1953, p. 523-526).

Chez une jeune fille de 22 ans apparaissent un syndrome typique de coliques hépatiques, un ictère et une tuméfaction vésiculaire importante dans l'hypochondre droit. Pratiquée 4 ans après le début des manifestations cliniques et sans diagnostic préalable, l'intervention fait découvrir un cholédoque considérablement dilaté, contenant 2 400 cm³ de bile épaisse, visqueuse, de teinte vert-foncé. L'hépatomégalie et surtout la splénomégalie sont considérables. La vésicule, notablement dilatée, contient des calculs nombreux et volumineux.

Une anastomose vésiculo-duodénale est établie et fonctionne bien. 3 ans après l'intervention, qui date d'Avril 1950, la malade ne présente aucun trouble fonctionnel et ne se plaint de rien. La littérature mondiale ne comporte que 200 cas analogues. Les auteurs tchèques ont publié 9 observations, avec une mortalité opératoire de 11 p. 100.

GUY HENRI.

F. L. Duschl et **J. A. Lämmle.** — **Réparation plastique de la voie biliaire principale** (*Brunss' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **185**, 3, p. 302-321, 1952, avec 5 fig.).

A propos de 2 observations de blessure haute de la voie principale au cours d'une cholécystectomie chez des femmes de 34 et 39 ans, le rétablissement secondaire du cours de la bile fut rétabli par anastomose hépatico-duodénale à l'aide d'un procédé un peu spécial consistant à pratiquer 2 languettes sur D1 qui sont ensuite implantées dans le foie autour du canal hépatique avec fixation secondaire de la première partie du duodénum à la face inférieure du foie. Il y a eu, dans les 2 cas, guérison opératoire, mais les auteurs ne fournissent pas de résultats éloignés.

Ils envisagent dans leur article les divers procédés pour rétablir la continuité de la voie principale.

J. SÉNÈQUE.

B. J. Lary (Chicago, Ill.) et **J. R. Scheibe** (Bloomfield, Iowa). — **Les effets du drainage par tube de caoutchouc sur la cicatrisation des anastomoses du cholédoque** (*Surgery*, vol. **32**, n° 5, Nov. 1952, p. 789-795, avec 3 fig.).

Il s'agit des résultats d'expérimentations sur le chien.

Lors d'une première intervention, une ligature du cholédoque est pratiquée de manière à obtenir une dilatation du canal.

7 jours plus tard, réintervention, suppression de la ligature, section du cholédoque et anastomose termino-terminale.

Sur 20 chiens, un drain de Kehr est introduit dans le cholédoque au-dessus de l'anastomose. Sur 24 autres chiens, il n'est pas établi de drainage cholédocien.

Les 28 animaux survivants ont été sacrifiés 2 mois après la seconde opération. La plupart des chiens qui étaient morts présentaient une péritonite biliaire, surtout dans les cas où la fermeture de l'abdomen avait été faite sans aucun drainage.

11 sur 12 des animaux ayant eu un drain en T présentaient des rétrécissements du cholédoque, alors que cette complication n'était présente que sur 16 des animaux opérés sans drain en T.

L'infection des voies biliaires est constante chez les animaux avec drainage en T; elle n'a été observée que dans 56 p. 100 des cas opérés sans drainage.

PAUL BANZET.

W. H. Cole (Chicago). — **Tendances actuelles en chirurgie biliaire** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **150**, n° 7, 18 Oct. 1952, p. 631-637, avec 6 fig.).

Dans cet article de généralités où l'on s'étonne de ne voir faite aucune place à la radiomanométrie per-opératoire, quelques éléments méritent cependant d'être notés : la confiance accordée par les auteurs à l'élévation du chiffre de la phosphatase alcaline pour le diagnostic de l'ictère par obstruction, l'insécurité que leur a donnée l'examen histologique extemporané pour le diagnostic des lésions de la papille, l'isolement de formes angineuses de lithiases biliaires où l'indication opératoire est particulièrement difficile, lorsque les malades présentent conjointement des troubles électrocardiographiques. En dehors d'un accident coronarien récent, la cholécystectomie semble justifiée si les troubles électro-cardiographiques ne s'exagèrent pas à l'effort et s'il n'y a pas de gros signes de souffrance myocardique.

Les auteurs ont trouvé des calculs dans la voie biliaire principale chez 19 p. 100 des malades qui subirent une cholécystectomie.

La sphinctérotomie d'Oddi pratiquée 3 fois pour des dyskinésies du bas cholédoque entraînant un syndrome douloureux post-cholécystectomie a donné, dans les 3 cas, un résultat « saisissant ».

La mortalité globale, pour cholécystectomie, a été de 2 p. 100. La mortalité semble infiniment plus lourde après 50 ans qu'avant.

MARCEL ROUX.

Marcel Roux, Ch. Debray et **R. Le Canuet.** — **Réflexions à propos de 260 observations de chirurgie biliaire sous contrôle radiomanométrique per-opératoire** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **79**, n° 12, 25 Mars 1953, p. 304-312).

Grâce à l'emploi, dans presque tous les cas de chirurgie biliaire, de la radiomanométrie, la statistique de la clinique de Vaugirard est très belle : la lithiase de la vésicule (174 cas) ou de la voie principale (38 cas), en constitue l'essentiel. Les dyskinésies infundibulo-cervico-cystiques (52 cas) ou du bas cholédoque (43 cas), sont également fréquentes. La mortalité globale est faible, à peu près 4 p. 100. Roux et ses collaborateurs se montrent partisans de la manométrie, telle qu'ils l'ont décrite en 1948, par un dispositif très simple avec un flacon de Mariotte, et de la ponction première du cholédoque, pour l'exploration radiographique.

SYLVAIN BLONDIN.

PANCRÉAS

A. Dale (Rochester, New-York, N.-Y.). — **Le blocage des splanchniques dans le traitement de la pancréatite aiguë** (*Surgery*, vol. **32**, n° 4, Oct. 1952, p. 605-614, avec 3 fig.).

D. rapporte le résultat des infiltrations splanchniques employées dans 8 cas comme traitement des pancréatites aiguës : soit injection para-vertébrale, soit injection unique rétro-péritonéale du côté gauche.

D. décrit la méthode qu'il utilise pour l'injection rétro-péritonéale gauche, avec contrôle radiologique préalable de la position de l'aiguille. Les résultats immédiats, chez tous les malades, ont été bons et la méthode mérite d'être expérimentée largement.

1 cas de mort rapide a été observé, peut-être dû à l'injection elle-même; ceci indique que la méthode n'est pas absolument dépourvue de danger.

PAUL BANZET.

P. F. Portuyton (Cleveland). — **Pancréatites chroniques traitées par anastomose bilio-jéjunale** (*Archives of Surgery*, vol. **65**, n° 4, Oct. 1952).

Cette étude porte sur 7 cas suivis pendant 20 mois après l'intervention.

Le spasme du sphincter d'Oddi est considéré comme l'agent essentiel de la maladie, le spasme étant entretenu par l'écoulement de la bile, ce qui justifie la thérapeutique :

5 cas ont eu une cholécysto-jéjunostomie;

2 cas une cholédoco-jéjunostomie, car une cholécystectomie avait été antérieurement pratiquée.

L'anastomose est faite sur une anse montée en Y transmésocolique. Les résultats sont encourageants dans l'ensemble.

F. D'ALLAINES.

A. Hurwitz et **R. Yesner** (Newington, Conn.). — **Kyste du pancréas : une cause inhabituelle d'hypersplénisme** (*Archives of Surgery*, t. **65,** n° 6, Déc. 1952, p. 933-936).

Il s'agit d'un malade porteur d'un pseudo-kyste de la tête du pancréas comprimant les vaisseaux de la rate, condition responsable, d'après l'auteur, du syndrome d'hypersplénisme, qui se traduisait par une grosse rate, une anémie et une hyperplasie médullaire normoblastique.

La résection de la rate et de la queue du pancréas, enlevant le kyste en totalité, a permis la guérison.

F. d'Allaines.

H. Berger. — **Sur l'hyperinsulinisme. Kyste du pancréas avec hypoglycémie** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 2, 1952, p. 240-249, avec 2 fig.).

Une femme de 25 ans se présente à la Clinique en Février 1951 avec les signes d'une tumeur abdominale gauche, tumeur arrondie, élastique, des dimensions d'un poing et refoulant l'estomac vers la droite. La radiographie montre le refoulement à droite de la grande courbure de l'estomac et l'on porte le diagnostic de kyste de la queue du pancréas.

A l'intervention, on constate l'existence d'un kyste du pancréas à type mésocôlique; il n'existe aucun adénome pancréatique, aucune adénopathie et l'on résèque la queue du pancréas avec le kyste qui contient un liquide clair. Suture du pancréas, drainage. Fermeture pariétale.

La malade qui se plaignait avant l'intervention, de vertiges, de sensation de faiblesse, avait une glycémie à 0,65. Après l'intervention les troubles disparurent et la glycémie au 17e jour était remontée à 0°92.

Aucun adénome ne fut constaté à l'examen anatomo-pathologique et l'auteur conclut qu'il s'agissait d'un kyste par rétention avec hyper-insulinisme expliqué comme effet Mansfeld.

J. Sénèque.

T. G. Orr (Kansas City, Kan.). — **Quelques réflexions au sujet du traitement du cancer du pancréas** (*Surgery*, vol. **32,** n° 6, Déc. 1952, p. 933-945, avec 2 fig.).

L'histoire du traitement chirurgical du cancer du pancréas n'est pas encourageante, mais elle n'est peut-être pas sans espoir.

Pendant une période de 12 ans, 103 malades atteints de cette affection ont été vus à l'Université de Kansas. 82 ont été opérés. 24 ont subi une pancréatico-duodénectomie avec une mortalité globale de 29,1 p. 100. La durée moyenne de survie a été de 15 mois. 1 malade a vécu 37 mois.

La mortalité opératoire a été de 26,6 p. 100 dans les opérations en un temps, et de 33,3 p. 100 dans les opérations en 2 temps.

Pendant ce même laps de temps, 40 opérations palliatives ont donné une mortalité de 27,5 p. 100, avec une survie moyenne de 4 mois 1/2.

Les cancers de la queue et du corps du pancréas représentent un problème entièrement différent et ne sont pas compris dans cette statistique.

En conclusion, on estime que, puisque des statistiques encourageantes ont été publiées avec des survies de 5 ans ou plus après pancréatectomie, il y a lieu de persister dans cette voie et que le fait de décourager les chirurgiens vis-à-vis de cette opération serait contraire aux principes logiques de la chirurgie du cancer.

Paul Banzet.

P. Fuchsig et **G. Heinert.** — **Sur l'opération radicale pour ampullome vatérien et cancer de la tête du pancréas** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **186,** 3, 1953, p. 328-338, avec 4 fig.).

Les auteurs rapportent dans cet article 4 observations de duodéno-pancréatectomies concernant 2 cas d'ampullome vatérien, et 2 cas de cancer de la tête du pancréas.

Succès opératoire dans les 4 cas, mais 2 morts 3 mois 1/2 et 6 mois après, pour les 2 autres cas le recul manque encore pour juger du bénéfice de l'intervention radicale.

Cas I. — Homme, 47 ans, 2 ictères dans les antécédents. Douleurs abdominales et grosse vésicule. Le 14 Juin 1951, cholécystectomie; on perçoit ensuite un cholédoque distendu; une petite tumeur sur la tête du pancréas et des adénopathies de voisinage; on pratique alors une duodéno-pancréatectomie avec implantation du cholédoque dans l'estomac, tandis que le moignon pancréatique est implanté dans une anse jéjunale amenée par voie transmésocolique. 2 hémorragies gastriques dans les suites immédiates. Guérison opératoire. Examen histologique; adénocarcinome du pancréas.

Décès 3 mois 1/2 après : ascite et cancer secondaire du foie.

Cas II. — Femme, 51 ans, ictère depuis 6 semaines. Laparotomie le 3 Octobre 1951; vésicule distendue et cholédoque dilaté; on perçoit au niveau du deuxième duodénum une petite tumeur au niveau de l'ampoule de Vater; prélèvement biopsique et cholécysto-jéjunostomie. Résultat de la biopsie : cancer de l'ampoule. Le 5 Novembre 1951, duodéno-pancréatectomie et implantation du canal de Wirsung avec une petite sonde, dans l'anse jéjunale. 1 an après la malade est toujours en bonne santé.

Cas III. — Femme, 68 ans, ictère depuis 5 semaines, grosse vésicule. Laparatomie le 24 Septembre 1951; on pense à une pancréatite et on pratique une cholédoco-duodénostomie.

5 semaines après l'ictère a complètement rétrocédé et on réintervient le 13 Décembre 1951; incision transduodénale qui montre un cancer de l'ampoule à un stade précoce.

On défait l'anastomose cholédoco-duodénale et on pratique une duodéno-pancréatectomie céphalique en implantant le cholédoque (en termino-latérale), et le moignon pancréatique dans une anse jéjunale. Guérison opératoire, mais décès 6 mois 1/2 après avec des symptômes occlusifs.

Cas IV. — Homme, 42 ans, ictère depuis 3 semaines, sans douleurs; intervention le 6 Mai 1952; cholédoque dilaté, noyau dur dans la tête du pancréas; nombreux ganglions autour de l'aorte et de la veine porte avec infiltration carcinomateuse de voisinage.

Duodéno-pancréatectomie céphalique avec conservation de la vésicule biliaire. Cancer sur l'ampoule de Vater, le pancréas et la paroi postérieure du duodénum; les 2 ganglions étaient envahis. Le résultat ne date que du mois d'Octobre 1952 où le malade était encore en vie.

J. Sénèque.

RATE

Crosnier, Giraud, Darbon et **Parvais.** — **Rupture spontanée d'une rate palustre. Splénectomie. Guérison. Image giganto-folliculaire de la pulpe splénique** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **69**, n° 5-6, 6 Fév. 1953, p. 127-131).

Un jeune sous-officier revenu d'Indochine où il avait contracté la dysenterie amibienne et le paludisme, fait en France de nouveaux accès palustres, et on constate une splénomégalie.

Au cours d'un de ces accès de fièvre tierce, alors qu'il se promenait, il est pris d'une douleur violente dans l'hypochondre gauche; l'état s'aggrave le lendemain, où il est hospitalisé. L'intervention a lieu 30 h après le début des accidents devant un état d'anémie et de réaction péritonéale très inquiétant. Elle démontre l'hémorragie péritonéale et permet d'enlever la grosse rate qui présente un éclatement sur sa face externe.

Le parenchyme était très friable, le pédicule se rompt au cours des manœuvres et la rate est enlevée morcelée.

Les suites opératoires sont bonnes et la guérison paraît complète.

L'examen histologique montre une hyperplasie du tissu lymphoïde, avec de très volumineux corpuscules de Malpighi.

Les auteurs soulignent le fait, d'ailleurs connu, de la rupture véritablement spontanée des grosses rates palustres, et ils discutent des relations entre les lésions histologiques qu'ils ont constatées et la maladie de Brill-Symmers.

Ils ne pensent pas qu'il s'agisse ici, malgré l'augmentation considérable de volume des follicules lymphoïdes, de cette maladie qui a un mauvais pronostic et évolue comme une leucose, mais ils évoquent les relations possibles entre les effets du paludisme sur la rate et la maladie de Brill-Symmers.

P. Moulonguet.

J. S. Berger, J. H. Forsee et **J. N. Furst** (Denver). — **Anévrysme de l'artère splénique** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 1, Janv. 1953, p. 108-110, avec 3 fig.).

Une femme de 54 ans fut prise brusquement d'une douleur épigastrique. La radiographie montra dans l'hypochondre gauche deux ombres de calcification, arrondies, de 2,5 cm de diamètre. On fit le diagnostic clinique de deux anévrysmes de l'artère splénique. Une artériographie translombaire confirma le diagnostic. La malade fut opérée; on fit une splénectomie avec ablation des deux anévrysmes, qui n'étaient pas rompus. Guérison.

Cette observation serait le 152e cas publié d'anévrysme de l'artère splénique. Le diagnostic a rarement été fait avant l'intervention ou l'autopsie. Environ 35 p. 100 des cas aboutissent à la rupture. L'intervention avant la rupture a une mortalité d'environ 15 p. 100, tandis qu'après la rupture elle est de 100 p. 100; aussi l'intervention est indiquée dès que le diagnostic est fait.

Chez l'adulte jeune cette lésion est deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme en raison de la prédominance au cours de la grossesse. A un âge plus avancé l'anévrysme splénique a une égale fréquence dans les deux sexes.

M. Guimbellot.

GLANDE SURRÉNALE

M. A. Hayes (Annarbor. Mich.). — **Les fonctions adréno-corticales au cours des interventions chirurgicales** (*Surgery*, vol. **32**, n° 5, Nov. 1952, p. 811-817, avec 4 fig.).

Les besoins très augmentés de l'organisme en adréno-cortico-stéroïdes pendant le stress ont été démontrés qualitativement. Il est également démontré que ces besoins peuvent excéder les possibilités de l'axe hypophyse-adréno-surrénale à les satisfaire, s'il existe un état antérieur d'hypo-fonctionnement hypophysaire ou une accentuation marquée du stress.

Tout ceci peut être évité par l'étude préparatoire du test épinéphrine-éosinophile et en étudiant le taux des éosinophiles au cours d'opérations difficiles et prolongées.

L'emploi justifié et judicieux des extraits aqueux adréno-corticaux donne de bons résultats dans le traitement du shock quand une insuffisance adréno-corticale a été démontrée par le pourcentage des éosinophiles.

Paul Banzet.

APPAREIL URINAIRE

R. Hasche-Klünser et **G. Œhlert.** — **Les frontières du traitement chirurgical et chimiothérapique dans la tuberculose uro-génitale** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 4, 1952, p. 475-486, avec 2 fig.).

A propos de 64 cas de tuberculose rénale (42 hommes et 22 femmes) traités par néphrectomie dans la période comprise entre 1930 et 1949, les auteurs montrent que les résultats éloignés sont essentiellement facteurs du traitement médical post-opératoire et que, malgré un diagnostic précoce, la cure sanatoriale pré-opératoire prolongée est encore pratiquée de manière insuffisante pour obtenir de bons résultats après la néphrectomie.

Actuellement la tendance va indiscutablement vers la conservation de l'organe malade et il ne faut pratiquer la néphrectomie que si l'on redoute un retentissement général sur l'organisme, de la lésion rénale. La cure sanatoriale doit donc prendre une place très importante à côté du traitement chirurgical et chimiothérapique.

J. Sénèque.

S. Petković (Belgrade). — **La néphrectomie partielle dans le traitement de la tuberculose rénale** (*Helvetica Chirurgica Acta. Series B.*, **20**, n° 2, Avril 1953, p. 107-121, avec 7 fig.).

P. relate 7 observations personnelles de néphrectomie partielle toutes suivies de guérison, à l'exception d'une fistule persistante (obs. 5) chez un malade de 26 ans à antécédents pulmonaires et péritonitiques. Au cours de l'intervention une grosse caverne du pôle supérieur fut accidentellement ouverte et inocula la loge rénale.

A cette occasion, l'auteur fait une bonne revue générale de la question, dont il précise les indications : malade d'âge moyen (évolution trop rapide chez l'enfant, cicatrisation difficile chez le vieillard), lésion torpide peu évolutive, localisée à la région polaire, système canaliculaire indemne, etc. Il insiste beaucoup sur les soins pré- et post-opératoires, ainsi que sur certains points de techniques, notamment en ce qui concerne les lésions bi-polaires et les interventions sur rein unique. La mortalité est faible (2,8 p. 100 dans le rapport de Dufour), mais le pronostic éloigné reste cependant assez sombre; Cibert estime, en effet, que 30 à 40 p. 100 des opérés succombent à l'évolution ultérieure de leur affection et que l'autre rein se prend dans 7 p. 100 des cas.

M. Deniker.

R. Huguenin et **R. Gérard-Marchant** (Paris). — **Diagnostic et traitement des tumeurs malignes du rein chez l'enfant** (*Presse Médicale*, **61**, n° 44, 24 Juin 1953, p. 909-913, avec 10 fig.).

Parmi les néoplasies observées chez l'enfant, le cancer du rein en représente environ le tiers et a fait l'objet de nombreuses études dont la thèse de G.-M. est une des plus récentes. Le travail actuel est basé sur l'observation de 64 cas de l'Institut G. Roussy (de 1933 à 1951), dont 49 avec vérification histologique des pièces.

Les auteurs insistent essentiellement sur les deux caractères de ces tumeurs : *fragilité et propension aux métastases*. Ils en tirent d'intéressantes déductions, au double point de vue clinique et thérapeutique.

Cliniquement, ils considèrent comme une nécessité absolue d'éviter toute manœuvre risquant de traumatiser la tumeur, dont la fissuration ou la rupture dans la loge rénale, ou même dans la grande cavité, entraîne une dissémination rapide du cancer. Il ne faut pas chercher à « fignoler » le diagnostic, mais se borner par la palpation, à reconnaître 3 caractères : tumeur *lisse* ou peu lobulée, tumeur *abdominale* bien plus que lombaire, tumeur *latérale*. Le complément de diagnostic sera l'œuvre de la radiographie simple, puis avec lavement baryté (tumeur homogène, de densité moyenne, refoulement des côlons); d'autre part, l'urographie intra-veineuse (sans compression) sera préférée à la pyélographie au cours de laquelle les dangers de ruptures par distension pyélique sont à craindre. L'étude de l'autre rein et la recherche des métastases complèteront le diagnostic positif. Les erreurs de diagnostic à éviter sont surtout l'hydronéphrose, le kyste solitaire, la maladie polykystique, certains surrénalomes (sympathome). Tous ces examens peuvent être menés rapidement, sans traumatisme inutile. La lombotomie exploratrice, la ponction-biopsie sont formellement rejetées par les auteurs.

Du point de vue thérapeutique, H. et G.-M. discutent les résultats comparés de la chirurgie et de la radiothérapie et arrivent à cette conclusion que le meilleur traitement est la néphrectomie précédée et suivie de séances de rayons, dont la technique est donnée minutieusement. Sur 13 malades n'ayant suivi aucun traitement antérieur, ils ont, par cette méthode, obtenu 9 succès et 4 décès, alors que la chirurgie avec radiothérapie pré- ou post-opératoire ainsi que la chirurgie seule ou la radiothérapie seule ont toujours été suivies de décès. Pour que la néphrectomie soit aussi atraumatique que possible, H. et G.-M. préconisent la voie antérieure sous-péritonéale avec ligature première de la veine rénale.

M. Deniker.

F. Gentil Martins (Lisbonne). — **Rupture sous-cutanée de l'uretère** (*Clinica Contemporanea*, **6**, n° 3, Oct. 1952, p. 71-82, avec 8 fig., bibliographie).

C'est un accident rare; il peut passer inaperçu, et certaines hydronéphroses, ou rétrécissements de l'uretère, sans cause avérée, sont peut-être à mettre sur le compte d'une rupture ancienne méconnue. L'urographie intra-veineuse devrait en permettre le diagnostic précoce. Encore faut-il penser à la faire : dans l'observation rapportée, c'est un effort violent au cours d'une partie de rugby, qui fut suivi de psoïtis, puis de l'apparition d'une tuméfaction de la fosse iliaque, se prolongeant dans la région inguinale. L'urographie ne fut pratiquée que 7 semaines après l'accident. La fuite extra-urétérale du produit de contraste était caractéristique. Mais la rupture n'était qu'incomplète, et, malgré la fistulisation temporaire, à l'aine, de l'infiltration d'urine, l'uretère retrouva une perméabilité normale, le rein une fonction et une morphologie comparables à celles du rein opposé.

Les expériences cadavériques de Wilenius ont permis de reconstituer le mécanisme de la rupture urétérale : le choc direct écrase l'uretère contre l'apophyse transverse de la 2e ou de la 3e lombaire; c'est toujours à ce niveau que siège la rupture, complète ou incomplète. Lorsque le traumatisme est indirect (mouvement brusque et violent) il agit par ascension brutale du rein. L'uretère peut alors se rompre, soit par traction excessive (jonction pyélo-urétérale ou urétéro-vésicale), soit par mise en tension sur l'apophyse transverse qui agit comme un chevalet.

L'évolution n'est pas toujours aussi favorable que dans le cas rapporté : le phlegmon d'urine rétro-péritonéal, la fistule urétérale, le rétrécissement cicatriciel de l'uretère sont les conséquences habituelles et conduisent à la néphrectomie. Il y a peu d'exemple de diagnostic précoce ayant permis, par une urétérorraphie immédiate, la conservation d'une fonction rénale normale. Ayant posé le diagnostic précocement, par urographie, on est autorisé à tenter le cathétérisme urétéral, avant de découvrir chirurgicalement l'uretère. Si la sonde franchit la rupture, on peut être certain qu'elle est incomplète, et se contenter de drainer l'épanchement rétro-péritonéal d'urine, en laissant la sonde à demeure.

G. Edelmann.

Petkovic. — **Cancer primitif de l'uretère** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 1, 1952, p. 27-41, avec 5 fig.).

L'auteur publie dans cet article 8 observations de cancer primitif de l'uretère concernant 2 femmes et 8 hommes (dont 3 entre 0 et 40 ans, 2 entre 50 et 60 ans et 3 après 60 ans). L'exérèse a été pratiquée dans 5 cas, dans 2 cas, il n'y eut qu'un traitement local, dans la dernière observation enfin le malade est décédé 2 jours après son entrée à la Clinique et le diagnostic a été confirmé par l'autopsie. Parmi les cas opérés, on relève 1 décès post-opératoire précoce, 1 décès 1 an après, 1 récidive 7 ans après l'intervention large, 1 cas non suivi et enfin 1 survie post-opératoire, mais cette intervention ne remonte qu'à quelques mois.

L'auteur a pu relever 290 cas de cette affection jusqu'à la fin de l'année 1950 et donne une classification et une étude clinique des cancers primitifs de l'uretère dont le diagnostic est basé essentiellement sur l'urétéro-pyélographie (defect de remplissage, sténose et oblitération de l'uretère). Il attire l'attention sur l'intérêt de la néphro-uretérectomie totale dans le traitement de cette affection, méthode qui donnerait les résultats les meilleurs et les plus durables, mais les observations qu'il publie en montrent encore toute la gravité.

J. Sénèque.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

J. Creyssel, P. Guinet et **R. Creyssel.** — **1 cas de puberté précoce par chorio-épithéliome de l'ovaire** (*Pédiatrie*, n° 3, 1953, p. 456-458).

Les observations de puberté précoce d'origine ovarienne et en relation avec un chorio-épithéliome sont extrêmement rares.

Les auteurs publient l'intéressante observation d'une fillette de 9 ans, admise à l'hôpital le 21 Septembre 1950 pour des hémorragies génitales abondantes apparues 1 mois auparavant.

Après un épisode abdominal pseudo-appendiculaire le 26 Août, l'enfant eut 2 jours plus tard ses premières règles très abondantes et durant 4 jours.

A l'examen de l'abdomen, grosse tumeur sous-ombilicale, comblant la fosse iliaque gauche. Anémie, hyperthermie, sujet amaigri.

Intervention chirurgicale le 30 Septembre 1950 qui permet d'extirper une tumeur ovarienne gauche rompue.

Les pertes utérines continuent, abondantes et l'état s'aggrave rapidement; décès le 18 Octobre.

L'examen histologique est celui d'un chorio-épithéliome typique. L'autopsie a fait découvrir des nodules métastatiques dans le poumon droit.

Dans les cas de puberté précoce, il faut pratiquer systématiquement la réaction de Aschheim-Zondeck qui, positive, permet de présumer de la nature chorio-épithéliomateuse de la tumeur.

La clinique et le laboratoire s'accordent pour donner, dans le chorio-épithéliome de l'ovaire, un ensemble de signes qu'on pourrait ainsi résumer : puberté précoce iso-sexuelle, à évolution rapide vers la mort et s'accompagnant d'une réaction d'Aschheim-Zondeck positive.

ALBERT MOUCHET.

J. Hoffman, D. M. Farell et **G. A. Hahn** (Philadelphie). — **Revue de 4 152 biopsies du col utérin, en fonction du cancer « in situ »** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 7, 14 Fév. 1953, p. 535-540, avec 4 fig.).

De l'étude de Hoffmann et de ses collaborateurs, se dégage la notion de l'extrême rareté du cancer « in situ ». Révisant systématiquement toutes les biopsies utérines pratiquées dans leur service, entre 1930 et 1946, les auteurs constatent que 11,4 p. 100 seulement des lésions correspondaient à un cancer pavimenteux. Une seule fois, les coupes permettaient à un nouvel examen de conclure à l'existence d'un cancer « in situ ». Dans tous les autres cas, existaient des signes d'envahissement du stroma qui restent, pour les auteurs, l'élément décisif du diagnostic.

Parmi 44 lésions cervicales qui, malgré des modifications de l'épithélium, assez voisines de celles que l'on considère d'ordinaire comme traduisant la malignité, n'avaient pas été étiquetées telles, il ne fut pas observé 1 seul cas d'évolution vers le cancer invasif. Les auteurs pensent donc que le diagnostic du cancer « in situ » est des plus difficiles, que cette question mérite une plus longue étude et que la biopsie classique prélevant un fragment épais de tissus utérins reste le moyen le plus sûr du diagnostic.

MARCEL ROUX.

BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE

F. Katz (Jacob, New York). — **Absence congénitale du sacrum et du coccyx** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **35-A**, n° 2, Avril 1953, p. 398-403, avec 4 fig.).

L'absence totale du sacrum et du coccyx est une malformation assez rare. Paul Desfosses et Albert Mouchet en avaient décrit une belle observation chez une fillette de 7 ans 1/2 en Janvier 1924 dans la *Revue d'Orthopédie*.

Le cas observé par K. concerne un garçon de 6 ans atteint d'absence de la 5e lombaire, du sacrum et du coccyx. Il présentait d'autres malformations : une scoliose cervico-thoracique gauche et une scoliose thoraco-lombaire droite, deux hémivertèbres au rachis thoracique, 10 côtes à droite au lieu de 12, un spina bifida cervical, un pied bot varus équin gauche.

ALBERT MOUCHET.

H. Brückner. — **Le symptôme complexe périty phlique au cours de l'ostéo myélite du bassin** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **184**, 3, 1952, p. 359-373, avec 3 fig.).

A propos de 3 observations, l'auteur attire l'attention sur le diagnostic difficile de l'ostéomyélite iliaque droite, non pas tant à cause de sa rareté que par la prédominance des symptômes typhliques qui peuvent dominer le tableau clinique et induire le chirurgien en erreur en faisant penser à une appendicite aiguë.

Dans une des observations citées, la suppuration de la moelle osseuse au niveau de l'aile iliaque provoqua une péritonite par propagation, tandis que, dans 1 autre cas, il y avait coexistence de l'ostéomyélite et d'une appendicite.

Ce travail comporte une étude anatomique sur les vaisseaux lymphatiques de l'aile iliaque.

J. Sénèque.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Marc Iselin et **Micoie Vassitch.** — **Les résultats du traitement des ténosynovites de la main, d'après 34 observations** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **78**, n° 26, 22 Oct. 1952, p. 758-763).

De ces 34 cas, dont 21 ont été revus, on peut remarquer les résultats surprenants, au point de vue de la mobilité des doigts, des réparations par greffe ou suture des ruptures des tendons fléchisseurs. Au point de vue du pronostic lointain, la maladie est grave; sur 17 cas revus, on note : 11 récidives, dont une amputation de la main; sur les 6 autres, 4 fois il y eut une autre grande localisation de la tuberculose.

Les récidives sont, soit des continuations d'évolution sur la gaîne opérée, soit la prise d'une autre gaîne. Elles apparaissent 6 mois à 3 ans après l'opération. Les médications actuelles contre la tuberculose peuvent peut-être les prévenir; elles permettent, en tout cas, de les stabiliser avant l'intervention chirurgicale.

Sylvain Blondin.

MEMBRE INFÉRIEUR

A. Poli (Milan). — **Plastique à lambeau capsulaire dans la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche** (*Archivio di Ortopedia*, vol. **66**, fasc. 2, Mars 1953, p. 189-194, avec 6 fig.).

Afin de maintenir plus sûrement la réduction faite opératoirement de la luxation congénitale de la hanche, Poli s'est bien trouvé, dans 10 cas contrôlés après 2 ou 3 ans, de l'emploi d'un détail technique qui consiste dans la taille d'un lambeau capsulaire. Ce lambeau est renversé en anse sur le bord tendineux du droit antérieur et fixé à l'insertion épineuse de ce muscle.

Albert Mouchet.

René Charry (Toulouse). — **Reconstruction de la hanche avec prothèse de nylon** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **19**, n° 1, Janv. 1953, p. 1-24, avec 67 fig.).

Le procédé de Charry décrit ici, et abondamment illustré, consiste essentiellement en une reconstruction modelante de la tête, comportant l'ablation de l'ostéophytose interne et inférieure, le recreusement du cotyle et l'abaissement du toit, puis la reposition de la tête fémorale entourée d'une gaine de nylon, et la reconstitution du plan capsulaire.

Il est fait état de 11 observations avec 7 résultats excellents : 6, chez des malades atteints d'arthrose, le 7e dans 1 cas de subluxation congénitale.

Marcel Roux.

A. Poli (Milan). — **Résection. Reconstruction de la hanche (Arthroplastie avec prothèse acrylique)** (*Archivio di Ortopedia*, vol. **66,** fasc. 2, Mars 1953, p. 105-137 avec 32 fig.).

Dans l'arthroplastie avec prothèse acrylique, P. a recours à l'incision antérieure. Il expose ses résultats chez 30 opérés (de 12 à 65 ans) qui étaient atteints : 24 d'arthrose de la hanche, 2 de pseudarthroses du col fémoral, 1 de luxation après épiphysite, 1 d'ostéo-chondrite disséquante, 1 de coxa vara, 1 de spondylose rhizomélique. De interventions complémentaires ont dû être faites dans certains cas : 5 creusement du cotyle, 3 plasties du toit, 2 réductions de luxations sus-cotyloïdiennes, 4 ténotomies des adducteurs, 1 ostéotomie de dérotation.

Vérifiés de 6 à 18 mois après l'opération, les résultats globaux ont été excellents dans 10 p. 100 des cas, bons dans 50 p. 100, médiocres dans 30 p. 100, mauvais dans 10 p. 100.

Le résultat est meilleur dans les pseudarthroses que dans les arthroses, dans les arthroses primitives que dans les arthroses secondaires, dans les arthroses unilatérales que dans les bilatérales.

ALBERT MOUCHET.

A. Arienti (Milan). — **L'arthroplastie de la hanche avec prothèse acrylique** (*Archivio di Ortopedia*, vol. **66,** fasc. 2, Mars 1953, p. 138-178, avec 55 fig.).

A. expose son expérience personnelle dans l'arthroplastie de la hanche d'après une série de 60 arthroplasties faites suivant la technique de Judet.

Sur ces 60 opérés, 32 étaient atteints d'arthrose déformante suite de luxation congénitale, 20 d'arthrose primitive , 1 à la suite d'une luxation traumatique, 5 de pseudarthrose du col du fémur, 1 d'ankylose osseuse post-arthritique, 1 de coxa vara après épiphysiolyse.

La voie d'abord a été antéro-latérale 57 fois sur 60; dans les 3 autres cas, ce fut la voie d'Ollier transtrochantérienne.

Sur les 60 malades opérés, 48 ont été contrôlés et les résultats ont été bons dans 52,1 p. 100 des cas, médiocres dans 37,6 p. 100, mauvais dans 6,3 p. 100, excellents dans 4 p. 100.

L'indication opératoire la plus fréquente est l'arthrose déformante primitive ou l'arthrose secondaire à la luxation congénitale. Le pronostic est plus favorable dans l'arthrose primitive, plus favorable aussi dans les cas unilatéraux.

Le grand avantage de cette prothèse acrylique est, avec la gravité minime de l'opération entre des mains entraînées, le court temps d'immobilisation post-opératoire qu'elle exige.

ALBERT MOUCHET.

J. R. Cabot (Barcelone). — **Résultats de mes 880 premiers cas de méniscectomie** (*Medicina Clinica*, Barcelone, **20,** an. **11,** Janv. 1953, p. 19-25, avec 5 fig.).

A la faveur de cette importante série de 800 interventions, C. fait une revue générale de la question, corroborant les idées classiques sur la fréquence de la lésion chez l'homme (746 cas), sur la prédominance à droite (487 cas) et le ménisque interne (527 cas), sur la rareté des lésions des deux ménisques d'un même genou (19 cas). Il considère que 3 sortes de lésions sont le plus souvent justiciables de l'intervention : la rupture longitudinale (la classique « anse de seau »), les kystes méniscaux souvent accompagnés d'une fissure transversale (déformation « en bec de perroquet ») et la malformation congénitale de ménisque discoïde. Il insiste sur la nécessité d'une opération aussi précoce que possible. Toutefois une attente maxima de 20 jours lui paraît utile pour laisser s'éteindre les réactions articulaires du début. Incision très courte exsangue (bande d'Esmarch), atraumatique au maximum, tout cela est classique. La rééducation fonctionnelle précoce occupe la plus grande partie de ce mémoire où l'auteur détaille minutieusement l'horaire et la durée des exercices de mobilisation

active imposés à l'opéré dès le 3e jour. Il en distingue 3 périodes : période clinique, du 3e au 8e jour (hospitalisation), période de repos relatif à domicile (du 8e au 15e jour), période ambulatoire (1 mois) en tout 46 jours de traitement actif.

Les résultats globaux des 800 interventions ont été les suivants : très bons, 82 p. 100; bons, 12 p. 100; médiocres, 6 p. 100. Ces derniers ont trait presque tous, soit à la mauvaise volonté des patients (sinistrose en vue de pension plus élevée), soit à des lésions concomitantes intéressant les ligaments latéraux ou les croisées, soit à des lésions antérieures d'arthrite chronique importante.

M. Deniker.

Ch. Godinot (Lyon). — **Les résultats éloignés de l'astragalectomie chez l'adulte** (*Lyon Chirurgical*, **47**, 4, Mai-Juin 1952, p. 434-442, avec 3 fig. Bibliog.).

Résultats éloignés de 10 astragalectomies, pratiquées par le professeur Tavernier. Du point de vue fonctionnel, possibilités de marche et douleurs. Un seul résultat reste bon (femme opérée depuis 7 ans pour ostéo-arthrite tuberculeuse fistulisée), 3 résultats sont médiocres et 6 franchement mauvais. Parmi ces derniers, un malade a dû subir secondairement une amputation (récidive d'arthrite tuberculeuse), deux autres ont été arthrodésés 2 ans et 3 ans après l'astragalectomie, les trois derniers auraient intérêt à l'être. Pour ces trois malades, il est intéressant de noter que les douleurs ne sont apparues qu'après un long intervalle libre de 4 à 7 ans après l'astragalectomie. Ceci explique l'optimisme de certaines statistiques anciennes, basées sur des opérés insuffisamment suivis. En fait, les conclusions de l'auteur sont très défavorables et rejoignent celles que Poilleux formulait dans sa thèse en 1935 : l'astragalectomie aboutit toujours à un pied déformé. L'emboîtement recherché, qu'il soit pré- ou rétro-sustentaculaire, est toujours imparfait. La néarthrose devient presque toujours douloureuse, et d'autant plus instable que l'amplitude des mouvements de flexion-extension est plus grande.

L'examen clinique et radiologique montre « qu'il ne s'agit pas de douleurs par arthrite des articulations voisines, mais d'une véritable arthrite sèche de la néarthrose ».

L'analyse des résultats prouve qu'ils sont plus mauvais encore après astragalectomie pour lésion traumatique (3 fractures de l'astragale et un cal vicieux du coude-pied) que pour arthrite tuberculeuse (6 cas); pour cette dernière affection les formes suppurées et fistulisées fournissent après astragalectomie des résultats moins défavorables que les formes sèches. L'état inflammatoire assurant une ankylose fibreuse plus serrée. C'est pour la même raison que la longue suppuration post-opératoire d'autrefois, assurait après astragalectomie un résultat fonctionnel meilleur que la chirurgie aseptique moderne.

La conclusion logique est que l'astragalectomie ne doit plus avoir que des indications très exceptionnelles : dans les lésions traumatiques, les cals vicieux, les arthrites dégénératives, elle doit céder le pas aux divers procédés d'arthrodèse, tibio-tarsienne, sous-astragalienne, ou combinée. Dans les arthrites tuberculeuses, les lésions sont, en général, assez limitées pour qu'une résection partielle tibio-tarsienne, sous-astragalienne, ou astragalo-scaphoïdienne, soit suffisante. Il peut néanmoins persister quelques indications exceptionnelles : tuberculose étendue, détruisant complètement l'astragale, fracture comminutive de cet os; peut-être aussi certaines arthrites aiguës nécessitant l'astragalectomie de drainage. Il faut alors s'efforcer, soit d'emblée, soit secondairement, d'obtenir une bonne ankylose tibio-calcanéenne, et non une néarthrose fatalement douloureuse. Le comblement de la cavité résiduelle par des greffons spongieux ne paraît pas suffisant à l'auteur qui lui adjoint un verrouillage tibio-calcanéen antérieur au moyen d'un greffon taillé sur la face antérieure du tibia, abaissé et enfoncé dans le calcanéum.

J. Mialaret.

Carlos Ottolenghi et **Luis Petracchi** (Buenos-Aires). — **Chondromyxosarcome du calcanéum** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **35-A**, n° 1, Janvier 1953, p. 211-214, avec 9 fig.).

Chez un garçon de 14 ans, atteint de chondromyxosarcome du calcanéum gauche, O. et P. ont fait une résection totale de ce calcanéum. Ils ont transplanté à la place de cet os un calcanéum enlevé 2 h après la mort au pied d'une femme morte d'une affection du système nerveux.

L'os transplanté a été parfaitement toléré. Une nécrose avasculaire apparut sur les faces latérales de cet os, mais elle n'empêcha pas le résultat fonctionnel d'être satisfaisant, en dépit de la résorption partielle de l'os.

ALBERT MOUCHET.

T. Bodi et **N. H. Mandell** (Providence, Rhode Island) — **Sarcome synovial du pied** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **35-A**, n° 2, Avril 1953, p. 469-475, avec 7 fig.).

Observation d'un sarcome synovial de la face dorsale du gros orteil gauche d'une femme de 32 ans. La tumeur fut diagnostiquée « ganglion » et extirpée. La nature maligne ne pouvait pas être soupçonnée cliniquement, elle fut révélée par l'examen histologique.

1 mois après, amputation de la cuisse gauche à la partie moyenne. Mais, 9 mois plus tard, des accès de toux avec hémoptysies, une pleurésie hémorragique attiraient l'attention sur des métastases pulmonaires que confirmait l'examen radiologique. Des ponctions répétées de la plèvre, un traitement à la pénicilline, et ensuite à la moutarde azotée n'empêchèrent pas l'aggravation progressive de l'état général; la mort survint 16 mois après l'ablation de la tumeur du pied.

ALBERT MOUCHET.

Le Gérant : G. MASSON.

13.940. — ARRAULT et C^ie^, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 4^e^ trimestre 1953. — N° d'ordre 1667, MASSON et C^ie^, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Sur les séquelles générales de la gastrectomie pour ulcère.

Étude statistique (100 cas). Déductions thérapeutiques.

Par MM.

J. SÉNÈQUE, Ch. DEBRAY, Fr. PERGOLA et P. HOUSSET

(Paris).

Impressionnés, comme beaucoup d'autres, par les troubles sévères accusés par certains opérés de l'estomac, nous avons voulu nous rendre compte de la fréquence réelle de certaines séquelles. Dans ce but, nous avons effectué une enquête auprès des ulcéreux gastrectomisés au cours des années 1946, 1947, 1948 et 1949 dans le service du professeur J. Sénèque, à l'Hôpital de Vaugirard.

Cette statistique comporte quelques particularités.

Nous n'avons utilisé que les opérés d'*ulcères gastro-duodénaux*. Dans les gastrectomies pour cancers, en effet, trop d'autres éléments viennent fausser le résultat des statistiques. Tous ces malades avaient été suivis par la Consultation médicale spécialisée de l'Hôpital. C'est seulement l'échec du traitement médical ou l'apparition de complications qui ont conduit à l'intervention chirurgicale. Souvent la maladie durait depuis 5 ans et 10 ans. Certains sujets, réticents à la chirurgie, ont même certainement été gastrectomisés trop tardivement.

Tous ces ulcéreux ont été opérés par le chef de service ou ses assistants, par le même procédé (*gastrectomie aux 2/3, procédé de Finsterer*). Cette statistique a donc le mérite d'être *homogène*. Elle donnera un reflet assez exact des résultats obtenus avec une technique éprouvée.

Le *recul* que nous avons est suffisamment grand (3 ans au minimum) pour que nous puissions parler de résultats à assez longue distance. Par contre, ce long recul ne nous a pas permis de retrouver tous les opérés.

Notre enquête a été effectuée grâce à un questionnaire précis. Nous n'avons pas eu, en général, de contact direct avec le gastrectomisé. Et ceci expliquera que nous ne puissions donner des renseignements sur certains points particuliers où l'interrogatoire direct est indispensable.

***

Nous avons reçu 118 réponses à notre questionnaire. Sur ces 118 sujets, 3 opérés sont morts sans que nous sachions la cause du décès. 15 réponses sont inutilisables. Restent donc 100 cas.

De ce matériel, une partie seulement peut être exploitée.

a) Une partie des réponses a été parfaitement correcte et permet de tirer des conclusions valables sur les deux points suivants :

1° *État général.* — Nous nous sommes basés pour l'appréciation de l'état

général sur les tests suivants : poids (poids actuel par rapport au poids normal et non au poids théorique); état des forces; diminution éventuelle de la capacité de travail (par rapport à la capacité de travail normale estimée à 100 p. 100).

2° *Syndrome post-prandiaux.* — Les réponses ont été aussi très précises sur les différents symptômes des syndromes post-prandiaux précoces et tardifs dont le groupement constitue le syndrome du petit estomac, le « dumping syndrom » et le syndrome post-prandial tardif du type hypoglycémique. Nous nous sommes déjà intéressés à l'étude clinique de ces syndromes (1947-1948-1950-1951) et nous désirions en connaître l'incidence exacte.

b) Il eût été aussi très intéressant de connaître la fréquence exacte de différents troubles généraux, en dehors de l'amaigrissement et de l'asthénie (par exemple l'existence d'œdème, de crampes musculaires, d'altération des phanères et des os), des troubles génitaux et psychiques. Malheureusement les réponses sur ces points sont insuffisantes. Il est bien certain que, de ce point de vue, le contact direct avec le malade fournit des renseignements bien plus valables que ceux que donne le questionnaire écrit.

c) En ce qui concerne la *tuberculose pulmonaire*, nous en avons observé 3 cas (il convient d'ajouter à ces cas un abcès froid développé récemment chez un noir gastrectomisé pour un ulcère gastrique). Mais il ne nous est pas possible de tirer des conclusions précises de ces observations, car nous ne savons pas s'il s'agit ou non de réveil d'une tuberculose pulmonaire et d'autre part, nous ne connaissons pas la cause de mort de nos 3 opérés décédés.

I. — Résultats globaux.

Les résultats d'ensemble sont établis en tenant compte des points suivants : aptitude au travail, poids, fréquence et intensité des syndromes post-prandiaux.

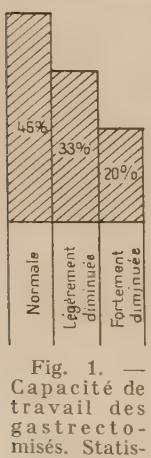


Fig. 1. — Capacité de travail des gastrectomisés. Statistique portant sur 80 opérés depuis 3 ans ou plus.

a) Aptitude au travail (fig. 1). — Celle-ci a été indiquée par l'opéré auquel on demandait d'évaluer son activité professionnelle actuelle en pourcentage (celle d'avant la maladie étant estimée à 100 p. 100). 80 gastrectomisés ont répondu à cette question. Nous les classons en trois groupes suivant que l'aptitude au travail est entièrement récupérée (100 p. 100 ou plus), modérément diminuée (75 p. 100), au fortement diminuée (50 p. 100 ou moins).

1° Dans le premier groupe, 37 sujets (46 p. 100) ont récupéré totalement leur aptitude au travail et peuvent être considérés comme de très bons cas.

2° Dans le deuxième groupe, 27 sujets (33 p. 100) ont une aptitude au travail modérément diminuée (75 p. 100). Ce sont des résultats moyens.

3° Dans le troisième groupe, 16 opérés (20 p. 100) ont une aptitude fortement diminuée (50 p. 100 au moins) et peuvent être considérés comme de mauvais résultats de la gastrectomie.

b) Poids (fig. 2). — Nous avons étudié ensuite le poids ou plutôt *le pourcentage d'amaigrissement ou d'engraissement* obtenu en comparant le poids actuel au poids normal du sujet avant la maladie. Les 100 opérés de notre statistique ont tous donné leurs différents poids et nous les avons séparés en 3 groupes selon qu'ils ont engraissé, modérément maigri ou beaucoup maigri.

Dans un premier groupe, 17 sujets (17 p. 100) ont un gain de poids moyen de 13 p. 100.

Un deuxième groupe de 57 sujets (57 p. 100) accuse une perte de poids très modérée de 4,6 p. 100.

Dans un troisième groupe, qui compte 26 opérés (26 p. 100), la perte de poids moyenne est très sensible : 17 p. 100.

Fig. 2. — Évolution du poids après la gastrectomie. Statistique portant sur 100 opérés depuis 3 ans ou plus.

c) Fréquence et intensité des syndromes post-prandiaux (fig. 3). — Le « dumping syndrom » est caractérisé par un malaise post-prandial très précoce, survenant au cours du repas ou dans les minutes qui suivent. Il débute souvent précocement dans les premiers jours qui suivent l'opération. Nous avons distingué des *formes moyennes ou légères* et des *formes sévères* se traduisant par un grand malaise avec vertiges, palpitations, bouffées de chaleur, sueurs froides du visage et surtout asthénie intense, forçant le malade à s'allonger pendant une 1/2 h ou plus.

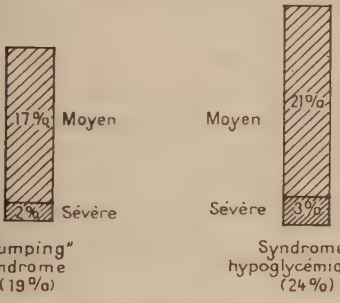


Fig. 3. — Troubles post-prandiaux « Dumping syndrom » et syndrome hypoglycémique chez 100 gastrectomisés opérés depuis 3 ans et plus.

Les malaises de *type hypoglycémique* sont caractérisés par leur horaire tardif 2 à 3 h après les repas et par leur survenue tardive, plusieurs mois après la gastrectomie. Dans les *formes moyennes ou légères*, les troubles (fringale, sueurs, asthénie, troubles visuels) sont modérés. Au contraire, les *formes sévères* sont caractérisées par la tendance lipothymique pouvant aller jusqu'à la syncope, par la longue durée des troubles et par leur répétition fréquente. Nous n'avons pas noté de formes convulsives ou comateuses.

Sur 100 gastrectomisés, nous avons observé 19 « dumping syndrom » (19 p. 100), dont 2 sévères (2 p. 100), et 24 syndromes hypoglycémiques (24 p. 100), dont 3 sévères (3 p. 100).

***

II. — Relation entre ces trois groupes de troubles.

1° Aptitude au travail et poids (tableau 1). — Il existe une relation si nette entre la perte de poids et l'inaptitude au travail qu'on peut véritablement parler d'un *syndrome amaigrissement-asthénie.*

En effet, sur nos 37 *très bons résultats* (ceux qui ont récupéré une activité normale), 7 seulement (19 p. 100) ont maigri (de 12.8 p. 100 en moyenne).

Sur nos 27 *résultats moyens* (ceux qui ont une activité égale à 75 p. 100 de l'activité professionnelle normale), 7 opérés (26 p. 100) ont beaucoup maigri (de 18 p. 100 en moyenne).

C'est dans le troisième groupe de 16 sujets dont l'*aptitude au travail est très réduite* (50 p. 100 au moins) que *l'on trouve la plus grande proportion de grands amaigris*. En effet, tous ont maigri, 10 (62.5 p. 100) considérablement, puisque la perte de poids moyenne est de 20 p. 100; 6 (37.5 p. 100) modérement (perte de poids de 5.6 p. 100 en moyenne).

On peut donc dire que l'*inaptitude au travail* va *toujours de pair avec l'amaigrissement et que ce dernier est très marqué 2 fois sur 3*.

Il est juste de remarquer que 14 sujets sur 80 (soit 17.5 p. 100) ont beaucoup maigri et ont pourtant récupéré une capacité de travail normale (pour 7 d'entre eux) ou peu diminuée (pour les 7 autres). L'amaigrissement est donc parfois compatible avec une activité physique normale ou subnormale.

Tableau 1. — *Rapport entre la capacité de travail et l'amaigrissement (syndrome amaigrissement-asthénie) chez les gastrectomisés. Statistiques portant sur 80 opérés depuis 3 ans et plus.*

CAPACITÉ DE TRAVAIL	P. 100 DE CAS OU EXISTE L'AMAIGRISSEMENT	
Normale (37 cas)	19 p. 100	
Légèrement diminuée (27 cas)	26 p. 100	
Très diminuée (16 cas)	100 p. 100	amaigrissement sévère 10 cas — léger 6 cas

2° Syndromes post-prandiaux et poids (tableau 2). — Les relations entre les syndromes post-prandiaux et le poids sont aussi très intéressants à étudier. Dans un premier groupe de 17 sujets qui ont grossi, il n'existe

Tableau 2. — *Rapport entre le poids et les syndromes post-prandiaux. Statistique portant sur 100 gastrectomisés depuis 3 ans et plus.*

POIDS	P. 100 DE CAS OU EXISTE un « dumping syndrom »	P. 100 DES CAS OU EXISTE un syndrome hypoglycémique
Engraissement (17 cas)	12 p. 100	12 p. 100
Amaigrissement léger (57 cas)	16 p. 100	19 p. 100
Amaigrissement sévère (26 cas)	31 p. 100	42 p. 100

que 2 « dumping syndrom » (12 p. 100) et 2 syndromes hypoglycémiques légers (12 p. 100).

Dans le deuxième groupe de 57 sujets où l'amaigrissement moyen est modéré (4,6 p. 100), il existe 9 « dumping », dont un sévère (16 p. 100) et 10 malaises hypoglycémiques dont 2 sévères (19 p. 100).

Dans le troisième groupe de 26 sujets ayant beaucoup maigri (perte de poids de 17 p. 100), on trouve 8 « dumping », dont 1 sévère (31 p. 100), et 11 troubles tardifs hypoglycémiques dont 1 sévère (42 p. 100).

3° Aptitude au travail et syndromes post-prandiaux. — En ce qui concerne les rapports entre l'aptitude au travail et les syndromes post-prandiaux, nous pouvons faire les remarques suivantes. Sur 80 opérés dont les réponses sont utilisables, les 64 qui ont un résultat très bon ou satisfaisant ne présentent que 9 « dumping », soit 14 p. 100, et 14 troubles hypoglycémiques, soit 22 p. 100 environ.

Dans notre mauvais lot de 16 opérés, partiellement ou complètement inaptes au travail, on note 10 « dumping » (62,5 p. 100) et 10 syndromes hypoglycémiques (62,5 p. 100).

4° Aptitude au travail, amaigrissement et syndromes post-prandiaux. — Si l'on considère enfin le groupe où l'inaptitude au travail va de pair avec un grand amaigrissement, et qui comprend 10 opérés, on trouve 6 « dumping » (60 p. 100) et 8 syndromes hypoglycémiques (80 p. 100); ce qui représente le tiers de nos « dumping syndrom » et de nos syndromes hypoglycémiques.

On peut encore remarquer que tous nos « dumping » sévères (2 cas) et tous nos syndromes hypoglycémiques sévères (3 cas) se trouvent dans le groupe de sujets inaptes au travail, complètement ou partiellement.

En conclusion, un fait se dégage avec une assez grande netteté de tous ces pourcentages. *L'asthénie, qui représente le trouble majeur de ces séquelles générales des gastrectomies, s'accompagne pratiquement toujours d'amaigrissement et souvent de chute de poids importante. C'est ainsi que sur nos* 16 *mauvais résultats, nous notons* 2 *fois sur* 3 *de grands amaigris dont le poids actuel marque une perte de* 20 p. 100 *en moyenne par rapport au poids normal. Par contre, il peut y avoir amaigrissement sans asthénie.*

Le syndrome « asthénie-amaigrissement » s'associe fréquemment aux malaises post-prandiaux précoces (« dumping syndrom ») ou tardifs à type hypoglycémique. Ces derniers notamment sont apparus 8 *fois sur nos* 10 *opérés asthéniques et très amaigris.*

***

III. — Fréquence des mauvais résultats.

On sait que de nombreux auteurs se sont attachés récemment à l'étude des séquelles générales de la gastrectomie. Il est curieux de constater que les statistiques diffèrent très sensiblement sur la proportion des bons et des mauvais résultats.

Certaines statistiques sont très optimistes. — Brunsgaard (1946) cité par Boller n'indique que 3 p. 100 de gastrectomisés aggravés. Charrier (1952), ne note que 19 mauvais résultats sur un total de 275 opérés (6,9 p. 100). Hartmann, Guenin et Fauvert (1952), indiquent 9 p. 100 de mauvais résultats contre 63 p. 100 de résultats excellents et 28 p. 100 de résultats moyens mais socialement favorables.

D'autres sont beaucoup plus pessimistes. — Auguste (1948), sur 42 gastrectomisés de la S. N. C. F., déplore une forte proportion de 13 opérés devenus des invalides partiels définitifs (31 p. 100). Dumont Ruyters (1945), cité par Boller, admet 25 p. 100 d'aggravation après la gastrectomie. Hillemand (1952) compte un très fort pourcentage d'opérés mécontents, 103 sur 169, soit 61 p. 100.

Enfin d'autres statistiques donnent des *chiffres intermédiaires.* Boller (1952) a eu pour sa part 80 p. 100 de bons résultats. Nous-mêmes, avons 20 p. 100 de mauvais résultats et ce chiffre est probablement un peu au-dessus de la réalité, car nous n'avons tenu compte que des réponses sur l'aptitude au travail et ceux des sujets interrogés qui ont négligé de répondre à cette question sont en général des opérés qui ont grossi et qui n'ont pas de troubles.

A quoi faut-il attribuer ces mauvais résultats ?

Il ne faut certes pas tout mettre au passif de la gastrectomie et des troubles métaboliques qu'elle suscite.

1° Il y a des *conditions locales* qui peuvent être responsables des grands syndromes multicarentiels apparemment primitifs, analogues à ceux isolés par Lambling et Conte (1949). C'est ainsi qu'un de nos malades qui présentait un grand syndrome carentiel avec œdème, hypoprotéinémie, anémie et troubles d'avitaminoses multiples avait, en fait, une sténose de l'intestin grêle en aval de la bouche. Il fut amélioré immédiatement par une jéjuno-jéjunostomie. De même, un autre malade, dont l'un de nous a publié l'observation avec R. Cachera et F. Darnis, qui présentait au maximum ce syndrome (diarrhée, œdème, amaigrissement massif, hypoprotéinémie considérable, troubles avitaminiques et même stéatose hépatique massive), avait en réalité une fistule gastro-jéjuno-colique.

2° Il existe aussi d'autres facteurs pouvant avoir une action sur les résultats post-opératoires.

Le siège de l'ulcère. — Qu'il s'agisse d'ulcère duodénal ou d'ulcère gastrique, les résultats favorables et les échecs sont dans une proportion analogue.

Le sexe. — On a déjà insisté sur la fréquence des mauvais résultats chez *la femme.* Sur 9 femmes gastrectomisées, nous en trouvons 4 qui ont un résultat mauvais.

L'âge. — La gastrectomie serait d'autant plus grave que le sujet est plus jeune. Ceci ne ressort pas de notre statistique, mais nous n'avons que 11 opérés au-dessous de 35 ans.

La *durée de la convalescence.* — Celle-ci a été trop courte, réduite à 2 ou 4 semaines dans 6 échecs de la gastrectomie. Il est probable que pendant la période d'adaptation des gastrectomisés, période qui dure plusieurs mois, le repos est un facteur important pour éviter des séquelles.

Le métier. — Certains auteurs ont insisté sur le rôle défavorable du métier pénible dans les séquelles de l'intervention. Nydekker, cité par Vernes

sur 581 gastrectomisés se considérant guéris, note que 243 seulement ont repris leur profession. Vernes (1952) estime que 3 opérés sur 10, surtout les travailleurs de force, doivent changer de métier. De même, rappelons la statistique d'Auguste, portant sur des employés de la S. N. C. F., statistique qui compte 13 gastrectomisés sur 42 (31 p. 100) devenus des invalides partiels. Dans notre statistique, nous avons 25 sujets, exerçant des travaux de force (ouvriers métallurgistes, manœuvres, mineurs, tailleurs de pierre, etc.). Sur ces 25 sujets, nous comptons 6 mauvais résultats, soit 24 p. 100, proportion un peu supérieure au pourcentage d'ensemble.

Le *régime*. — La diététique a une importance considérable. On n'a guère de peine habituellement à faire accepter au malade la nécessité de *repas fréquents et de petit volume* pendant les 6 ou 12 mois qui suivent l'intervention. La sensation de gêne qu'il ressent dès qu'il mange trop lui fait accepter facilement cette discipline. Mais la *qualité* du repas est plus importante encore. Il faut toujours avoir à l'esprit que dans 2 cas sur 3 l'équilibre nutritionnel du gastrectomisé est précaire. Il faut se rappeler les belles recherches de Fauvert et Hartmann (1952) qui ont mis en évidence que, dans les mauvais résultats de l'intervention, la dénutrition azotée est considérable. Or, il faut bien l'avouer, le régime du gastrectomisé est très souvent imparfait. Assez fréquemment, le malade quitte l'hôpital sans prescription diététique. Quelquefois même, on lui indique de ne suivre aucun régime. D'autre part, quand les conseils diététiques ont été corrects, ils sont souvent mal suivis : il faut en effet un *régime hyperprotidique* à base de viandes grillées, de poissons maigres, œufs, jambon, fromages maigres; or ce régime est trop onéreux pour beaucoup de nos malades d'hôpital dont la base de l'alimentation est constituée par des glucides et des lipides qui sont moins chers; de plus, d'assez nombreux opérés ont un dégoût pour la viande. D'autres enfin, trop nombreux aujourd'hui, ont repris après l'opération leurs habitudes d'intempérance et l'on sait combien fréquemment l'alimentation des alcooliques est défectueuse : l'anorexie, la misère entraînent une carence d'apports protidiques qui accroît la dénutrition azotée, sans compter les gastro-jéjunites provoquées par l'alcool et qui, génératrices de douleurs, augmentent encore la difficulté de l'alimentation.

Il faut enfin souligner le *facteur social* et l'on peut opposer les bons résultats que l'on obtient chez les *individus aisés*, pouvant bénéficier d'une longue convalescence, de vacances prolongées, ne se livrant pas à des travaux de force, ayant la possibilité de suivre un régime correct, aux mauvais résultats obtenus chez des *sujets pauvres*, ne pouvant bénéficier d'une convalescence prolongée ou de longues vacances, ne suivant pas de régime et en proie aux soucis moraux qu'entraînent les difficultés matérielles. C'est bien souvent le cas des Nord-Africains travaillant en France, chez lesquels nous avons remarqué la fréquence des mauvais résultats. La gastrectomie « en ville » est donc, pour ces différentes raisons, suivie de meilleurs résultats que la gastrectomie à l'hôpital.

Le *facteur psychique* ne doit pas être méconnu. On sait que beaucoup d'ulcéreux, et surtout ceux qui souffrent depuis longtemps, sont des déprimés, des anxieux. Ils ne se sont décidés à l'opération qu'avec difficulté. Ils ne comprennent souvent pas la nécessité de la résection aux 2/3 de leur estomac. Ils sont convaincus que cette large exérèse leur interdit à jamais des digestions normales. Même quand ils n'ont aucun trouble post-prandial,

ils mangent moins pour « ne pas fatiguer ce qui leur reste d'estomac ». La faiblesse qui suit l'opération, la lenteur de la convalescence frappent leur esprit et les persuadent qu'ils sont infirmes à jamais. Nous avons été souvent frappés de l'existence d'une véritable psychose dépressive du gastrectomisé qui mériterait d'être étudiée en profondeur par les psychiatres. La meilleure thérapeutique nous paraît être de dire, avant l'opération, la vérité au futur gastrectomisé, de lui souligner que pendant quelques mois il risque d'être fatigué et amaigri, mais que, au bout d'un délai plus ou moins long, il a toute chance de récupérer une activité normale.

***

IV. — Pourquoi les statistiques donnent-elles des résultats si différents ?

On ne peut manquer d'être frappé des différences considérables dans les pourcentages des bons et des mauvais résultats selon les auteurs. Ces divergences tiennent à plusieurs facteurs, dont voici les principaux.

a) Le matériel de statistique est différent.

1° Les médecins ne voient guère à leur consultation que les mécontents de la gastrectomie. Les mêmes malades se font parfois soigner dans divers hôpitaux. Ils sont ainsi comptés plusieurs fois dans les statistiques. Ceux qui sont satisfaits de leur opération disparaissent du champ d'action du médecin. Si l'on ne considère que les gastrectomisés venant à une consultation médicale, l'impression sera très défavorable. Une statistique n'aura donc de valeur que si l'on peut jauger tous les résultats bons ou mauvais.

2° La gastrectomie est une opération plus délicate qu'on ne le croit habituellement ; elle nécessite une grande expérience et il n'est pas douteux que les statistiques des malades opérés par des chirurgiens très entraînés à cette opération sont meilleures que celles qui comprennent des opérés de toute provenance. Certains défauts de technique, même minimes, peuvent, en effet, être à l'origine de complications locales qui grèvent sérieusement l'avenir des gastrectomisés.

b) Les critères de statistique sont différents.

1° Le bilan du gastrectomisé doit obligatoirement comporter deux éléments :

Étude des *phénomènes douloureux* locaux qui correspondent à des ulcères peptiques, à des stomites, à des gastrites du moignon, à des reflux dans l'anse afférente, tous accidents qui peuvent en général être évités par une bonne technique.

Étude des séquelles générales et des troubles post-prandiaux précoces ou tardifs qui sont tout différents et qui peuvent survenir même avec une technique parfaite.

Les premiers ne passent jamais inaperçus, car les malades signalent toujours leurs douleurs, mais les seconds peuvent être méconnus si on ne les recherche pas systématiquement, si bien que certains sujets risquent d'être placés indûment dans les bons cas si on ne prête attention qu'aux douleurs.

2° Il faut tenir compte du corps de métier et de la classe sociale des gastrectomisés explorés. A capacité de travail égale, tel gastrectomisé employé de bureau sera considéré comme ayant un bon résultat car sa vigueur est suffisante pour les efforts qu'il produit, alors que tel autre effectuant un travail de force et mis dans l'obligation de changer de métier, ne peut être placé dans la catégorie des bons résultats.

3° Il faut enfin, dans les bons résultats, tenir compte de la judicieuse remarque de Charrier. Il faut comparer l'état du gastrectomisé à celui d'avant l'opération et non à celui d'avant la maladie ulcéreuse. Assez souvent un ulcéreux est amené au chirurgien parce qu'il souffre en permanence et qu'il ne peut plus exercer son métier (1).

Ce sont ces variations dans les critères des statistiques et dans le matériel des gastrectomies qui nous paraissent expliquer les divergences si considérables que nous avons soulignées dans les diverses statistiques.

***

V. — Rapports entre les séquelles générales et les troubles post-prandiaux.

Ces rapports mériteraient de longs développements que nous ne pouvons envisager ici. Disons simplement qu'il est probable que l'amaigrissement et la dénutrition favorisent la tendance hypoglycémique. Il est vraisemblable aussi que les troubles post-prandiaux précoces entrent pour une part dans la restriction alimentaire que s'imposent certains opérés. Il existe donc habituellement entre ces divers troubles un véritable cercle vicieux, l'un exagérant l'autre, et ceci explique la fréquence avec laquelle nous les avons trouvés associés chez nos gastrectomisés.

Pour rompre ce cercle vicieux, la première thérapeutique sera le repos. D'une part celui-ci facilite la digestion qui se fait mieux en décubitus, ce qui autorise une alimentation plus large. D'autre part, il diminue les dépenses énergétiques et arrête l'amaigrissement. Dans ces conditions, on voit céder ensemble, et plus ou moins complètement, les troubles post-prandiaux et le syndrome amaigrissement-asthénie.

Le cas le plus typique que nous ayons observé concerne une femme à qui l'amaigrissement massif (plus de 20 kg) et l'hypoglycémie sévère interdisaient toute activité. Le repos, associé à la suralimentation protéique et à des injections de testostérone, entraîna à la fois la reprise du poids et la disparition des grandes crises d'hypoglycémie.

(1) Pourtant Monges (1952), sur 170 malades d'une caisse de Sécurité Sociale bénéficiant d'un régime « Invalidité » pour une maladie gastro-duodénale, ne compte que 34 ulcéreux non opérés contre 104 gastrectomisés.

***

VI. — Traitement.

1° Le traitement est d'abord préventif.

Il est nécessaire de *bien poser les indications de la gastrectomie.* En dehors des complications impératives, la seule indication opératoire doit être l'*échec d'un traitement médical* énergique bien conduit, bien suivi et suffisamment longtemps. Par contre, nous pensons qu'on ne devra pas retarder indéfiniment l'opération et temporiser des années; l'acte chirurgical devient alors plus difficile et les résultats ultérieurs nous paraissent moins bons. Pour éviter la gastrectomie, autant que faire se peut, on mettra dans les meilleures conditions possibles de repos, de régime et de traitement médicamenteux les sujets qui paient un lourd tribut à la gastrectomie, c'est-à-dire les sujets jeunes dont le développement n'est pas terminé, les femmes, les Nord-Africains et les travailleurs de force.

2° Il est nécessaire de faire un bilan pré-opératoire.

a) On recherchera minutieusement les antécédents de *tuberculose* (tuberculose pulmonaire surtout). On fera systématiquement une radiographie des poumons. Les beaux travaux de Brouet (1952) ont montré la relative fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés. Nous pensons pour notre part que la gastrectomie agit en tant que facteur de débilitation générale et qu'elle favorise, sinon l'éclosion, du moins le développement de foyers tuberculeux anciens plus ou moins évolutifs. Chez les anciens tuberculeux, ou chez les sujets porteurs de lésions pulmonaires scléreuses, on tâchera de s'abstenir de gastrectomie, à moins naturellement de complications telles que sténose ou hématémèse.

b) Il serait bon de faire un *bilan humoral* assez complet. En dehors des examens de routine, il serait utile de doser dans le sang les lipides, la sérum-albumine et la sérum-globuline, de mesurer le capital protidique (Fauvert, Cachera), de rechercher les troubles du métabolisme glucidique (hyperglycémie et hypoglycémie provoquées). Ces investigations permettraient probablement de déceler les susceptibilités particulières de certains sujets et peut-être de les pallier avant et après l'opération.

c) *L'état mental* devra lui aussi être analysé. La gastrectomie chez un grand anxieux ou un grand déprimé risque de donner de mauvais résultats. La préparation psychologique à l'amoindrissement temporaire post-opératoire ne sera pas négligée.

3° Le chirurgien devra être rompu a la technique de la gastrectomie.

Une bonne technique peut éviter l'ulcère post-opératoire et les reflux gênants dans l'anse afférente; elle rend plus rares les gastrites du moignon et les inflammations de l'anastomose. Les chirurgiens devraient, à notre avis, s'attacher davantage à l'étude de la prévention des stomites par élimination du matériel de suture, stomites dont les gastroscopistes voient des exemples trop fréquents.

4° Après l'opération, le gastrectomisé doit obligatoirement rester sous surveillance médico-chirurgicale.

a) On vérifiera systématiquement le *bon fonctionnement de l'anastomose* par la radiologie. Il serait utile, au bout de quelques mois, de pratiquer un *tubage gastrique* avec épreuve à l'histamine, pour vérifier l'hypo- ou l'achlorhydrie. La persistance d'une chlorhydrie normale fera craindre le développement ultérieur d'un ulcère peptique et nécessitera un traitement préventif particulier.

b) Le *contrôle de l'état humoral* après l'intervention (dosage des protéides totales circulant, de la sérum-albumine et de la sérum-globuline, de l'hémoglobine, numération globulaire, étude du métabolisme hydro-carboné) revêt encore plus d'importance qu'avant l'opération.

c) Nous pensons que la *convalescence* des gastrectomisés est habituellement trop courte. Elle devrait, croyons-nous, comporter plusieurs mois de repos complet.

d) *Le régime post-opératoire des gastrectomisés a une extrême importance.* Celui que suivent spontanément beaucoup de malades (régime hypocalorique, régime déséquilibré à base de nouilles, pâtes, purée) est l'inverse de celui qui convient. Il doit être *hyperprotidique*, à base de viande grillée ou rôtie, de poissons maigres, d'œufs, de fromage, de jambon. Le lait est assez souvent mal toléré au début; il sera introduit dans le régime dès que possible et en fonction de la tolérance individuelle. Pour compléter la ration protidique, on pourra donner des hydrolysats de protéine du commerce, dont le goût n'est malheureusement pas toujours très agréable, ou du lait sec en poudre. Le régime doit aussi être *hypercalorique* et comporter une quantité suffisante de lipides sous forme de beurre frais (la quantité de graisse excrétée est supérieure à la normale chez les gastrectomisés), et de glucides (confiture, miel, riz, pâtes, pain, etc.). Il doit être riche en vitamines (fruits, légumes frais). Naturellement, on n'omettra pas les toniques généraux, les extraits hépatiques et les vitamines du groupe B. Dans les cas d'anémie hypochrome, on prescrira du fer. Pour stimuler l'appétit, nous pensons qu'on peut donner sans inconvénient à un gastrectomisé pour ulcère, des acides, de la pepsine, de la papaïne en quantité modérée, à condition que le tubage gastrique ait montré une hypochlorhydrie. Certains plats peuvent être agrémentés par l'adjonction de condiments. Ce n'est que dans les cas où la chlorhydrie post-histaminique est élevée que les corps acides seront proscrits.

Le gastrectomisé doit s'accoutumer aussi à un *rythme de repas plus fréquent* et à des repas de faible volume. Ces repas devront comporter à chaque fois un aliment protidique; ils seront pris à 7 h, 10 h, midi, 16 h et 20 h. C'est par ce moyen qu'on obtiendra une meilleure digestion et qu'on évitera bien souvent les troubles post-prandiaux.

Tous ces points mettent en évidence que le gastrectomisé ne doit pas être abandonné à lui-même comme c'est trop souvent le cas. *Il existe une réhabilitation du gastrectomisé, comme il y a une réhabilitation du tuberculeux.* La remise au travail doit être progressive, surtout s'il s'agit d'un travail de force, et un changement de métier est parfois nécessaire. Les troubles men-

raux, s'il en existe, doivent être soignés par un psychothérapeute. Il est utile de prévenir certains opérés qu'ils mettront longtemps à récupérer leurs forces.

Dans ces conditions, la *durée du traitement* est variable. Nombreux sont ceux qui reprennent très vite, en quelques mois, leur équilibre digestif et leurs forces. Ils ont surmonté, et définitivement, le déséquilibre dû à leur résection. Ceux-ci n'ont plus besoin de soins, ni même de surveillance. Ils sont vraiment guéris. D'autres ne reprennent cet équilibre qu'après 1, 2 ou 3 ans; encore est-il précaire. Surveillance et régime restent indispensables. Quelques-uns enfin, quoi qu'on fasse, restent des amoindris qui doivent ménager leurs efforts, suivre un régime et se soigner presque indéfiniment.

Ainsi, il faudrait que médecins et surtout malades soient convaincus que l'acte chirurgical ne représente qu'une partie de la thérapeutique. Un long traitement médical post-opératoire est nécessaire. *L'avenir social du réséqué gastrique dépend pour beaucoup de la manière dont celui-ci sera traité dans les mois qui suivent la gastrectomie.*

Résumé. — Une statistique de 100 gastrectomisés, tous opérés par la même technique, dans le même service hospitalier, a donné les résultats suivants : 80 p. 100 de très bons ou bons résultats, contre 20 p. 100 de mauvais résultats. Étaient catalogués mauvais résultats les sujets dont l'aptitude au travail a fortement diminué ou dont l'inaptitude est totale. Un amaigrissement massif va le plus souvent de pair avec l'asthénie et on peut parler d'un syndrome général commun « asthénie-amaigrissement ». Les troubles post-prandiaux (« dumping syndrom » et syndrome hypoglycémique) sont très fréquemment associés à ces troubles généraux.

Tous les mauvais résultats de la gastrectomie ne sont pas à mettre sur le compte de la résection gastrique, et il faut tenir compte de différents facteurs associés locaux et généraux.

La variabilité des résultats indiqués par les divers auteurs tient en partie au fait que les critères statistiques sont différents, que le matériel de statistique est variable.

Il est non seulement nécessaire de bien poser les indications de la gastrectomie, mais aussi de faire un bilan pré-opératoire (état pulmonaire, bilan humoral) et post-opératoire. On ne saurait trop insister sur l'importance d'une convalescence prolongée et surveillée et sur celle d'un régime convenable, surtout hyperprotéique. Il doit donc exister une réhabilitation du gastrectomisé, comme il existe une réhabilitation du tuberculeux.

Bibliographie.

Annes, Dias. — L'Agastrie. *La Presse Méd.*, **46**, 1938, p. 411-422.

Auguste, C., Looten, J. et Tacquet, A. — Enquête sur la capacité de travail des gastrectomisés de la S. N. C. F. *Arch. Mal. App. Dig.*, **37**, 1948, p. 772.

Binet, L., Bour, H. et Dejours, P. — Un nouveau cas de syndrome carentiel complexe chez un gastrectomisé. Essai d'interprétation physio-pathologique. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **66**, 1950, p. 596-600.

Boller, M. R. — Les suites tardives des gastrectomies et leur traitement. *Arch. Mal. App. Dig.*, **41**, 1952, p. 407-412.

Brochen, G. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés. *Thèse Paris*, 1950, nº 568.

Brouet, G., Marche, J. et Paley, P. Y. — Gastrectomie et tuberculose pulmonaire. *Arch. Mal. App. Dig.*, **41**, 1952, p. 407-412.

Cattan, R. — Syndrome carentiel œdémateux chez une gastrectomisée. *La Sem. Hôp. Paris*, **26**, p. 3 812-3 815.

Charrier, J., Loygue, J. et Polony. — Résultats obtenus par la gastrectomie chez les ulcéreux : suites de 347 cas. *Arch. Mal. App. Dig.*, **41**, 1952, p. 743-746.

Dumont-Ruyters, L. — De l'influence de la gastrectomie sur l'état de nutrition. *Acta Gastro-enterologica Belgica*, **9**, 1946, p. 173.

Fauvert, R., Lortat-Jacob, J. L., René, C. et Hartmann, L. — Syndrome humoral de l'agastrie. *Arch. Mal. App. Dig.*, **41**, 1952, p. 565-587.

Hartmann, L., Guenin, P. et Fauvert, R. — Étude clinique et biologique de 100 cas de gastrectomies subtotales pour lésions bénignes. *Arch. Mal. App. Dig.*, **41**, 1952, p. 721-742.

Hillemand, P. et Maffei, L. — A propos du retentissement sexuel de certaines gastrectomies pour ulcère. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **68**, 1952, p. 579-580.

Hillemand, P., Chaouat, Y. et Rool. — A propos des syndromes carentiels gastroprives. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **67**, 1951, p. 924-930.

Hillemand, P., Maffei, L. D. et Hillemand, B. — Résultats tardifs de la gastrectomie deux tiers pour ulcère (enquête portant sur 169 gastrectomisés). *Arch. Mal. App. Dig.*, **41**, 1952, p. 747-762.

Lambling, A. et Conte, M. — Syndrome carentiel complexe avec œdème chez des gastrectomisés. Étude clinique. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **65**, 1949, p. 151-161.

Lambling, A., Conte, M., Boissier et Erfmann. — Syndrome carentiel complexe chez les gastrectomisés. Étude biologique. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **65**, 1949, p. 161-164.

Monges, H. et Fagnoni, J. — A propos des séquelles graves de la gastrectomie pour ulcère. (Enquête sur les gastrectomisés pour ulcère classés « Invalides » par une caisse de Sécurité Sociale. *Soc. Gastro-Entéro. Litt. Méditer.* (séance du 22 juin 1952).

Pilliet, B. — Séquelles nutritionnelles chez les gastrectomisés. *Rev. Méd. Suisse Romande*, **71**, 1951, p. 407-427.

Santy, P. et Mallet-Guy, P. — Le déficit pondéral post-opératoire : séquelle éventuelle de la gastrectomie pour ulcère. *La Presse Méd.*, **47**, 1939, p. 1-5.

Udaondo, C. et Castex, M. — Le trophisme osseux chez les gastrectomisés. *La Presse Méd.*, **55**, 1947, p. 847-848.

Van Goidsenhoven, Appelmans, R., Hendricks, M. et Staessens, A. — Les suites éloignées de la gastrectomie subtotale du point de vue clinique. *Acta Gastro-Enterol. Belg.*, **9**, 1946, p. 254-299.

Verne, J. M. — Faut-il croire à la grande pitié des gastrectomisés ? *La Sem. Hôp. Paris*, **28**, 1952, p. 1649-1653.

Les fractures transversales du sacrum.

Par MM.

André SICARD et Jean NATALI
(Paris).

Les seules fractures du sacrum bien étudiées sont les fractures verticales qui, associées à d'autres lésions de la ceinture pelvienne, ne constituent qu'un des éléments des fractures du bassin.

La fracture transversale isolée du sacrum occupe dans la littérature une place modeste parce qu'elle est plus rare et parce que, sans un bon examen radiographique, elle est généralement méconnue. Elle est à peine mentionnée dans les livres classiques.

Gaudier (de Lille), en 1895, avait déjà cependant attiré l'attention sur elle dans un travail renfermant une étude expérimentale qui inspira l'année suivante la thèse de Briche.

Westerborn publia en 1928 une bonne vue d'ensemble de la question avec une importante statistique personnelle. Il parvint en effet à en rassembler 14 cas et souligna qu'il n'en avait trouvé un si grand nombre que parce que son attention avait été spécialement attirée sur leur éventualité chaque fois que s'était produit un traumatisme de la région sacrée et parce qu'il avait fait appel à des incidences radiographiques variées. Il insista spécialement sur les séquelles douloureuses de ces fractures.

Hallgrimsson, à propos de 3 observations personnelles, n'en retrouva en 1938 dans la littérature que 55 cas.

En 1943, à l'Académie de Chirurgie, Richard rapporta 1 cas de sciatique par fracture ancienne du sacrum et l'un de nous, à propos de la place des fractures méconnues du rachis dans la pathogénie des sciatiques, en apporta 1 autre cas.

Il paraît donc n'y avoir jusqu'alors que 60 cas publiés, auxquels nous en ajoutons 7 nouveaux, recueillis dans ces dernières années.

Étiologie.

La cause la plus fréquente des fractures transversales du sacrum est la chute sur le siège. Parfois le traumatisme est important : chute d'un lieu élevé (4 m dans les ob. 3 et 7), accident d'auto, de moto (obs. 1); parfois il est plus banal : chute dans un escalier (obs. 2 et 5) ou simplement sur le sol en glissant (obs. 4 et 6).

Le traumatisme direct est plus rarement noté : choc violent sur la face postérieure du sacrum par un coup de pied de cheval par exemple (Mason).

Anatomie pathologique.

La fracture intéresse toujours une des 3 dernières pièces sacrées. Elle ne siège jamais sur les 2 premières qui sont plus épaisses, plus résistantes et

solidement encastrées entre les deux articulations sacro-iliaques. Seul, le cas de Richard fait exception à cette règle, la fracture ayant été constatée au niveau de S2.

Les 3e et 4e vertèbres se trouvent au sommet de la courbure sacrée. S4, la plus mince, est la plus fréquemment atteinte. La 5e vertèbre sacrée est si réduite qu'elle échappe plus facilement au traumatisme.

Dans les 14 cas de Westerborn, 8 fois la fracture se trouvait au niveau de la 4e vertèbre sacrée, 4 fois au niveau de la 3e et 2 fois au niveau de la 5e pièce sacrée.

2 de nos cas siègent au niveau de la 3e, 4 au niveau de la 4e et le septième au niveau de la 5e.

Le trait occupe, ou bien la partie moyenne d'une des vertèbres sacrées, ou bien plus souvent, semble-t-il, la région de soudure de deux pièces entre elles réalisant une sorte de disjonction au niveau de l'union de deux vertèbres, ce qui rend difficile la lecture de certaines radiographies. Il traverse généralement les trous sacrés puis, remontant un peu, gagne les bords latéraux du sacrum. Il n'est pas rigoureusement transversal, souvent légèrement ondulé (fig. 7) et présente parfois un certain degré d'obliquité qui se retrouve dans le sens antéro-postérieur. Le trait, dirigé toujours en bas et en arrière, taille en biseau le fragment supérieur aux dépens de sa face antérieure et le fragment inférieur aux dépens de la postérieure. Ainsi, un trait de fracture qui commence en avant, au niveau du 3e trou sacré, se termine en arrière au niveau du 4e; parfois, c'est l'inverse.

Le déplacement est le plus souvent nul, tout au plus y a-t-il une légère angulation en avant, visible sur la radiographie de profil et qui atteint dans quelques cas l'angle droit. Un léger déplacement latéral a été signalé. Nous ne l'avons jamais observé.

Les fractures à grand déplacement sont exceptionnelles. Le fragment inférieur remonte en avant ou en arrière du fragment supérieur suivant que le traumatisme est direct ou indirect.

Des lésions vasculo-nerveuses ou viscérales, bien que rarement importantes, peuvent compliquer la fracture. La rupture de l'artère sacrée moyenne ou d'une de ses branches est fréquente. Elle est à l'origine de l'hématome présacré très souvent signalé.

Les lésions nerveuses intéressent les racines de la queue de cheval. Elles expliquent les troubles neurologiques immédiats que l'on constate dans certaines observations et surtout les séquelles douloureuses si fréquentes. Gaudier, dans ses fractures expérimentales, a trouvé 2 fois les branches nerveuses comprimées par le bord supérieur du fragment inférieur.

La blessure du rectum, embroché par le fragment inférieur, a été signalée une fois.

Dans un des cas de Westerborn, la fracture était ouverte.

Mécanisme.

La fracture peut être de cause indirecte ou directe.

Dans le cas de fracture *indirecte*, le mécanisme s'effectue de la façon suivante :

Un sujet tombe brutalement en position assise. Le traumatisme atteint

la région coccygienne qui se comporte de façon différente suivant que le sacrum et le coccyx sont unis par une articulation permettant des mouvements d'une certaine amplitude ou que les deux os sont soudés l'un à l'autre par une symphyse serrée.

Dans le premier cas, la force agissant sur le coccyx le repousse en avant

OBSERVATIONS	SEXE	AGE	NATURE DU TRAUMATISME	SIÈGE DE LA LÉSION	DÉLAI ENTRE TRAUMATISME ET DIAGNOSTIC	LÉSION RACHIDIENNE ASSOCIÉE	TRAITEMENT	SÉQUELLES DOULOUREUSES
1 ..	F	3L	Chute de moto.	S4	0	Spondylolisthésis de L5	Arthrodèse L3-S1 avec 2 mois d'immobilisation	0
2 ..	F	42	Chute dans un escalier	S3	4 jours		0	+
3 ..	M	43	Chute d'une échelle de 4 m	S4	0		1 mois de repos au lit.	0
4 ..	M	47	Chute sur le sol	S3	0	Spondylolisthésis de L5	Repos au lit, infiltrations locales	Non connues
5 ..	F	61	Chute dans un escalier	S5	0		Repos au lit, infiltrations locales.	+
6 ..	F	45	Chute sur le sol	S4	3 mois		8 jours de lit.	+
7 ..	M	48	Chute d'une échelle de 4 m	S4	15 jours	Fracture de D12.	Intervention ?	0

amenant une distension ligamentaire ou une luxation antérieure de cette pièce osseuse.

Dans le second cas, la force agit sur l'extrémité du bloc sacrum-coccyx dont la base est puissamment encastrée par les gouttières sacrées dans les rails arqués des ilions. Si l'on veut bien se rappeler la direction horizontale du sacrum et la concavité très marquée de la face antérieure de l'os, on comprend que la force agissant sur le coccyx comme un bras de levier tend à exagérer la courbure sacro-coccygienne. La rupture se produit le

plus souvent au centre de la courbure, c'est-à-dire au niveau des 4e trous sacrés.

Ce mécanisme explique que *la fracture transversale du sacrum ne s'accompagne jamais de lésion associée des os iliaques*. C'est ce qui la différencie de la fracture verticale qui n'existe pratiquement jamais seule et dont la constatation implique toujours la recherche attentive d'une fracture simultanée de l'arc pelvien antérieur.

Par contre, *elle peut s'associer avec une fracture du rachis lombo-sacré ou dorso-lombaire*.

Nous avons constaté, chez nos malades, 2 fois un spondylolisthésis de L5. Chez l'un d'eux, l'accident était ancien et le glissement accentué. Chez l'autre, l'accident était plus récent et le glissement minime. Dans les deux cas, existait une solution de continuité nette au niveau des isthmes. Malgré l'absence de preuves formelles, nous l'avons interprétée comme une lésion traumatique, d'autant plus qu'elle s'accompagnait d'une lombo-sacralgie dont le malade ne s'était jamais plaint auparavant.

La fracture associée des isthmes de L5 s'explique par la direction de la force qui tend à projeter le sacrum en haut et en arrière et à le coincer entre les ilions. La rupture se produit au point immédiatement sus-jacent le plus faible, c'est-à-dire au niveau de l'étroite portion osseuse qui sépare les apophyses articulaires de la 5e vertèbre lombaire.

Les disques de la charnière lombo-sacrée participent également souvent au traumatisme et, si leurs lésions ne font pas toujours tout de suite leur preuve clinique, elles peuvent favoriser plus tard l'apparition d'une hernie discale ou d'une arthrose douloureuse.

Dans un cas, nous avons ainsi découvert, sur des radiographies prises systématiquement, un léger tassement antérieur de la 1re vertèbre lombaire sans signe clinique évident, mais qui témoignait du contre-coup subi par la charnière dorso-lombaire.

Dans le cas de fracture *directe*, l'agent traumatique (sabot d'un cheval dans la plupart des observations) vient frapper la partie inférieure du sacrum dont la partie médiane, superficielle, n'est recouverte que par le plan cutané, le coup est porté d'arrière en avant et de bas en haut. La partie postérieure du trait est, dans ce cas, esquilleuse; seule sa partie antérieure est nette.

Symptômes.

La fracture transversale du sacrum a une symptomatologie assez bruyante pour éveiller l'attention sur elle et elle serait certainement plus fréquemment reconnue si les radiographies en étaient plus démonstratives. Car, si l'on songe bien à faire pratiquer des radiographies, on a trop souvent tendance à se contenter de clichés peu éloquents, mal centrés, pris sous de mauvaises incidences et dont la lecture est gênée par les gaz du rectum. C'est ainsi que la fracture reste méconnue et se révèle ultérieurement par la persistance de séquelles douloureuses.

Cependant, tout de suite après l'accident, la douleur est très vive et peut entraîner une perte de connaissance. Certains blessés n'ont pu se relever, n'ont pu marcher, présentant une impotence fonctionnelle presque absolue.

D'autres souffrent moins et ne paraissent pas avoir été sévèrement atteints. 6 de nos malades ont été hospitalisés d'urgence ou ont reçu des soins immédiats à leur domicile. La septiéme n'a fait fait appel à son médecin que 4 jours plus tard.

La douleur reste le symptôme principal. Elle siège dans la région interfessière, généralement assez bas, irradie vers le coccyx, peut descendre jusqu'à la face postérieure des cuisses. Elle ne permet pas la position assise, oblige au décubitus latéral. Un de nos malades n'était bien qu'en position ventrale.

L'exagération de la douleur au moment de la défécation a été presque toujours notée. C'est un signe de valeur en rapport avec la compression de l'hématome présacré au moment de la distension de l'ampoule rectale. Il persiste assez longtemps même quand les douleurs spontanées s'atténuent.

Le malade est examiné en position ventrale ou genu-pectorale. On constate fréquemment, au-dessus du sillon interfessier, un gonflement qui descend vers la région anale et qui correspond à la zone douloureuse. Il peut empêcher de localiser de façon précise les points douloureux et de sentir une dénivellation éventuelle dans les fractures avec déplacement.

L'ecchymose est un signe constant. Elle n'a manqué dans aucune de nos observations. Parfois réduite à une petite tache apparaissant dans les 48 h à la partie supérieure du sillon, elle est souvent plus étendue, se prolongeant vers les fesses, le coccyx, la région rétro-anale. Sa constatation permet le diagnostic et doit faire rechercher avec obstination la fracture.

Le toucher rectal ne permet d'atteindre la fracture que si elle siège sur S5 ou, à bout de doigt, sur S4. Mais, presque toujours on sent une *tuméfaction présacro-coccygiènne* qui répond à l'hématome. La mobilisation du coccyx réveille une douleur vive. Dans les fractures basses, quand existe un déplacement, on perçoit le bec du fragment inférieur basculé en avant et, en appuyant avec précaution, on peut parvenir à le repousser et à corriger la déformation. Dans les fractures hautes, les renseignements fournis par le toucher rectal sont beaucoup moins précis.

La palpation du squelette pelvien est toujours négative.

L'examen doit se terminer par une étude du rachis qui subit souvent le contre-coup du traumatisme et sur lequel le blessé n'attire pas spécialement l'attention. *Les régions lombo-sacrée et dorso-lombaire doivent être en particulier examinées avec soin.* Même si elles paraissent normales, un contrôle radiographique s'impose systématiquement.

Dans quelques observations de fractures à grand déplacement, survenant généralement après un traumatisme direct, on voit notés des signes neurologiques : soit un syndrome typique de la queue de cheval (anesthésie en selle, troubles sphinctériens), soit des troubles des membres inférieurs (diminution segmentaire de la force musculaire, anesthésie à topographie radiculaire, troubles trophiques musculaires et cutanés). Ces troubles peuvent être transitoires et disparaître après la réduction de la fracture. Certains ont persisté, s'accompagnant de rétention d'urine et de troubles trophiques graves. Westerborn en signale 6 cas sur 14.

En fait, les signes neurologiques sont exceptionnels, tout au moins dans les fractures simples, fermées.

Si un syndrome de la queue de cheval, total ou partiel, peut se comprendre

aisément, on s'étonne de voir décrits dans certaines observations des signes neurologiques aussi variés et aussi importants. On peut se demander s'ils étaient toujours déterminés par la seule fracture du sacrum ou s'il ne faut pas les rapporter à une lésion rachidienne associée passée inaperçue.

Radiographie.

Le sacrum est un des os dont la lecture radiographique est la plus difficile. Il est nécessaire d'en obtenir d'excellents clichés, électivement centrés, tenant compte de son inclinaison et utilisant pour cela un rayon oblique de 50° sur le plan frontal.

Pour bien lire le cliché de face, il est indispensable d'éviter la superposition du pubis qui trop souvent masque la partie inférieure du sacrum.

Les clichés de face et de profil ne sont pas toujours suffisants. La fracture peut n'être visible qu'en utilisant des incidences obliques.

La vacuité du rectum est nécessaire, mais elle n'est pas facile à obtenir.

Nous n'avons pas eu l'occasion de recourir à la tomographie qui peut rendre, dans les cas douteux, de grands services.

Il est fréquent que la fracture ne soit pas visible sur les premiers clichés. Il faut s'obstiner à les répéter. Dans un de nos cas, le trait n'est apparu nettement que sur le 11e cliché (obs. 5).

Nous croyons aussi très utile, répétons-le, de pratiquer systématiquement des radiographies de face et de profil des régions dorso-lombaire et lombo-sacrée et aussi des radiographies de 3/4 de la 5e lombaire pour examiner les isthmes. La collaboration du radiologiste est ici capitale pour parvenir à un diagnostic précis et complet.

Séquelles.

Quand la fracture est reconnue, quand elle n'est pas négligée, elle guérit facilement. Toute douleur disparaît en 2 à 3 mois. Ce fut le cas chez 3 de nos malades sur 6 (nous n'avons pu avoir aucun renseignement tardif pour le 7e).

Malgré l'apparente bénignité de la fracture, les séquelles douloureuses sont cependant fréquentes, et d'autant plus que la fracture a été méconnue et n'a pas été immobilisée. Longtemps après l'accident, les malades se plaignent encore de la région fessière, surtout en position assise. Ce fut le cas d'une de nos malades (obs. 2) qui, 18 mois plus tard, ne pouvait supporter cette position plus de 30 minutes. Hallgrimsson attribue ces séquelles à une pseudarthrose, mais, bien qu'il soit difficile d'en affirmer la preuve radiographique, le cal en paraît, dans nos observations, essentiellement responsable.

Parfois ces séquelles posent un problème plus complexe quand elles ont une origine radiculaire.

La compression des dernières racines sacrées détermine des douleurs dans la région péri-anale qui prennent parfois une acuité très vive et ne cèdent qu'à la laminectomie. Les troubles sphinctériens sont rares. Par contre des troubles génitaux persistants sont parfois observés. Un de nos malades

est resté impuissant depuis son accident qui date de 18 mois (Obs. 7).

On peut voir ainsi apparaître rapidement ou plusieurs mois après le traumatisme une sciatique. La malade de Richard, après une chute de cheval, avait souffert dans les deux cuisses, le long du trajet du nerf sciatique, plus spécialement à gauche. La fracture du sacrum ne fut reconnue qu'au bout de 7 ans. L'ouverture du canal sacré donna la guérison.

Les douleurs à type radiculaire, quand elles siègent sur les territoires de S2, S3 ou S4, peuvent en effet être provoquées par la compression des racines dans un canal sacré déformé ou dans un trou rétréci. Mais, quand elles irradient vers les territoires de S1 ou même de L5, elles paraissent plutôt liées à une discopathie simultanée de la charnière lombo-sacrée, ou même à une fracture isthmique ou articulaire surajoutée de la 5e lombaire.

Pour ne pas risquer une intervention sacrée inutile, il est donc très important de rapporter le syndrome douloureux à sa véritable cause et de pratiquer un examen clinique et radiographique complet du malade.

Rappelons aussi la possibilité de complications obstétricales qui ont été signalées autrefois par Bar, Tarnier, Budin. Elles peuvent relever de deux mécanismes : rétrécissement du détroit inférieur par projection en avant du fragment inférieur ou rétrécissement du détroit supérieur par glissement en avant du fragment supérieur.

Traitement.

Dans les fractures sans déplacement, la simple immobilisation au lit suffit. Il nous a paru qu'un délai d'au moins 30 jours était nécessaire. Les malades ainsi traités ont eu un résultat meilleur que ceux dont la fracture avait été négligée et qui s'étaient levés prématurément. La marche et surtout la position assise favorisent de minimes déplacements du foyer et empêchent la consolidation de se faire dans de bonnes conditions.

Les infiltrations locales de novocaïne, faciles à réaliser au niveau de cette fracture superficielle, ont été pratiquées. Elles n'ont pas eu d'effet antalgique net dans nos cas.

Dans les fractures avec déplacement, qu'il y ait ou non des troubles nerveux, la réduction s'impose, aussi bien pour traiter la compression radiculaire que pour prévenir son apparition secondaire. Elle est rarement possible par manœuvre externe. La réduction sanglante est le plus souvent nécessaire. C'est la voie d'abord postérieure qui a été utilisée. Dans les 2 cas rapportés (Scherschewski-Holtzmann), la contention a été faite avec des fils d'acier.

Les séquelles locales douloureuses seront traitées par les injections antalgiques intra-dermiques ou par la physiothérapie. Mais en fait on a peu d'action sur elles. Qu'il se soit agi de diathermie, de rayons infra-rouges, d'ultra-sons, de radiothérapie, nous n'avons pu que constater leur inefficacité habituelle.

D'autres problèmes thérapeutiques se posent encore.

Quand on constate une lésion rachidienne associée, il faut bien entendu en tenir compte. S'il s'agit d'une fracture sans déplacement important, il suffit de prolonger l'immobilisation au lit, mais, s'il s'agit d'une fracture vertébrale cunéiforme, il y a intérêt à en pratiquer la réduction précoce en hyperlordose et à effectuer le lever sous contention plâtrée.

Le spondylolisthésis de L5, que nous avons constaté dans 2 de nos cas, relève d'indications plus tardives qui ne dépendent que de l'importance du syndrome fonctionnel. Si nous avons greffé précocement (2 mois après le traumatisme) l'un de nos malades (obs. 2), c'est en raison de l'intensité croissante de la lombosacralgie et de l'apparition d'une sciatique. Le résultat en a été bon.

Quand persiste un syndrome radiculaire, l'ouverture du canal sacré et la libération des racines donnent de bons résultats. C'est une intervention facile et sans risque.

La conduite à tenir devant une sciatique, qu'elle soit primitive ou secondaire, peut être plus difficile. Avant de pratiquer une laminectomie du sacrum, on s'assurera toujours que le syndrome douloureux n'a pas une origine plus haute au niveau du disque lombo-sacré.

Observations.

Observation 1. — Mme H..., 31 ans, fait, le 2 Août 1952, une chute de moto. Elle pense être tombée assise et se relève souffrant fortement du dos et des fesses, rentre chez elle avec peine et le lendemain ne peut se lever en raison de ses douleurs.

Cette jeune femme, très sportive, avait déjà fait de nombreuses chutes de ski et de cheval, mais n'avait jamais souffert antérieurement de la région lombaire.

Une ecchymose apparaît sur la ligne médiane, au-dessus du pli fessier, fusant vers le coccyx. Elle persistera 3 semaines environ. On constate une douleur élective très nette à la partie basse du sacrum et à la mobilisation du coccyx par le toucher rectal. La charnière lombo-sacrée est douloureuse à la pression.

La défécation est douloureuse. La miction est normale. Le diagnostic de fracture du sacrum paraît évident. De mauvaises radiographies faites au lit ne permettent pas de le confirmer.

Après 15 jours de lit la malade se lève.

Venue consulter 2 mois plus tard, elle continue à souffrir dans la région sacro-coccygienne, surtout en position assise. Elle attire en plus l'attention vers une lombosacralgie nette dans le décubitus ou qui avait été masquée par la douleur sacrée diffuse, mais qui s'affirme dès les premiers levers. D'ailleurs, chez cette femme maigre, on remarque, en position debout, un léger tassement du tronc, une dépression anormale au niveau de la charnière lombo-sacrée et une forte saillie de la crête sacrée.

Des nouvelles radiographies montrent :

Une fracture transversale sans déplacement de la 4e vertèbre sacrée.

Un très important spondylolisthésis de L5 avec solution de continuité des deux isthmes. Le corps de L5 a entièrement glissé en avant du sacrum (fig. 1).

3 mois après l'accident, apparaît une sciatique gauche. Il s'agit d'une irradiation radiculaire, atteignant le mollet et la cheville, strictement unilatérale, s'accompagnant d'un léger Lasègue, sans modification des réflexes, sans signe neurologique.

En raison de la persistance du syndrome lombo-sciatique et après échec d'infiltrations et d'une thérapeutique antalgique banale, une arthrodèse est pratiquée de L3 à S1, le 30 Novembre 1952. L'exploration de L5-S1 n'a pas montré de lésion discale.

Après 2 mois d'immobilisation, le lever est autorisé. La lombo-sciatique a disparu et le sacrum n'est plus douloureux.

Revue 6 mois après l'intervention, la malade se considérait guérie.

Obs. 2. — Mme G..., 42 ans, fait une chute dans un escalier le 12 Juin 1951. Elle se relève en souffrant « dans les fesses », la douleur semble tout d'abord s'atténuer, mais comme elle persiste, surtout en position assise, elle se décide à consulter 4 jours plus tard.

Il existe une ecchymose douloureuse à la partie supérieure du pli fessier fusant vers le coccyx. Un point douloureux net, à la partie antérieure du sacrum, est retrouvé

au toucher rectal. Ce point douloureux coïncide avec une douleur vive à la défécation.

Il n'y a pas de signes neurologiques.

Les radiographies montrent une fracture transversale au niveau du 3e trou sacré, sans déplacement (fig. 2 et 3).

Abstention thérapeutique.

La douleur persistant, 2 mois plus tard, un traitement diathermique est prescrit

Fig. 1. — Fracture de S4. Spondylolisthésis complet de L5 (*obs.* 1).

sans succès. Revue 18 mois plus tard, la malade continue à souffrir surtout en position assise.

Obs. 3. — M. R..., 43 ans, couvreur, entre d'urgence à l'Hôpital Beaujon le 16 Juin 1952 pour traumatisme de la région lombo-sacrée survenu à la suite d'une chute de 4 m environ du haut d'une échelle.

Immédiatement après sa chute, il a tenté de se relever, mais n'a pas pu marcher et a commencé à souffrir aussitôt après.

Les douleurs siègent dans la région lombo-sacrée et sacrée proprement dite, le malade se plaint d'avoir mal « dans les fesses ».

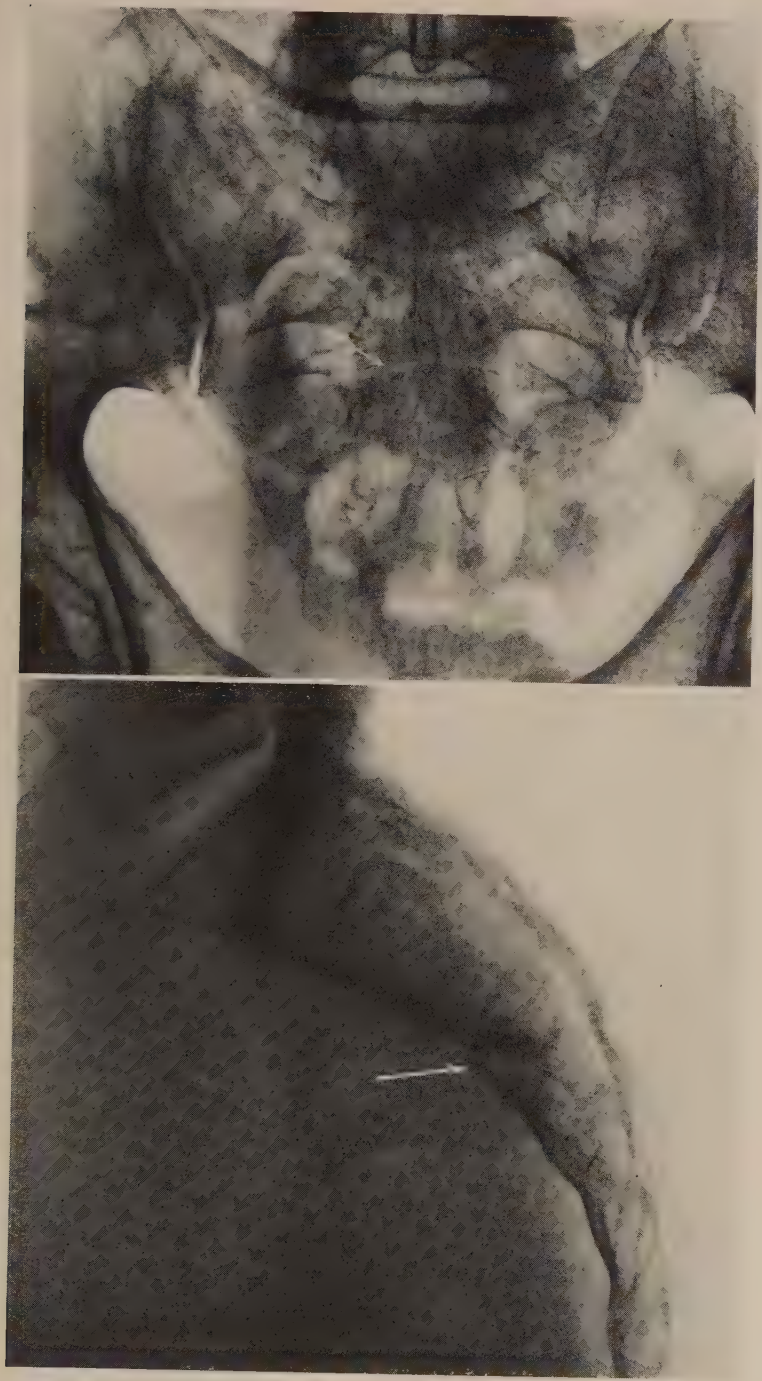


Fig. 2 et 3. — Fracture de S3 (*obs.* 2).

La station debout est impossible et seul le décubitus ventral atténue un peu ses douleurs.

L'examen pratiqué le lendemain retrouve une ecchymose et une douleur sur la face

Fig. 4. — Fracture de S4 (*obs.* 3).

postérieure du sacrum. Il existe une douleur nette en avant au toucher rectal.

L'examen neurologique est négatif.

La radiographie montre l'existence d'une fracture de la 4e vertèbre sacrée sans déplacement (fig. 4). Il n'y a pas de lésion rachidienne.

Après 1 mois de lit, le malade se lève. Il continue à souffrir pendant quelques semaines.

Revu après 1 an, il se plaint d'une légère sensibilité au niveau du coccyx, mais celle-ci paraît très atténuée.

Il a repris d'ailleurs son travail qu'il effectue normalement.

Obs. 4 (1). — José S..., 47 ans, marin à bord du bateau américain « Ischiam ». Le 4 Novembre 1952, en mer, cet homme qui n'a jamais souffert de la région lombaire, qui n'a jamais fait de chute digne d'être notée, glisse sur le pont et tombe sur le dos. Il ressent une douleur vive de la région lombo-sacrée et des fesses entraînant un état lipothymique de quelques minutes. Il est transporté à l'infirmerie où

Fig. 5. — Fracture de S3. Spondylolisthésis de L5. Noter la fracture des isthmes (*obs.* 4).

il restera couché jusqu'à son arrivée à Beyrouth. Pendant 2 jours, il reçoit plusieurs injections de morphine, continuant à souffrir du sacrum et ne pouvant supporter la position assise.

L'examen pratiqué à Beyrouth (professeur Makhlouf et docteur Arahi) montre l'existence d'une tuméfaction à la partie supérieure du pli fessier avec une ecchymose qui s'étend vers la région anale. Il existe un point douloureux net à la partie moyenne du sacrum et une douleur au toucher rectal. La charnière lombo-sacrée est également

(1) Nous devons cette observation à notre ami, le professeur Anis Makhlouf (de Beyrouth), qui a prié l'un de nous d'examiner ce malade au cours d'un voyage au Liban.

douloureuse, le malade peut se lever mais marche difficilement et ne peut se baisser, il souffre quand il s'assied dans son lit.

Des radiographies montrent :

Une fracture transversale du sacrum à la hauteur du 3e trou sacré, avec légère angulation antérieure, mais sans déplacement (fig. 5).

Fig. 6. — Fracture de S3. Spondylolisthésis de L5.
Noter la fracture des isthmes (*obs.* 4).

Un spondylolisthésis de L5 avec solution de continuité au niveau des isthmes (fig. 6).

Comme traitement, ce blessé n'a eu qu'un repos au lit et des infiltrations locales de novocaïne.

Obs. 5. — Mme M..., 61 ans, est admise d'urgence à l'Hôpital Beaujon, le 14 Décembre 1952, Après une chute dans un escalier, la blessée a ressenti de vives douleurs sacro-lombaires avec irradiations ischiatiques et crurales et n'a pu se relever.

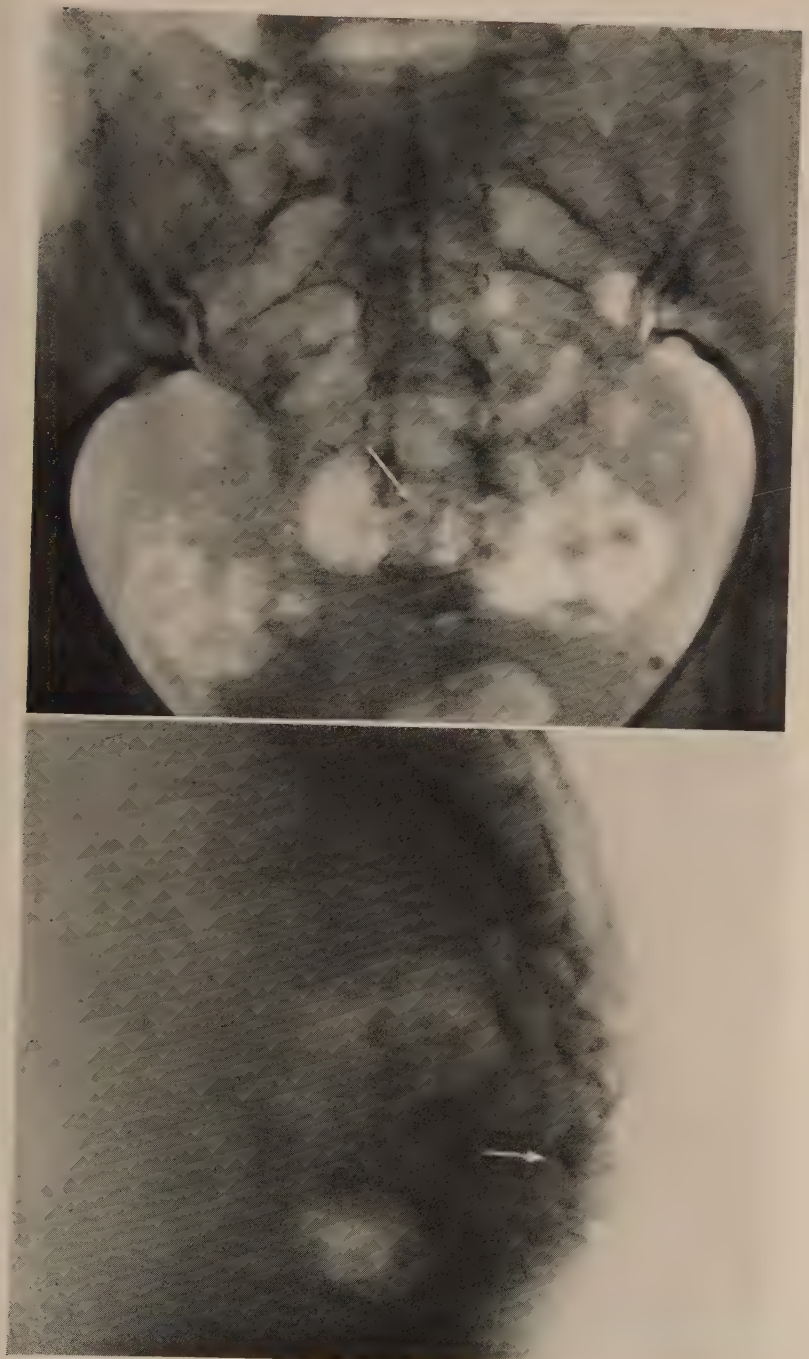


Fig. 7 et 8. — Fracture de S5 (*obs.* 5).

A l'examen la douleur est interne, la marche, la position assise, la simple flexion du tronc sur le bassin sont impossibles. La pression sur le sacrum, ainsi que le toucher rectal arrachent des cris. Celui-ci montre à bout de doigt une légère tuméfaction présacrée. Le lendemain on voit une ecchymose sur la face postérieure du sacrum avec une vive douleur à la pression de toute la région jusqu'au niveau du coccyx.

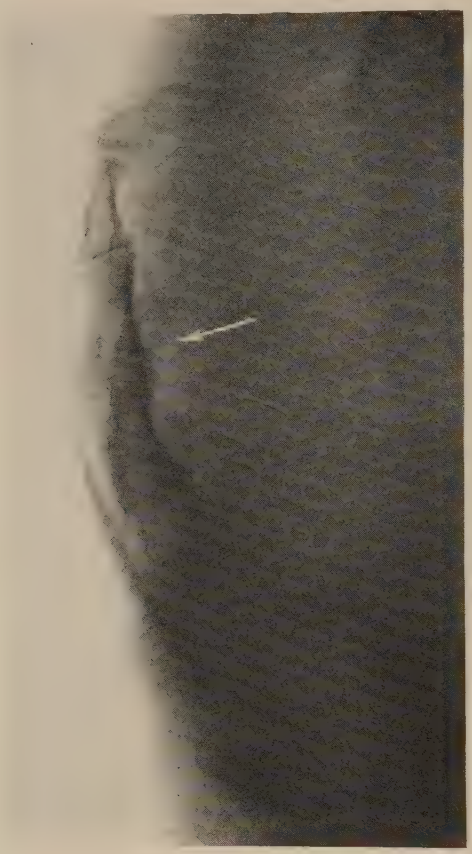


Fig. 9. — Fracture de S4. Aspect du cal 3 mois après l'accident (*obs.* 6).

L'ecchymose débordera dans les jours suivants largement le sillon interfessier s'étendant sur les fesses des deux côtés.

Les réflexes sont normaux aux deux membres inférieurs. La défécation est douloureuse.

Les premières radiographies ne paraissent pas montrer de lésion. Celles-ci sont, à notre demande, répétées plusieurs fois sous des incidences variées. Ce n'est que sur le 11e cliché qu'apparaît un trait de fracture net au niveau de la 5e pièce sacrée (fig. 7 et 8).

La blessée a été traitée par le repos au lit et des infiltrations locales de novocaïne. Elle souffrait cependant encore en position assise lorsqu'elle est sortie 60 jours plus tard.

Obs. 6. — Mme L..., 45 ans, est accidentée dans un car le 20 Avril 1952. A la suite d'un arrêt brusque, elle est soulevée de son siège, heurte le plafond et retombe violemment assise sur le plancher.

Elle souffre de la région sacrée, marche avec peine, rentre chez elle et reste alitée pendant 8 jours.

Le lendemain de l'accident apparaît une ecchymose sacrée sur la ligne médiane juste au-dessus du pli interfessier. Elle s'étend des deux côtés vers le périnée, prend les dimensions d'une paume de main et persiste 1 mois.

La malade reste au lit 8 jours et y conserve le décubitus latéral, ne pouvant rester sur son siège. Elle accuse de violentes douleurs au moment de la défécation.

La douleur persistant, une radiographie est faite 3 mois après l'accident (fig. 9). Elle montre une fracture transversale de la 4e pièce sacrée sans déplacement. Le trait est encore nettement visible bien qu'il y ait un début de cal.

Le syndrome douloureux s'atténue mais existe encore 1 an plus tard, s'accentuant en position assise, gênant la marche prolongée.

Il n'a cédé ni aux infiltrations locales, ni aux rayons infra-rouges, ni aux ondes courtes.

Obs. 7. — M. S..., 48 ans, cheminot, présente en Septembre 1951 un traumatisme important (chute d'une échelle de 4 m.). Il se relève souffrant au niveau des fesses, marche avec difficulté et est hospitalisé à Chelles.

La douleur persistant, une radiographie est pratiquée 15 jours plus tard. Elle montre une fracture transversale du sacrum au niveau de S4 avec une légère angulation antérieure. Une intervention est alors faite sur laquelle nous n'avons pu avoir aucune précision et qui n'a pas laissé de trou radiographique.

Quoi qu'il en soit, le malade a fort bien guéri, a repris 3 mois plus tard son service et n'a présenté aucun symptôme fonctionnel pendant 1 an.

Il est simplement à noter une impuissance totale depuis l'accident.

En Janvier 1953, il se plaint de douleurs dorso-lombaires qui augmentent à la fatigue, cèdent d'abord au repos, puis deviennent permanentes.

L'examen ne révèle rien de particulier, mais la radiographie montre nettement une fracture cunéiforme de D12 avec léger tassement antérieur du corps vertébral et intégrité des disques.

La fracture du sacrum est guérie sans séquelles, mais, comme aucun traumatisme n'est invoqué depuis l'accident initial il est logique de penser qu'elle s'est accompagnée d'une fracture vertébrale qui a été reconnue et qui est devenue douloureuse après un long intervalle libre.

Une greffe rachidienne a été proposée.

Résumé.

Les fractures transversales du sacrum sont moins rares qu'on ne le suppose, mais elles sont difficiles à mettre en évidence sur les radiographies, ce qui explique qu'elles sont souvent méconnues.

Relevant presque toujours d'un mécanisme indirect, elles sont consécutives à une chute violente sur le siège et siègent presque exclusivement au niveau de S3 et surtout de S4.

L'ecchymose postérieure, la douleur au toucher rectal, la sensibilité à la défécation en sont les meilleurs signes.

Elles s'associent fréquemment à une lésion du rachis lombo-sacré ou dorso-lombaire qui peut ne se révéler que plus tardivement si on ne songe pas à la rechercher systématiquement.

Les complications nerveuses sont rares, mais des séquelles douloureuses s'observent avec une très grande fréquence.

Le traitement consiste essentiellement dans le repos au lit. Celui-ci, à condition d'être prolongé au moins 1 mois, paraît améliorer beaucoup le pronostic fonctionnel.

L'intervention n'est indiquée que dans les fractures à grand déplacement ou en cas de compression des racines sacrées.

Bibliographie consultée.

Bentzon. — Tviœrfrakturer of os sacrum efter forholdnis smaa lœsioner. *Nord. Kir. For. Mote.*, Göteborg, 1927.

Briche. — Étude sur une forme rare de fracture isolée du bassin. *Thèse de Lille*, 1896.

Gaudier. — *De la fracture isolée du sacrum.* Monographie, Lille, 1895.

Hallgrimsson, Snorri. — Three cases of fracture of the sacrum. *Acta orthop. Scandinavica*, 9, 100-114, 1938.

Richard, André. — Syndrome de névralgie sciatique à la suite d'une fracture du sacrum. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 3 Février 1943, p. 52.

Scherschewski-Holtzmann. — Contribution à l'étude des fractures isolées du sacrum. *Thèse de Paris*, 1912.

Sicard, André. — La place des fractures méconnues du rachis dans la pathogénie des sciatiques. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 12 Mai 1943, p. 246.

Westerborn. — *Acta chirurgica Scandinavica*, **63**, Suppl. VIII, 1928.

Travail de la Clinique chirurgicale B de la Faculté de Médecine de Strasbourg (Directeur : Professeur A. G. Weiss).

Traitement de l'hématome sous-dural chronique. Étude de 31 observations personnelles.

Par MM.

D. PHILIPPIDES, B. MONTRIEUL et R. STEIMLÉ

(Strasbourg.)

Pouvant faire état des résultats obtenus dans 31 cas d'hématome sous-dural chronique traités selon des principes bien définis et régulièrement appliqués, nous nous sommes crus autorisés à reprendre ce sujet auquel furent déjà consacrés de nombreux travaux. Les principes de traitement, diversement interprétés par les auteurs, feront l'objet de considérations particulières de notre part.

Il convient au préalable de revenir sur les constatations anatomo-pathologiques, car ce sont elles, à notre avis, qui conditionnent les différentes modalités opératoires.

Rappel anatomo-pathologique. — Nos examens histologiques correspondent aux données classiques telles que les ont exposées les auteurs allemands en particulier (Peters, G.). Microscopiquement, sous les deux feuillets de la dure-mère, *la partie périphérique de la membrane externe* apparaît immédiatement au contact de la dure-mère, mais avec une limite toujours reconnaissable; elle est faite d'un tissu d'organisation (avec des fibroblastes) qui peut être 3 fois plus épais que la dure-mère. Ce tissu comprend du conjonctif très riche, ou au contraire, pauvre en cellules. Sa structure peut être très irrégulière, parsemée de petites cavités, au bord desquelles on trouve des noyaux, des fibroblastes dont certains pigmentés. Les cellules pigmentées sont dispersées sur toute l'épaisseur de la couche d'organisation. Il existe également des cavités remplies d'une masse homogène se colorant en rouge pâle à l'éosine.

Dans *la partie de la membrane externe regardant l'hématome,* on trouve une couche de sang infiltrée de fibroblastes et de capillaires traduisant une intense réaction d'organisation. Au bord de cette couche se trouvent de nombreuses cellules rondes, dont le corps est pigmenté. Des zones pratiquement avasculaires voisinent avec des foyers d'hypervascularisation. Les néovaisseaux, bourrés d'érythrocytes, ont un endothélium et sont de plus entourés de conjonctif. On retrouve par endroits dans leur lumière des

petits bourgeons cellulaires (fig. 1). Le contact entre la dure-mère et cette membrane externe se fait par une adhérence très fine, au sein de laquelle cheminent des vaisseaux allant de la dure-mère à la membrane.

La membrane interne est sans structure et se colore en rose à l'éosine

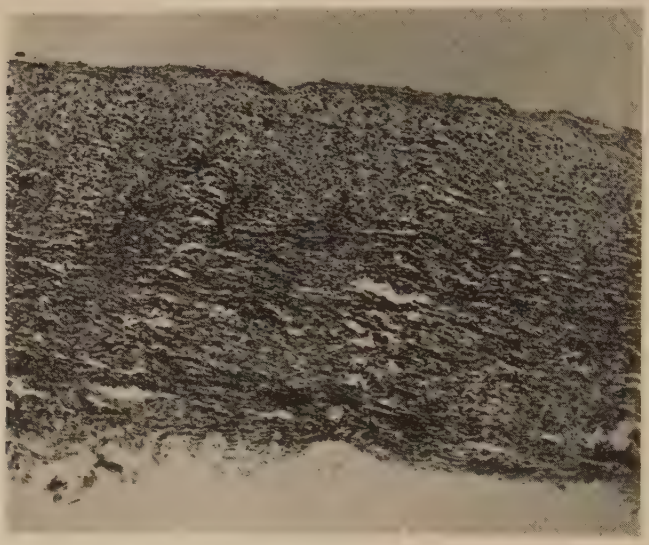


Fig. 1. — Microphotographie de la membrane externe.

On ne trouve souvent aucune réaction cellulaire dans cette lame scléreuse dense, mince néanmoins, alors que parfois à sa surface, en regard de l'h

Fig. 2. — Microphotographie de la membrane interne.

matome, se voient des érythrocytes détruits, des histiocytes ou des leucocytes. Ces cellules sont prises dans un réseau de fibrine (fig. 2). L'organisation de l'hématome met plus ou moins de temps à se réaliser.

Examens histologiques (professeur agrégé L. Frühling) :

Observation 2. — N..., Georges. Membrane externe : hématome ancien, entièrement néoformé de tissu granulomateux chronique banal, relativement riche leucocytes éosinophiles.

Obs. 14. — S..., Rodolphe. Membrane externe : hématome ancien, formé par un tissu inflammatoire banal, relativement peu vascularisé, riche en mononucléaires et en leucocytes éosinophiles; présence de quelques histiocytes en fonction martiale.

Obs. 18. — R..., Jean. Membrane externe : hématome en voie d'organisation datant déjà de quelques semaines. Les globules rouges sont lysés, la membrane scléreuse est déjà relativement épaisse (2 mm.), formée à l'extérieur d'une coque de fibres collagènes, denses, et à l'intérieur en contact avec l'hématome d'une couche de bourgeons charnus torpides complets avec néo-vaisseaux, leucocytes variés (polynucléaires et surtout mononucléaires) et fibroblastes.

Obs. 19. — W.... Édouard. Membrane externe : lame scléreuse dense, épaisse, présentant une très forte infiltration de cellules inflammatoires éléments lymphoïdes, tassées les unes contre les autres au milieu d'un réseau de capillaires élargies.
Membrane interne : lame scléreuse dense, très mince, sans la moindre réaction cellulaire.

Obs. 20. — R..., Pierre. Petit fragment de membrane interne d'hématome, très scléreuse, sans aucune réaction cellulaire.

Obs. 26. — S..., Michel. Paroi d'hématome sous-dural ancien : l'externe est nettement granulomateuse, avec l'aspect d'une inflammation chronique non destructrice; elle est formée d'un tissu épais, scléreux, pourvu de nombreux néo-vaisseaux.
L'interne est formée par un tissu scléreux dense, pratiquement cellulaire, revêtu, en regard de l'hématome, d'une couche d'histiocytes, chargés d'hémosidérine.

***

Le traitement consiste à évacuer un hématome, souvent organisé, en évitant autant que possible un traumatisme opératoire important à des malades particulièrement fragiles (en déséquilibre hydrodynamique intracrânien). Cet hématome étant supprimé, il faut éviter sa récidive, facilitée par la constitution anatomo-pathologique même de l'hématome sous-dural chronique. Enfin, il faut prévenir ou traiter des complications graves telles que le collapsus cérébral.

Technique opératoire.

Divers procédés ont été proposés :

L'évacuation du contenu de l'hématome par de simples trous de trépan est le plus souvent préconisée, l'ablation complète de la poche en utilisant un volet ostéoplastique n'entrant en ligne de compte que si le premier procédé a été insuffisant. C'est l'attitude adoptée par Sachs en particulier. De même Mc Kenzye, Keegan, Horrax et Poppen vident l'hématome par aspiration à l'aide d'une sonde introduite par trou de trépan; cette aspiration est suivie de ponctions répétées avec une aiguille à ventriculographie.

Fleming et Jones font un lavage étendu, en ouvrant la poche en regard de deux trous de trépan, l'un frontal, l'autre pariéto-occipital.

Frazier estime que l'évacuation de l'hématome par un trou de trépan est la meilleure méthode applicable en toutes circonstances. Pour parer à la constitution d'un nouvel hématome, il laisse un drainage et ne taille un volet que si l'hématome est organisé (ce qui fut le cas une fois sur six

dans ses observations). Cette méthode de traitement est certes peu choquante et convient particulièrement aux cas où l'état général est gravement atteint et à ceux où l'hématome est bilatéral.

La taille d'un volet osseux permettant d'évacuer complètement le contenu de l'hématome et d'enlever sa coque sinon en totalité, du moins en grande partie, semble un procédé plus rationnel et plus sûr.

Il a été diversement interprété.

On renonce en général à l'extirpation complète dans la crainte d'hémorragies sous-durales récidivantes, auxquelles elle expose; il existe une série de variantes :

Grant sectionne complètement le lambeau dure-mérien, l'inverse, et le suture à nouveau dans cette position.

Olivecrona enlève ce lambeau de dure-mère et suture la membrane externe de l'hématome au pourtour de la dure-mère.

La méthode décompressive de Trotter, reprise plus tard par Olivecrona, est intermédiaire aux deux précédentes : par une incision longitudinale dissociant les fibres temporales, on pratique une brèche osseuse de 2 à 3 cm de diamètre. La dure-mère est incisée, la coque de l'hématome ouverte. On fait alors un décollement des différents plans : dure-mère, membrane externe, et membrane interne au niveau de l'ouverture. Le contenu de l'hématome est évacué par aspiration et sa poche est lavée. On termine soit en laisssant la dure-mère tout simplement ouverte, soit en la réséquant, soit encore en suturant la membrane externe au pourtour de la dure-mère.

Pour Dandy, l'exérèse de la capsule serait le plus souvent superflue, la simple évacuation étant suffisante. Il recommande néanmoins un procédé plus radical : il pratique un petit volet au centre de la lésion et après ouverture de la dure-mère, il enlève les deux parois de l'hématome en laissant seulement les zones d'adhérences de ces parois aux grosses veines et au cortex. A son avis, cette technique utilisant un petit volet qui donne un jour suffisant éviterait, en laissant la dure-mère ouverte, une récidive d'hématome possible. Puech se montre partisan de l'ablation en masse par large volet, avec section complète de la dure-mère tout autour de la brèche osseuse, mais il ne la pratique cependant que dans les cas exceptionnels où la membrane externe n'est pas adhérente, ou lorsque l'hématome est partiellement calcifié (Cl. Vincent).

Sa technique personnelle consiste à extirper par un volet de dimensions moyennes la paroi externe de l'hématome et la dure-mère, en laissant la paroi interne en guise de dure-mère.

Il faut s'assurer, avant de refermer, que le cerveau revient à la paroi crânienne, sinon on doit inciser en croix la paroi interne que Puech considère comme un obstacle à la réexpansion cérébrale. Il convient enfin d'injecter par un trou de trépan du côté sain du sérum ou de l'air dans la cavité ventriculaire. Ce procédé évite la constitution d'un nouvel hématome et permet de prévenir la grave complication habituellement redoutée qu'est le collapsus cérébral.

Ce phénomène, faisant suite à l'ablation d'un hématome sous-dural chronique, n'est qu'un des aspects de l'hypotension intra-crânienne déjà reconnue par Leriche, en 1915, dans les traumatismes crâniens. Son étude a été poursuivie par Puech et ses élèves à partir de 1937.

Des phénomènes d'hypotension vraie, processus actif dû à l'affaissement

du tissu cérébral hypotonique et déshydraté (Henschen), se superposent à ceux d'hypotension passive due à la compression. L'hémisphère comprimé depuis longtemps ne reprend pas son volume antérieur, et la cavité primitivement occupée par l'hématome peut se remplir de sérosité ou d'un nouvel épanchement sanguin.

L'opéré retombe dans le coma, la température monte, la tension d'abord normale peut également s'élever; la moitié du corps opposée à la lésion devient parétique.

Les formes graves se confondent avec le tableau d'hypertension intracrânienne. Comme cette complication était plus fréquente après les opérations de drainage simple, nous avons attribué un rôle prépondérant dans son mécanisme à la membrane interne de la coque. On a prétendu qu'il n'était pas nécessaire d'enlever la capsule, car elle peut se résorber après simple évacuation du contenu de l'hématome (en particulier à la suite d'une observation d'Horrax réintervenant 3 mois après un drainage et ne trouvant plus de capsule). Une de nos malades a dû être opérée à nouveau 15 jours après simple évacuation; nous avons retrouvé la capsule comme avant, peut-être même plus épaisse.

Technique personnelle. — Le traitement de l'hématome sous-dural chronique, à notre avis, doit être adapté à sa variété anatomique. Il se présente en pratique sous deux aspects bien différents :

Certains hématomes datant de 6 à 8 semaines sont entourés d'une capsule encore très mince, au contenu liquide; l'évacuation par un trou de trépan sera vraisemblablement suffisante.

Par contre, les hématomes pris dans une capsule nettement organisée, dont l'épaisseur atteint parfois 3 à 4 mm, sont justiciables de l'extirpation globale par un large volet.

Il importe ici d'enlever cette lame interne, obstacle à la réexpansion de l'hémisphère. Cette technique supprime également une poche où les liquides peuvent s'accumuler; elle rétablit enfin une libre communication des espaces sous-duraux.

L'extirpation totale est en général proscrite par crainte des complications hémorragiques. Nous estimons qu'un grand volet permet d'appliquer avec efficacité les moyens actuels d'hémostase aux lésions vasculaires qui peuvent survenir : blessure de veines au cours de la désinsertion de la coque, en particulier à la jonction des faces interne et externe intimement accolées à l'arachnoïde, ou suintement hémorragique de la face interne de la dure-mère. Le collapsus habituel de l'hémisphère comprimé facilite encore ces manœuvres.

Nous procédons de la manière suivante : le diagnostic topographique étant assuré, en premier lieu, un trou de trépan explorateur est foré dans la région pariéto-occipitale.

Pour évacuer le contenu d'un hématome à capsule mince, nous le vidons par cet orifice, ou par un 2e trou de trépan occipital, si l'hématome est très étendu. Après lavage au sérum physiologique, le drainage avec une petite sonde de Nélaton est assuré pendant 2 à 3 jours. Si le collapsus cérébral est important, le regonflage est effectué par injection de sérum physiologique soit dans le ventricule sain, soit dans les espaces sous-arachnoïdiens par voie lombaire, sur la table d'opération, le malade ayant la tête basse.

Si le trou explorateur découvre un hématome avec une capsule bien constituée (si la membrane interne surtout a une certaine épaisseur), l'extirpation de la coque est réalisée à l'aide d'un grand volet fronto-pariétal; la dure-mère est ouverte et le contenu de l'hématome évacué. La coque est ensuite enlevée avec prudence; nous avons toujours pu le faire complètement, mais rien n'empêche de laisser en place les bords de la capsule, s'ils ne viennent pas facilement, en particulier dans la région para-sagittale où le réseau veineux est dense. Nous injectons là encore du sérum jusqu'à ce que le cortex reprenne sa situation antérieure, en effectuant les mêmes manœuvres que celles faisant suite à la simple évacuation-drainage, pour combattre le collapsus.

Éléments du diagnostic. — a) *Cliniques.* — La majorité de ces 31 observations réalisent un tableau clinique évoquant une tumeur cérébrale; si bien que dans les premiers cas, des trous occipitaux en vue d'une ventriculographie étaient d'abord pratiqués et découvraient souvent la partie postérieure de l'hématome, ceci du moins dans les premières explorations, car par la suite, le diagnostic fut assuré par la confrontation E. E. G.-artériographie.

Le traumatisme crânien est retrouvé avec une fréquence relativement grande dans cette série : 25 fois sur 31. Parmi ces 25 traumatismes, on relève 2 processus atypiques :

Obs. 19. — R..., Jean, 50 ans. Frappé par une branche d'arbre, sur la colonne cervicale, 3 semaines auparavant.

Obs. 24. — B..., Joseph, 53 ans. 6 semaines auparavant, chute de 3 m de haut sur le bassin et sur le coude.

Indépendamment des signes cliniques de localisation exacte, le plus souvent confirmés par artériographie, une hémiplégie homolatérale existait dans 2 cas (obs. n° 17 et 18). Elle est classiquement attribuée à l'engagement temporal qui comprime le faisceau pyramidal opposé contre le foramen de Paccionni.

5 observations comportaient des signes cliniques diffus et bilatéraux qui ne permettaient pas de préciser le diagnostic. L'hématome était bilatéral dans les observations 1 et 22.

b) *Electroencéphalographiques.* — Pour plus de la moitié des malades, un électroencéphalogramme a été effectué avant et après l'intervention.

60 p. 100 des cas enregistrés présentaient la dépression électrique unilatérale permettant de dire le côté et la nature de la compression, alors que l'examen clinique ne le permettait pas.

Chez cinq malades, des anomalies électriques localisées, qui persistèrent par la suite, permirent de mettre en évidence une contusion cérébrale.

Les anomalies bisynchrones surajoutées furent très fréquentes, traduisant la souffrance du tronc cérébral.

La dépression électrique, qui a une certaine valeur, se voit également dans le collapsus cérébral avec méningite séreuse sus-jacente. Elle fait enfin défaut dans les hématomes bilatéraux.

c) *Artériographiques.* — En fait, c'est l'artériographie, lorsque la notion de côté existe, qui affirme le diagnostic (et même, pratiquée du côté opposé,

elle fait apparaître de face un déplacement de la cérébrale antérieure en dedans de la ligne médiane, qui impose l'artériographie de l'autre côté).

De face, elle donne des images caractéristiques comme celle de la figure 3 : décollement du groupe sylvien de la voûte crânienne et déplacement de la cérébrale antérieure, refoulée au delà de la ligne médiane.

La même image artériographique avec la cérébrale antérieure demeurée

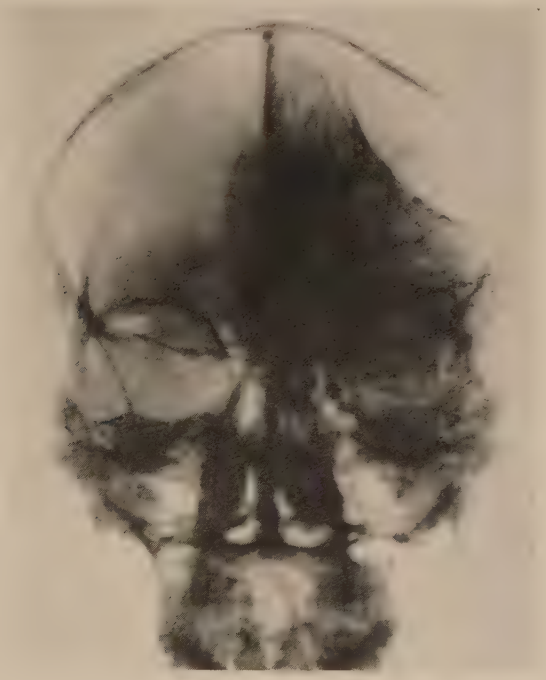


Fig. 3. — D..., Henri (obs. 30). Angiogramme antéro-postérieur. Hématome sous-dural chronique gauche.

en place fera soupçonner un hématome bilatéral, qu'il faudra confirmer par l'artériographie de l'autre côté (obs. 29).

Pour parvenir au diagnostic, nous estimons judicieux de compléter la clinique par l'association E. E. G.-artériographie.

Cette manière de faire fut appliquée systématiquement à la dernière moitié des cas.

Les résultats sont rassemblés dans le tableau suivant. L'opéré guéri a repris dans chaque cas une activité normale.

Suites opératoires. Complications.

Pour 21 malades, l'hématome, ne présentant qu'une capsule très mince, a été évacué par un ou deux trous de trépan. Nous relevons deux échecs :

OBS	AGE	MÉTHODES diagnostiques	SIMPLE drainage	ABLATION de la coque	SUITES Guérison : G Décès : D	COMPLICATIONS
1	39	Hématome bilatéral	+		G	
2	37			+	G reprise du travail	
3	70		+		G décédée d'affetion intercurrente	
4	53	E. E. G.	+		G reprise du travail	
5	37		+		G travail léger	
6	63	Ventriculographie		+	G	
7	16		+		G reprise du travail (cultivateur)	
8	57	Encéphalographie. Artériographie		+	G travail plus léger	Réintervention : hématome extra-dural
9	57			+	G travail de jardinier	Réintervention : pe hématome ext dural, collapsus cé bral
10	34	Coma. Artériographie. Encéphalographie.		+	G	
11	62		+		G décès ultérieur (affect. hépatique)	
12	61	E. E. G.	+		G ne travaille plus	
13	67	Coma	+		D (voir observation complète p. 953)	Collapsus cérébral. R cidive d'hémator Réintervention. Ablation de la coq
14	45			+	G reprise du travail	
15	50		+		G reprise du travail	
16	67	Coma			G	
17	38	Sympt. homolat. E. E. G., Artériographie		+	G reprise du travail	
18	56	Sympt. homolat. Encéphalographie, Artériographie, E. E. G.		+	G existence normale	Réintervention : hématome extra-dura

BS	AGE	MÉTHODES diagnostiques	SIMPLE drainage	ABLATION de la coque	SUITES Guérison : G Décès : D	COMPLICATIONS
19	50	E. E. G., Artériographie		+	G reprise du travail bûcheron	
20	39	E. E. G. Artériographie		+	D (observ. détaillée)	Réintervention:œdème cérébral, urémie
21	60	Encéphalographie, E. E. G. Artériographie	+		G existence normale	Infarctus du myocarde découvert dans les suites opératoires.
22	28	Hématome bilatéral Artériographie. Ventriculographie, E. E. G.	+		G	
23	58	E. E. E. Artériographie	+		G	
24	53	E. E. G. Artériographie	+		G	
25	57	E. E. G. Artériographie			G	Parésie résiduelle du membre inférieur droit
26	61	Encéphalographie. E. E. G. Artériographie	+		G	
27	71	E.E. G. Artériographie	+		D	Décès le 8e jour
28	67	E. E. G. Artériographie	+		G	
29	63	Hématome bilatéral E. E. G., Artériographie	+		G	
30	40	E. E. G. Artériographie	+		G	
31	70	E. E. G. Artériographie	+		G	
			21 dont 2 décès	10 dont 1 décès		

Une femme de 67 ans (obs. 13) fut admise dans un coma profond, avec troubles respiratoires graves. Étant donné l'atteinte de l'état général, nous nous sommes contentés d'une simple évacuation du contenu de l'hématome. La malade sorti de son coma au cours du regonflage ventriculaire, mais des phénomènes de collapsus cérébral avec coma se produisirent plusieurs fois, et, malgré les injections répétées de sérum intra-ventriculaire, l'état s'aggrava. Au cours de la 2e semaine, on intervint à nouveau : ablation de la coque d'hématome. L'opérée ne reprit pas connaissance et mourut 2 jours après.

A l'autopsie, le cerveau n'était pas collabé; il n'y avait aucun signe visible de compression, mais plutôt un œdème cérébral.

Le 2e échec de cette série, dont l'autopsie fut négative, concerne une femme âgée de 71 ans (obs. 27).

Parmi les 10 malades dont l'hématome fut traité par ablation le plus souvent complète de sa capsule, il y eut un échec post-opératoire :

Le malade, âgé de 39 ans (obs. 20) fit, le lendemain de l'intervention, un collapsus vasculaire intense; la tension artérielle maxima étant tombée à 80. Des signes graves d'urémie apparurent rapidement : agitation, vomissements, diarrhées (urée : 1,14).

On découvrit 2 jours plus tard, à la réintervention, un œdème cérébral. En dépit du traitement institué, l'exitus survint le 3e jour dans un tableau d'anurie accompagné de crises convulsives.

L'œdème est une complication très rare, alors que le collapsus cérébral accompagne assez fréquemment l'hématome sous-dural chronique. Le fait de pratiquer une ablation complète de l'hématome avec sa coque n'est d'ailleurs pas une garantie formelle contre le collapsus : l'observation 9 en est un exemple typique.

L'extirpation de la capsule avait été pratiquée dans ce cas chez un homme de 53 ans, et le 2e jour, un état grave avec coma hyperthermique et élévation de la tension artérielle était apparu. Nous le croyions dû à un hématome épidural aux deux interventions successives, on découvre, indépendamment d'un petit hématome sur la dure-mère, un cerveau très collabé. A la suite du regonflage ventriculaire, le malade reprit connaissance, mais on assista à plusieurs épisodes d'hypotension intra-crânienne, tous maîtrisés par les injections liquidiennes dans les ventricules et dans les espaces sous-arachnoïdiens. Les suites opératoires se compliquèrent par ailleurs d'une ostéite du volet qui nécessita son ablation partielle, mais le malade guérit parfaitement. Il s'est présenté 6 mois plus tard sans aucun signe neurologique et a répondu dernièrement à notre questionnaire (3 ans après l'intervention), nous disant qu'il exerce normalement son travail de jardinier.

C'est le seul cas d'ablation complète de la capsule suivie de grandes manifestations de collapsus cérébral. La durée de la compression et l'âge avancé du malade ont sans doute favorisé ce processus.

Telle est à peu près la seule complication inhérente à l'ablation complète; classiquement, les épanchements hémorragiques post-opératoires sont redoutés; en fait, un hématome extra-dural peut se produire. Il y en eut trois dans notre série, tous pratiquement insignifiants. Sa symptomatologie se confond avec celle du collapsus.

Les suites opératoires de tels malades nécessitent une surveillance étroite : lorsqu'un coma progressif apparaît, on doit prendre immédiatement la pression intra-ventriculaire et celle des espaces lombaires et, en cas d'hypotension, la traiter à la fois par regonflage et par des injections intra-veineuses de sérum physiologique.

Horrax et Colemann attirent l'attention sur la réexpansion de l'hémisphère collabé et notent que si elle ne se fait pas, la convalescence est lente, le pronostic incertain. Ils conseillent, pour faciliter cette réexpansion, de mettre en position de Trendelenburg, procédé que nous avons adopté depuis 1949.

Si l'on se trouve en présence d'une des deux complications possibles : collapsus ou récidive d'hématome, nous pensons que l'artériographie per-

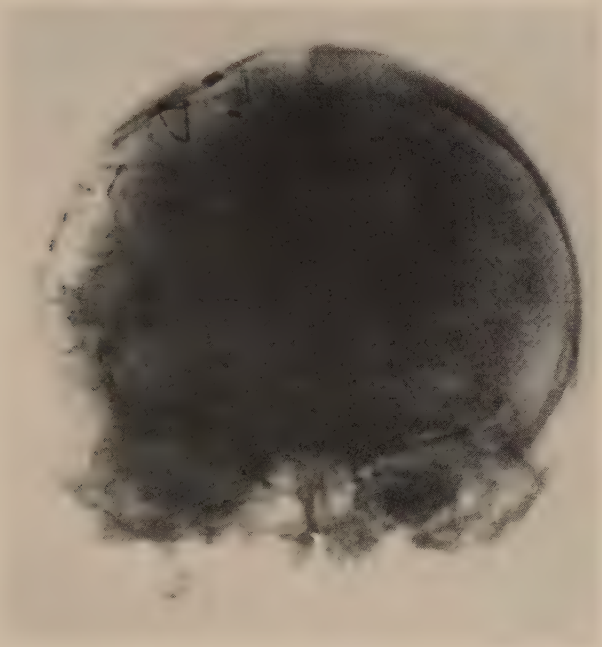


Fig. 4. — R..., Jean (obs. n° 19). Contrôle artériographique post-opératoire. Hématome sous-dural chronique droit, traité par large volet et ablation complète de la poche. Les vaisseaux du groupe sylvien sont revenus à la paroi, du fait de la réexpansion de l'hémisphère.

cutanée permet, à ce moment, une appréciation facile de la situation du cortex, antérieurement comprimé par l'hématome, par rapport à la voûte crânienne.

On obtient du reste, lorsque le traitement a été parfaitement efficace, une image artériographique comme celle de la figure 4.

Parmi ces 31 hématomes sous-duraux chroniques, la mortalité des évacuations simples est de 9,5 p. 100. Celle des ablations complètes est de 10 p. 100.

Nous rapprocherons les résultats de différents auteurs. Paillas obtient des taux semblables et nous a signalé qu'il n'était plus que très rarement contraint à l'extirpation complète. Lazorthes, ayant traité 39 malades : 29 par un volet, avec 8 décès (mortalité de 27 p. 100) et 10 par des trous évacuateurs sans décès, est partisan de ce dernier procédé.

Puech indique que ses malades opérés à la phase de latence (14) ont tous survécu. Parmi ses 13 opérés à la période de complications, 4 sont morts; mortalité opératoire de 30 p. 100 sur cette dernière série et globale de 15 p. 100.

Valladares a eu 3 décès sur 16 opérés par la méthode de Fleming (évacuation par deux trous de trépan) : mortalité de 18 p. 100.

Résumé. — Les résultats obtenus dans 31 cas d'hématome sous-dural chronique sont exposés.

Actuellement (il en fut ainsi pour plus de la moitié des cas), l'E. E. G. et l'artériographie sont associés à la clinique pour le diagnostic.

Chaque guérison s'est accompagnée de la reprise d'une activité normale.

La technique opératoire est conditionnée par la constitution anatomo-pathologique de l'hématome :

Évacuation et drainage par 1 ou 2 trous de trépan de l'hématome à capsule mince (21 cas, avec 2 décès post-opératoires).

Si la coque d'hématome est épaisse, en particulier sa membrane interne accolée au cortex, empêchant la réexpansion de l'hémisphère comprimé, l'ablation aussi complète que possible de la coque d'hématome est effectuée par un large volet ostéoplastique (10 cas, dont 1 décès post-opératoire).

Le 2e temps important du traitement est la réduction du collapsus cérébral : les procédés classiques (regonflage ventriculaire et rachidien, perfusion intra-veineuse de sérum physiologique, position de Trendelenbourg) ont toujours complété l'une et l'autre méthodes opératoires.

En présence des complications possibles (collapsus ou récidive d'hématome), l'artériographie de contrôle est recommandée comme méthode offrant une appréciation directe de la situation du cortex par rapport à la voûte crânienne, guidant au besoin la thérapeutique contre le collapsus ou la récidive.

En outre, avec des états cliniques de guérison apparemment complète, (l'E. E. G. étant parfois lui-même normalisé) il persistait dans certains cas des déplacements artériographiques importants.

Ce qui conduisit à pratiquer l'artériographie de contrôle systématique et à considérer le but des interventions réellement atteint lorsque l'image artériographique (simple cliché de face) est à nouveau normale.

Références.

Browder Jefferson et Rabiner, A. M. — Regional Swelling of the Brain in subdural Hematoma. *Ann. Surg.*, **134**, 1951, 369.

Bull, J. W. D. — The radiological Diagnosis of chronic subdural Hæmatoma. *Proc. of the Royal Soc. of Med.*, XXXIII, 1940, 203-224.

Cohn, R. — Subdural Hematoma. An experimental Study. *Arch. Neurol. Psychiatr.*, Chicago, **59**, 1948, 360-367.

Coleman, C. C. — Chronic subdural Hematoma. *South Surg. Trans.*, **47**, 1935, 149-171.

Courjon, J., Bonnet, H. et Allegre, G. — Étude encéphalographique de 17 hématomes sous-duraux. *Revue Neurol.*, **83**, 6, 1950 609-612.

Divry, Christophe et Moreau. — Hématome sous-dural chronique. *J. Belge Neurol.*, **35**, 1935, 629-639.

Echlin, F. — Hématomes sous-duraux traumatiques aigus, subaigus et chroniques. Analyse de 70 cas opérés. *J. of Neurosurgery*, **6**, 4, 1949, 294-303.

Fleming, H. W. et Jones, O. W. Jr. — Chronic subdural Hæmatoma. Simple drainage as a Method of Treatment; report of eight cases. *Surg.*, **54**, 1932, 81-87.
Fontaine R. et Eck F. — Les difficultés de diagnostic de l'hématome sous-dural d'origine traumàtique. A propos de 5 observations personnelles. *Rev. Méd. Moyen-Orient*, **7**, 1946, 307-328.
Frazier, C. H. — The surgical Management of chronic subdural Hematoma. *Ann. Surg.*, **101**, 1935, 671-689.
Friedlander, W. J. — Les encéphalographies dans 39 cas d'hématome sous-duremérien prouvé chirurgicalement. *E. E. G. and Clinical neurophysiol.*, **3**, 1951, 1.
Grant, F. C. — Chronic subdural Hæmatoma. *J. A. M. A.*, **105**, 1935, 845-849.
Guillaume, J. et Œconomos. — Collapsus cérébral et hématomes sous-duraux. *Rev. Neurol.*, **84**, 2, 1951, 185-187.
Hanke, Hans. — Das subdurale Hämatom. *Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie*, **32**, 1, 1939, 1-174.
Heersema, P. H. et Freemann, J. G. — The importance of diagnosing chronic subdural Hematoma. *Med. Clin. N. Amer.*, **29**, 1945, 1042-1053.
Henschen, C. — Diagnostik und Operation der traumatischen Subduralblutung. *Arch. of klin. Chir.*, **99**, 1912, 67-107.
Henschen, C. — Zur Pathologie, Diagnostik und Therapie der « blutenden Dura » (Pachymeningosis et pachymeningitis hæmorragica interna). *Schw. Med. Wschr.*, **1**, 1930, 599.
Hoffmann, G. R. et Haene, A. de. — Quelques réflexions au sujet du diagnostic et du traitement de l'hématome chronique sous-dural. *Acta neurol. et psychiatrica Belgica*, **51**, 9, 596-601.
Horrax, G. et Poppen, J. L. — The frequency, recognition and treatment of chronic subdural hematomas. *New England J. Med.*, **216**, 1937, 381-385.
Huber, K. — L'hématome sous-dure-mérien chronique. *Wiener Med. Wschr.*, **100**, 1950, 33-34.
Ingraham, F. D. et Matson, D. D. — Subdural hematome in infancy. *J. Pediat.*, **24**, 1944, 1-37; *Advances in Pediatrics*, **4**, 1949, 231-263.
Israel, L. — Étude électroclinique de l'hématome sous-dural (d'après 33 cas). *Thèse de Strasbourg*, 1953, 77 p. et 13 fig.
Jacob, H. — Sur la genèse et l'expertise de la pachyméningite hémorragique interne. *Zbl. f. Neurochirurgie*, **10**, 1950, 5.
Krayenbuhl et Noto, G. G. — *Das intrakranielle subdurale Hämatom.* Un vol. 1751, in Samml. innere Méd. u. ihre Grenzgeb., 1949, fasc. 1, édit. Hans Huber, Berne.
Kunkel, P. A. et Dandy, W. E. — Subdural Hematoma. Diagnosis and Treatment. *Arch. Surg.*, **38**, 1939, 24.
La Londe, A. A. et Gardner, W. J. — Chronic subdural Hematoma. Expansion of compressed cerebral Hemisphere and relief of Hypotension by spinal Injection of physiologic saline Solution. *New Engl. Journ. of Med.*, **239**, 1948, 493-496.
Laine, Delecroix et Delacour. — Sur une série d'hématomes sous-duraux. *Lille Chirurgical*, **5**, 1950, 28.
Lazorthes, G., Geraud, J. et Anduze, H. — Hématomes sous-duraux chroniques de l'adulte. Choix de la technique et artériographie cérébrale. (D'après 40 cas opérés.) *Rev. Neurol.*, **81**, 10, 1949, 856-857.
Lecuire, J. et Levy, A. — Le diagnostic radiographique des hématomes sous-duraux (Valeur de l'angiographie). *J. de Radiol., d'Electrologie et Arch. d'Electr.*, **32**, nº 9-10, 1951, 823-826.
Leriche, R. — De l'hypotension post-traumatique du liquide céphalo-rachidien. *Rev. Neurol.*, **80**, 1948, 448-458.
Levy, L. L., Segerberg, L. H., Schmidt, R. P., Turrell, R. C. et Roseman, E. — The electroencephalogram in subdural Hematoma. *J. Neurosurgery*, IX, 1952, 588-598.
Link, K. — Sur la pathogénie de l'hématome subdural et de la pachyméningite hémorragique interne. *Zbl. f. Neurochirurgie*, **10**, 1950, 5.
Marsh, C., Hjartarson, G. D. et Courville, C. B. — The electroencephalographic findings in subdural hemorrhage and hematoma. Review of the literature and report of thirteen cases. *Bull. Los Angeles. Neurol. Soc.*, **14**, 1949, 163-181.
Martel, Th. de et Guillaume, J. — Les hématomes sous-duraux post-traumatiques. *J. Med. et Chir. prat.*, Février 1933.

Milletti, M. — La diagnosi arteriografica de Ematome subdurale. *Minerva Chirurgica*, an. **11**, 1947, 2.

Munro, D. — Cerebral subdural Hematomas. A study of three hundred and ten verified cases. *New Engl. J. Med.*, **227**, 1942, 87-95.

Okonek, G. — Rapport sur l'hématome subdural. *Zbl. f. Neurochirurgie*, **10**, 1950, 5.

Paillas, J. E. et Naquet, R. — Corrélations électro-anatomo-cliniques au cours des hématomes sous-duraux. *Rev. Neurol.*, **83**, 6, 1950, 602-608.

Paillas, J. E. et Piganiol, G. — Hématomes sous-duraux. *Marseille Chirurgical*, **2**, 1950, 1.

Peet, Max min. — *Extra-dural Hematoma. Subdural Hematoma. Subdural Hydroma in injuries of Skull, Brain and spinal Cord.* Brock's, 1943, ch. VII, 1 vol., Williams et Wilkins édit., Baltimore.

Peters, G. — Trauma et pachyméningite hémorragique interne. *Zbl. f. Neurochirurgie*, **10**, 1950, 5.

Puech, P., Bounes, G. C. et Luquet, P. — Les hématomes sous-duraux chroniques latents. Signes neuro-psychiques et étude E. E. G. *Ann. Med. Psych.*, **11**, 2, 1947, 158-165 et 165-174.

Puech, P., Guilly, P., Morice, J. et Brun, M. — Les principales formes de l'hypotension intra-crânienne. *Rev. Neurol.*, **80**, 6, 458-473.

Puech, P., Krebs, E. et Brunhes, J. — Collapsus des ventricules cérébraux dans les traumatismes crâniens. *Rev. Neurol.*, 1937, 6.

Puech, P., Brun, M., Lairy-Bounes, G. C., Morice, J., Perrin, J. — *Traumatismes crânio-cérébraux.* 1950, 1 vol., A. Legrand édit., 512 p., p. 72-75 et 337-354.

Putnam, T. J. et Cushing, H. — Chronic subdural Hematoma; its Pathology, its Relation to Pachymeningitis hemorragica and its surgical Treatment. *Arch. Surg.*, **11**, 1925, 329-393.

Rowbotham, G. F. — *Acute Injuries of the Head. Their Diagnosis, Treatment, Complications and Sequels.* E. et S. Livingstone Ltd., Edinburgh, 1949, 1 vol., 3e édition, 480 p.

Smith, G. W., Mosberg, W. H., Pfeil, E. T. et Oster, R. H. — The Electroencephalogram in subdural Hematoma. *J. Neurosurgery*, VII, 3, 1950, 207-218.

Sigwart, H. — La symptomatologie de l'hématome subdural. *Zbl. f. Neurochirurgie*, **10**, 1950, 5.

Sjaardema, H. et Glaser, M. A. — The electro-encephalographic Diagnosis of subdural Hemorrhage. *Ann. Surg.*, **116**, 1942, 452-460.

Sullivan, J. F., Abbott, J. A. et Schwab, R. S. — L'électroencéphalogramme dans les cas d'hématome sous-dure-mérien et d'hydroma. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, **3**, 1951, 2.

Thiebaut, F., David, M. et Guillaumat. — Hématome sous-dural droit post-traumatique. *Rev. Neurol.*, nº 5, 1936.

Thiebaut, F., Rohmer, F. et Israel, L. — Corrélations cliniques et électroencéphalographiques dans 15 cas d'hématomes sous-duraux. Réun. neuro-chir. Strasbourg, 9 nov. 1951. Résumé in : *La Sem. Hôp. Paris*, **28**, 13, 1952, 533.

Thurel, R. — Considérations sur l'hématome sous-dural traumatique. Soc Neuro-Chir. Langue franç., 2 déc. 1952, in *Rev. Neurol.*, **87,** 6, 1952, 583-585.

Trotter, W. — Chronic subdural Hæmorrhage of traumatic Origin, and its Relation to Pachymeningitis hæmorrhagica interna. *Brit. J. Surg.*, **2**, 1914, 271-291.

Valladares, H. et Valladares, H. — L'hématome sous-dural. *Arch. de la Soc. Chir. de Hosp. Santiago, Chile*, XIV, 3, 1946, 570-577.

Vincent, Cl. — A propos des hématomes sous-duraux et de la pachyméningite hémorragique. *Rev. Neurol.*, **2**, 1934, 107-114.

Vincent, Cl. — Sur le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux, des hématomes intra-duraux en particulier. *Ann. de Méd.*, **42**, 1, 1937, 37-49.

Voris, H. C. — Subdural Hematoma. *J. A. M. A.*, **132**, 1946, 686-692.

Wepler, W. — Sur la pathogénie de la pachyméningite hémorragique. *Zbl. f. Neurochir.*, **10**, 1950, 5.

Wertheimer, P., Courjon et Allegre, G. E. — Étude clinique et encéphalographique, comparée de 17 hématomes sous-duraux. Soc. Neuro. chir. Langue Franç., 5-6 Déc. 1950, in *Rev. Neurol.*, 1951, 370.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

A. Valentino (Pavie). — **Singulier cas de stéatonécrose sous-cutanée multiple** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **76**, fasc. 1, 1953, p. 49-68).

L'auteur rapporte en détail, l'histoire (peut-être unique) d'une religieuse missionnaire de 39 ans. Elle subit, en 1941, une hystérectomie pour métrite (?). Cette même année, elle eut une contusion du sein droit. Quelques mois après apparut un syndrome caractérisé par sensation de malaise, asthénie, aboulie, et au niveau du sein droit apparaissent de violentes douleurs. On n'a jamais constaté de fièvre.

On porte le diagnostic de cancer et on procède à l'amputation du sein droit. Des noyaux douloureux s'étant développés dans l'aisselle, on procède à leur ablation, et on institue un traitement radiothérapique. Répit de 2 ans soit jusqu'en Septembre 1944, époque à laquelle on ampute le sein gauche, pensant à un cancer.

Dès ce moment la maladie se caractérise par l'apparition de noyaux qui ont frappé toutes les parties du corps sauf le visage et le cou. Tous les 2 ou 3 mois se forment une ou plusieurs tuméfactions du volume d'une noisette, qui augmentent de volume jusqu'à atteindre en quelques jours celui d'une orange, douloureuses spontanément et à la palpation. Les douleurs s'accroissent et exigent l'emploi de la morphine. Les symptômes généraux sont ceux décrits plus haut. Aucune de ces tumeurs ne s'est résorbée. Toutes ont du être enlevées, et seule l'opération entraîna la disparition des douleurs (une cinquantaine d'interventions au total).

La tumeur est toujours adhérente à la peau, parfois aux plans profonds. Celle-là devient rouge, luisante, jusqu'à formation d'une escharre noire, sèche, à l'emporte-pièce.

Les nombreux examens histologiques montrent des variations des éléments cellulaires en rapport avec le stade d'évolution des foyers de stéatonécrose.

Dans les zones de nécrose : structure alvéolaire, des travées de tissu de réaction histiocytaire délimitent les aires de cellules graisseuses.

On a constamment découvert les « cellules mousseuses » macrophages pour les uns, lipoplastes pour les autres.

L'auteur expose les diverses étiologies invoquées et dans le cas présent estime « qu'un facteur prédisposant neuro-endocrinien ou métabolique doit nécessairement être invoqué ». Le « facteur traumatique » peut être considéré comme le premier moment étio-pathogénique efficient dans le déterminisme de l'affection.

J. Assali.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

A. Saita (Caltanisetta). — **La thérapie tissulaire placentaire en chirurgie** (*La Riforma Medica.*, an. **67**, n° 16, 18 Avril 1953, p. 436-441).

Ce travail repose sur l'étude de 32 observations portant : dans 9 cas, d'arthrites et l'arthroses, toutes améliorées; 4 ostéomyélites et ostéopériostites avec 25 p. 100 de guérisons et 75 p. 100 d'améliorations; 7 plaies torpides toutes guéries; 2 ulcères tro-

phiques dont 1 fut guéri et l'autre amélioré; 2 cas de maladie de Buerger toutes 2 améliorées; 1 fistule intestinale guérie; 1 fistule biliaire guérie; 2 fistules vésicales améliorées; 3 névralgies améliorées et enfin 1 cas d'épilepsie post-traumatique améliorée.

Le matériel utilisé fut soit le placenta simple, soit le placenta avec amnios.

La greffe fut faite soit *in situ*, soit à distance dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale.

OLIVIERI.

M. Derot, J. Bernard et **R. Touraine.** — **Anurie post-transfusionnelle chez un opéré. Dialyse péritonéale malgré la laparotomie. Guérison** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, n° 32-33, 28 Nov. 1952, p. 1227-1230).

Cette observation mérite d'être signalée parce que, dans ses précédentes publications, M. D. jugeait que la dialyse péritonéale ne pouvait pas être pratiquée chez des sujets ayant subi une intervention abdominale; or, il s'agit ici d'un homme opéré de gastrectomie, atteint d'anurie post-transfusionnelle, et que la dialyse péritonéale paraît avoir tiré d'une situation apparemment désespérée.

Devant subir une gastrectomie, cet homme avait été groupé et considéré comme A Rh+. Une transfusion per-opératoire avait été faite; à la fin de l'intervention une cyanose avec grands frissons se produit; la transfusion est interrompue aussitôt, mais le flacon de sang était déjà presque vidé.

Le soir, la température monte à 39°. On fait une injection de 45-60. Les deux jours suivants sont normaux avec une diurèse au-dessus de 500 cm³. Mais le 4e jour, la diurèse diminue, l'agitation apparaît avec soif très vive, langue sèche et hoquet. On dose l'azotémie; elle est à 10 g/l.

Lorsque le malade arrive dans le service de néphrologie, il est à demi inconscient, la langue est rôtie, le hoquet incessant; il vomit; il y a un bruit de galop cardiaque et une tension à 18-10.

On refait le groupe sanguin; l'opéré est en réalité du groupe B Rh+. Le diagnostic de néphrite post-transfusionnelle est donc certain.

L'état du malade est tel que l'exsanguino-transfusion, un moment envisagée, apparaît impossible.

Le jour suivant, l'opéré paraît moribond, il est dans le coma avec des phases d'agitation, le faciès est rouge violacé, un givre d'urée saupoudre les sourcils et les joues.

La dialyse péritonéale paraît être la seule manière d'éliminer une quantité importante d'urée, et sans doute aussi de potassium (La recherche de cet élément ayant paru montrer qu'il était très augmenté).

Pour cette dernière raison, on utilise pour la perfusion une solution ne contenant ni potassium ni magnésium; on en fait passer 24 l en 12 h. Ce liquide fuit en partie par la cicatrice abdominale distendue. Le liquide de dialyse recueilli contient plus de 3 d'urée par litre et on peut donc apprécier la quantité éliminée à 60-70 g. De fait, le lendemain, l'urée est descendue à 5 g/l, et la kaliémie est normale. La diurèse s'établit à 2 l. L'état cardio-vasculaire, moins alarmant, permet une exsanguino-transfusion et le malade guérit. Il a été revu plusieurs mois plus tard sans séquelles rénales.

Cette observation démontre que la dialyse péritonéale est possible même chez des opérés abdominaux. Elle montre que le choc transfusionnel peut facilement passer inaperçu au cours de l'anesthésie. Elle montre aussi que, avec une diurèse appréciable (1/2 l/jour), l'urée peut atteindre des chiffres considérables dans la phase de catabolisme azoté post-opératoire. D'après les auteurs, ce catabolisme pourrait avoir été aggravé par l'action du 45-60.

Enfin, elle paraît indiquer le rôle joué par l'hyperkaliémie, malgré l'absence des signes classiques de cette intoxication.

P. MOULONGUET.

M. Derot, R. Touraine, J. Bernard et **G. Thin.** — **Anurie « post abortum » avec contracture simulant un tétanos splanchnique. Rôle probable de l'hyperkaliémie**

(*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **68**, n° 32-33, 28 Nov. 1952, p. 1236-1239).

Un cas d'anurie post abortum s'est accompagné d'un syndrome de contracture de l'extrémité céphalique qui simulait un tétanos splanchnique.

Une femme de 29 ans fait un avortement provoqué, suivi d'un état de septicémie avec température à 41°. Un ictère apparaît quelques heures plus tard avec oligurie. 9 jours plus tard seulement, un curettage est pratiqué. Le 11e jour, la malade est très obnubilée, avec de gros troubles du rythme et une hypertonie musculaire avec catatonie. Mais le signe le plus frappant est un trismus.

La malade, lorsqu'elle entre dans le service de néphrologie, 13 jours après sa fausse couche, est dans le coma avec trismus et dysphagie. La diurèse est d'environ 200 cm³. Les examens de laboratoire montrent une urée à près de 5 g et une hyperkaliémie de 9,2 mEq.

Une dialyse péritonéale est installée : 25 l en 12 h avec un liquide sans potassium. L'élimination ainsi réalisée est de 3,50 g d'urée par litre.

Le lendemain, le trismus a disparu ainsi que le coma. La guérison est rapide malgré une asthénie importante. La diurèse se rétablit. Le taux du potassium redevient normal.

Le diagnostic a été difficile avec un tétanos splanchnique fébrile. Les auteurs se basent sur le fait que le trismus n'était pas absolument invincible, ni les contractures musculaires douloureuses. Et ils pensent que ces signes musculaires étaient dus au trouble humoral, et spécialement à l'hyperkaliémie. Ils ne sont cependant pas formels sur cette relation pathogénique.

P. Moulonguet.

APPAREIL LOCOMOTEUR

H. Waskönig (Kiel). — **Sur 100 cas d'ostéomyélite hématogène aiguë, traités par la pénicilline** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **78**, n° 10, 6 Mars 1953, p. 327-330).

L'introduction de la pénicilline en Allemagne a modifié du tout au tout les résultats du traitement de l'ostéomyélite aiguë, dont la mortalité, malgré les sulfamides, restait autour de 10 à 22 p. 100.

L'auteur a traité dans les 5 dernières années 100 cas, sans un décès. Il ponctionne l'abcès, et injecte dans sa cavité 100 à 200 000 unités de pénicilline; ponction et injections sont répétées dans les jours ou semaines qui suivent (jusqu'à 6 fois); le staphylocoque doré hémolytique disparaît dès les premières injections.

En même temps qu'il augmentait (selon ses moyens) la dose injectée *in situ* de 25 à 200 000 unités, les doses utilisées en injections parentérales étaient portées de 100 à 800 000 unités suivant la gravité des cas et l'âge du sujet, jusqu'à disparition des manifestations aiguës et sédation de la fièvre depuis 10 à 15 jours. La dose totale moyenne employée est de 13,5 millions d'unités.

Le membre est évidemment immobilisé dans le plâtre.

W. a suivi avec soin l'effet du traitement sur les clichés radiographiques. On sait que les lésions osseuses n'apparaissent guère avant le 10e jour. Sur 100 cas, 21 clichés étaient positifs au cours de la seconde semaine; 10 fois l'évolution s'est faite vers la séquestration, 8 fois vers la destruction osseuse. 79 clichés restaient négatifs au cours de la 2e semaine, 4 fois l'évolution s'est faite vers la séquestration, 9 fois vers la destruction. Encore convient-il de remarquer que les résultats se sont montrés meilleurs au cours des dernières années, grâce à l'emploi des doses fortes.

La multiplicité des foyers osseux est un facteur connu d'aggravation du pronostic; elle n'a cependant entraîné aucun décès dans la statistique de l'auteur. 22 cas d'arthrite purulente de voisinage ont guéri.

En même temps que le passage à la chronicité, le danger de récidive est vaincu. W. n'en a observé que 7 cas à l'époque des petits dosages.

Au total, sur 100 cas : 22 p. 100 de guérisons sans lésions osseuses radiologiques 47 p. 100 de guérisons avec lésions osseuses discrètes, soit 69 p. 100 de guérisons 31 p. 100 de lésions osseuses ou de récidives; mortalité 0 p. 100.

Tous chiffres que la comparaison avec une statistique ancienne rend particuliè rement éloquents.

GUEULLETTE.

Di Battista (Torremaggiore). — **Sur 2 cas de kyste hydatique des os** (*La Riforma Medica*, an. **66**, n° 40, 4 Oct. 1952, p. 1074-1079).

Un homme de 27 ans présente les signes d'une fracture atypique de l'extrémité inf rieure de l'humérus; malgré la négativité de la réaction de Casoni et l'absence d'éos nophilie, on intervient avec le diagnostic de kyste hydatique. L'os trépané, on ramèn de nombreuses vésicules; large curettage de la cavité osseuse, méchage suivi de gu rison, contrôlée radiologiquement à 15 mois de distance.

Un homme de 35 ans, sans antécédents, est vu pour une grosse tuméfaction siégea aux environs de l'articulation sacro-iliaque droite. Cet abcès ouvert donne issue da les jours suivants à de nombreuses vésicules filles. La radio montre que l'os iliaque e détruit sur une vaste zone comprenant l'articulation sacro-iliaque : la tête fémora est le siège d'un processus nécrotique, on fit une large résection de toute la part malade avec ablation de sequestres, curettage du foyer et de l'os. La guérison fut ai obtenue. Dans ce cas, l'échinococcose se présentait comme une inflammation aig avec fièvre élevée.

OLIVIERI.

A. Trillat. — **Ostéotomies diaphysaires de sécurité sans ostéosynthèse métalliq** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **39**, n° 2. Avri Juin 1953, p. 182-193, avec 7 fig.).

T. étudie sous le nom d'*ostéotomie de sécurité* une taille spéciale des extrémités osseus évitant la possibilité de tout déplacement; il envisage seulement les ostéotomies de tinées à corriger une déformation de l'os.

Les ostéotomies à surface de section plane, telles que celle de Mac Ewen, sont sou vent suivies de déplacement des fragments; elles ont, d'autre part, l'inconvénient d'e traîner un retard de consolidation.

L'ostéosynthèse métallique pratiquée après ostéotomie n'évite pas le retard de cons lidation.

Aussi T. recommande-t-il soit l'ostéotomie *en chevron*, soit l'*ostéotomie-ostéoclasie deux temps*. Dans un premier temps, on pratique une hémisection de l'os et l'on comb la brèche avec des copeaux osseux. Lorsque l'hémical est apte à assurer la contenti des fragments, on sectionne totalement l'os restant et on corrige l'angulation.

Une autre technique d'ostéotomie-ostéoclasie due à Moore consiste à sectionn presque entièrement l'os long à l'endroit de la déformation maxima et à complét ultérieurement (de 20 à 30 jours plus tard) l'ostéotomie par une ostéoclasie manuel

T. décrit enfin une technique d'*ostéotomie lamellaire* plus compliquée qui lui a fou dans un cas un beau succès.

ALBERT MOUCHET.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

Giovanni Marcozzi (Rome). — **Technique originale d'artériographie donnant l'app rence du relief** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° Déc. 1952, p. 834-837, avec 3 fig.).

Il s'agit en fait d'un artifice très classique de reproduction des films radiographiq qui consiste à photographier l'un sur l'autre le positif et le négatif, très légèrem

décalés dans le sens de la hauteur et dans le sens transversal ce qui donne sur l'épreuve une impression de relief particulièrement intéressante pour la lecture des fines branches artériolaires et permettant également dans une certaine mesure d'apprécier la différence de plans des vaisseaux injectés.

MARCEL ROUX.

Gerald H. Pratt. — **Traitement chirurgical des anévrysmes artériels** (*Angiology*, vol. **3**, n° 6, Déc. 1952, p. 461).

L'auteur passe en revue les différents procédés de traitement chirurgical des anévrysmes artériels. Après un rappel des procédés classiques, excision suivie d'anastomose termino-terminale, ou de suture latérale, il en vient à étudier les procédés plus modernes que sont l'excision de l'anévrysme suivie de greffe artérielle ou veineuse, l'endo-anévrysmorraphie à la façon de Matas, suivie d'une greffe musculaire à l'intérieur du sac anévrysmal, de façon à supprimer la cavité close, l'irritation péri-anévrysmale par enroulement de l'anévrysme à la cellophane-polythène, l'enroulement intra-sacculaire d'un fil métallique avec ou sans électro-coagulation. Il termine en rappelant deux procédés plus originaux : l'anastomose artério-veineuse termino-terminale en aval de l'anévrysme, proposée par Babcock, qui vise à faire baisser la pression à l'intérieur de l'anévrysme, opération utilisée dans les anévrysmes thoraciques et abdominaux, technique à laquelle Babcock a recours dans 7 p. 100 des cas. Enfin, il est possible d'enrouler simplement un anévrysme abdominal aortique dans un tissu à mailles métalliques fines pour renforcer le sac, en prévenir l'augmentation de volume et éventuellement la rupture.

LUCIEN LEGER.

Bernardo Milanes, Rodrigo Bustamante, Roberto Guerra, Armando Nunez Nunez, Alfredo L. Hernandez, Eliseo Perez-Stable, Jorge McCook et **Juan Rodriguez Inigo.** — **Obstruction chronique de l'aorte abdominale** (*Angiology*, vol. **3**, n° 6, Déc. 1952, p. 472).

Revue générale du syndrome de Leriche, à propos de 30 observations recueillies en 4 ans, ce qui prouve la fréquence de l'affection.

Cette affection se rencontre surtout chez l'homme, cependant 5 cas féminins sont rapportés. Le tableau clinique est très particulier. Néanmoins, l'obstruction bilatérale des artères iliaques est susceptible de réaliser un tableau clinique très voisin. L'aortographie est essentielle au diagnostic et permet surtout d'étudier la circulation collatérale.

Le traitement médical et la sympathectomie sont peu efficaces, aussi est-ce à l'endariectomie et à la greffe vasculaire qu'il faut recourir si l'on veut espérer avoir quelque chance de succès.

LUCIEN LEGER.

James W. Hendrick et **Ernest G. Guy** (San Antonio, Texas). — **Résultats des sympathectomies pour troubles vasculaires périphériques. Étude des cas portant sur une durée de 15 ans** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° 5, Nov. 1952, p. 668-684, avec 8 fig.).

Cette étude concerne un ensemble de 198 malades traités pour des affections vasculaires périphériques diverses pendant une période de 15 années et dont 85 p. 100 ont été régulièrement suivis.

Envisageant successivement les résultats de la sympathectomie dans les différents syndromes où elle fut appliquée, les auteurs concluent que :

Dans la *thrombo-angéite oblitérante*, ou maladie de Buerger, la sympathectomie ne doit jamais être employée au stade aigu ou subaigu de la maladie car elle peut précipiter l'apparition de la gangrène. Dans les cas chroniques la sympathectomie qui doit toujours être précédée d'un test de blocage novocaïnique de la chaîne lombaire peut permettre de limiter l'étendue des amputations. Chez 40 sujets traités à ce stade, 28 tirèrent grand bénéfice de l'opération; 8 cas furent seulement améliorés.

Dans la *maladie de Raynaud* dont les auteurs ont réuni 14 observations, les résultats furent jugés excellents 10 fois; il y eut 3 améliorations.

Chez les sujets atteints d'*artério-sclérose oblitérante* la symphatectomie est d'effet à peu près décisif lorsque la maladie est traitée à un stade de début. Les résultats sont encore favorables lorsqu'il n'existe encore que des troubles trophiques de la peau, des ongles ou de la cyanose, mais chaque fois qu'il existe des ulcérations ou de la gangrène des doigts, l'indication doit être très soigneusement pesée, car l'intervention peut aggraver la maladie. En tout cas la sympathectomie ne sera jamais entreprise avant d'avoir éprouvé l'action d'un blocage novocaïnique de la chaîne lombaire ou du nerf tibial postérieur.

Dans les *troubles causalgiques* la sympathectomie a donné 14 résultats excellents pour un ensemble de 22 malades.

Dans les *œdèmes post-phlébitiques*, la sympathectomie a souvent un effet remarquable sur l'élément douloureux mais l'effet sur l'œdème est généralement moins apparent et cette intervention doit être complétée par d'autres actes chirurgicaux.

Sur 8 cas d'*hyperhidrose* traités par la sympathectomie le résultat fut toujours excellent.

Dans les *gelures* la sympathectomie ne doit intervenir, comme dans la maladie de Buerger, qu'à un stade tardif de stabilisation des lésions.

La sympathectomie lombaire a encore amélioré 3 malades sur 5 qui présentaient des troubles de *spasmes vasculaires post-poliomyélitiques* mais la sympathectomie est sans effet sur la paralysie motrice.

Dans les cas d'*occlusion artérielle aiguë* dont 3 observations sont sommairement rapportées, 2 concernant un spasme d'origine traumatique, la 3e une embolie artérielle de la bifurcation de l'artère poplitée, les infiltrations du sympathique lombaire ont permis d'éviter les accidents de gangrène.

Notons pour terminer notre surprise, dans cet article de 15 pages comportant une bibliographie, de n'avoir pas trouvé seulement cité le nom de M. Leriche.

MARCEL ROUX.

Franck d'Abreu (Hôpital de Westminster). — **Chirurgie dans l'hypertension grave** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 24, 13 Juin 1953, p. 1164-1169, avec 7 fig.).

Étude de 106 cas personnels de sympathectomie lombo-dorsale bilatérale pour hypertension grave auxquels il convient d'ajouter 3 cas où la sympathectomie fut seulement unilatérale.

Il y eut en tout 5 décès post-opératoires, 2 par hémorragie cérébrale, avant que l'on ait entrepris le second temps, 2 du fait d'une hémorragie locale chez des malades qui n'avaient pas été drainés, le 5e cas par hypotension prolongée chez 1 malade où un dérivé du méthonium avait été employé par l'anesthésiste.

L'intervention pratiquée a été l'opération type de Smithwick avec l'ablation systématique aussi complète que possible du ganglion cœliaque.

Dans l'ensemble l'auteur se dit très satisfait des résultats de l'opération. S'il compare les résultats après 5 ans du seul traitement médical et du traitement chirurgical, il trouve 50 p. 100 de survies chez les malades traités chirurgicalement et 0 p. 100 pour les malades traités médicalement.

L'auteur apporte d'autre part les observations de 3 femmes qui furent opérées d'hypertension artérielle d'un degré assez sévère et qui purent mener à terme leur grossesse sans aucun incident d'ordre vasculaire ou obstétrical.

MARCEL ROUX.

A. R. Albanese et **J. Salzman.** — **Chirurgie de l'hypertension portale. Résultats de 11 anastomoses vasculaires** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **40**, n° 14, 3 Avril 1953, p. 812-813).

Courte statistique, comprenant 4 anastomoses porto-caves latéro-latérales avec 1 décès par insuffisance hépatique et 3 guérisons; 1 anastomose termino-latérale dans un syn

drome ascitique sans amélioration notable et décès 1 an plus tard; 2 anastomoses porto-caves avec greffe de veine fémorale (1 guérison, 1 cas avec répétition des hémorragies); 4 anastomoses spléno-rénales avec 1 mort dans l'année, 2 récidives et 2 guérisons.

Les morts sont survenues soit par l'évolution de la maladie, soit par sténose de l'anastomose.

Ces résultats autorisent les auteurs à préférer l'anastomose porto-cave latéro-latérale.

G. Menegaux.

NERFS

D. Manfredi et **C. D'Angelo** (Rome). — **Contribution à l'étude histologique des ganglions sympathiques lombaires dans les artérites des membres inférieurs** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **76**, fasc. 1, 1953, p. 37-47).

Les auteurs ont examiné 24 chaînes sympathiques lombaires.

Le syndrome d'artérite évoluait depuis un temps variant entre 1 mois et 12 ans. 7 malades présentaient des phénomènes de gangrène.

L'âge des malades s'échelonnait entre 28 et 60 ans.

Les lésions constatées variaient seulement par leur intensité d'un sujet à un autre :

a) La capsule est généralement épaissie, elle envoie de grosses travées conjonctives dans le parenchyme, et présente des faisceaux de dégénérescence hyaline;

b) Les vaisseaux petits et moyens sont épaissis. Les vaisseaux plus grands ont une paroi dans laquelle on ne distingue plus les diverses tuniques, par métamorphose hyaline. Parfois on note une élastose évidente.

La lumière est toujours réduite, parfois oblitérée. L'endothélium montre une prolifération évidente. Il est pluristratifié.

On observe rarement une prolifération de l'adventice.

c) Les cellules ganglionnaires présentent des altérations de types divers : désintégration granulaire, vacuoles, aspect mousseux du protoplasme avec neuronophagie.

Le ganglion sympathique se montre donc atteint dans tous ses éléments constitutifs, mais l'altération la plus courante et la plus évidente est celle des vaisseaux, en tout semblable à celle des vaisseaux périphériques.

Il n'y a aucun parallélisme entre l'âge des malades, la durée de la maladie et la gravité des lésions histologiques.

Celles-ci ne sont que l'expression d'une maladie vasculaire généralisée, et ne peuvent que l'aggraver, en troublant la fonction des ganglions sympathiques.

J. Assali.

COU

J. J. Conley (New-York). — **Greffe veineuse autogène libre entre les artères carotides primitive et interne dans le traitement des tumeurs du cou** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 2, Fév. 1953, p. 205-214, avec 7 fig.).

C. étudie l'utilisation d'un greffon veineux libre, pris sur le malade lui-même, pour permettre d'éviter ou de faire disparaître rapidement les graves accidents cérébraux dus à la résection de la terminaison de la carotide primitive et de l'origine de la carotide interne, lorsqu'elle devient nécessaire dans la chirurgie des tumeurs du cou.

Le greffon veineux peut être pris sur la veine fémorale superficielle, et aussi sur la saphène interne, lorsque son diamètre approche de 7 mm. Ce greffon doit être prélevé avec de grandes précautions pour lui éviter tout traumatisme. Il devra avoir 1 ou 2 cm de plus que la longueur d'artère à remplacer. Il sera lavé intérieurement avec une solution d'héparine. Après résection de l'artère entre deux clamps, les extré-

mités du greffon seront suturées, avec de la soie vaselinée, aux deux bouts de l'artère. Il est évident que la prise du greffon sera d'autant meilleure, que les tissus, où il sera placé, seront plus dénués d'éléments infectieux ou cancéreux. De même la peau qui le recouvrira devra être de bonne qualité. L'usage d'anticoagulants à son niveau ne peut qu'être utile.

C. rapporte 11 observations de malades traités par cette méthode, pour des affections diverses.

3 d'entre eux, non infectés, et non irradiés antérieurement, guérirent simplement et sont encore vivants. Un autre, probablement infecté par son cancer, mourut après 5 mois d'une occlusion de la coronaire; un autre, 3 mois plus tard de métastases généralisées. Et un, bien qu'infecté et largement irradié, est encore vivant et bien portant.

Enfin 5 malades qui avaient été irradiés pour cancer, et avaient de la nécrose de tissus, moururent dans les 2 semaines qui suivirent l'opération.

Il est à noter que dans 2 cas l'hémiplégie, qui existait avant l'opération, disparut après la mise en place du greffon. Elle reparut chez l'un d'eux quelques jours avant son décès.

M. Guimbellot.

BRONCHES

W. Weisel et **R. J. Jake** (Milwaukee). — **Anastomose de la bronche droite à la trachée 46 jours après rupture complète de la bronche par traumatisme extérieur** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 2, Fév. 1953, p. 220-227, avec 8 fig.).

Un homme de 32 ans eut, au cours d'un accident d'automobile, en même temps qu'une fracture du cotyle droit, des fractures des 2e, 3e, 4e, 5e et 6e côtes droites avec hémo-pneumothorax, et des fractures des 2e, 3e et 4e côtes gauches. 2 jours plus tard on fit une thoracotomie droite pour évacuer l'hémothorax et quelques fragments de côtes. Après 18 jours le bronchoscope ne permit pas de retrouver l'orifice de la bronche droite.

Un traitement médical ayant remonté l'état général gravement atteint, le blessé fut réopéré, 46 jours après l'accident, par une thoracotomie postéro-latérale droite. Après avoir vidé un empyème pleural, la plèvre fut décortiquée et le poumon fut trouvé réduit à une masse de 6 cm de diamètre, plaquée contre le péricarde. L'extrémité inférieure de la trachée fut isolée, et présentait du tissu de cicatrice au niveau de l'ancien orifice de la bronche droite. Cette dernière, distante de la trachée de 6,5 cm, était rétractée dans le hile et oblitérée. L'artère et les veines pulmonaires étaient intactes.

L'extrémité de la bronche fut débarrassée du tissu cicatriciel qui l'obstruait, et une aspiration débarrassa le poumon droit d'un liquide mucoïde noirâtre. Après quoi une insufflation par l'orifice bronchique permit de redilater le poumon droit. La cicatrice trachéale ayant été excisée, on put anastomoser directement l'extrémité de la bronche droite à son ancien orifice trachéal. Une sonde endo-trachéale, pénétrant dans la bronche droite à travers l'anastomose, fut laissée en place, et servit à une aspiration discontinue; elle fut enlevée le 4e jour.

Le malade guérit et les mois suivants, des études fonctionnelles, bronchoscopique, bronchographique, etc., montrèrent un résultat très satisfaisant avec fonctionnement du poumon droit.

M. Guimbellot.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

M. Richard (Rorschach). — **Réflexions à propos de 7 000 opérations pour goitre** (*Helvetica chirurgica Acta*, Bâle, **20**, n° 1, Mars 1953, p. 16-36).

R. apporte à la question cette importante contribution s'étendant sur 22 années

d'observations de goitres de toute espèce. De ce nombre, il faut retenir 5 406 goitres simples (parenchymateux ou nodulaires) pour seulement 139 Basedow et 429 goitres récidivés.

R. passe en revue la pathogénie, l'histologie, les manifestations cliniques du goitre, à la lumière de sa riche documentation. Il considère que les facteurs pathologiques sont actuellement assez connus pour permettre une prophylaxie efficace. A son avis on ne doit pas opérer un goitre sans instituer une prophylaxie contre les récidives. Rien que le traitement iodé permet de réduire de 50 p. 100 les chances de récidive. Combiné au thiouracil, il améliore le pronostic au point d'avoir une mortalité à peu près égale pour les goitres simples ou les Basedow et hyperthyréoses.

Dans l'ensemble R. a eu 21 morts sur ses 7 000 opérés. Parmi les complications mortelles il en signale 2 par embolie gazeuse sur 7 cas observés de cet accident ainsi que 2 par œdème de la glotte. Comme anesthésique, il a d'abord employé l'avertine (les 370 premiers cas) puis la locale avec anesthésie de base au pentothal.

M. Deniker.

I. Macdonald et **P. Kotin** (Los Angeles). — **Traitement chirurgical du cancer papillaire de la glande thyroïde. Cas pour la thyroïdectomie totale** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 2, Fév. 1953, p. 156-164, avec 6 fig.).

L'adéno-carcinome papillaire de la thyroïde est le plus fréquent des cancers de cette glande (environ la moitié des cas). Il présente une prédilection pour envoyer des métastases régionales (ganglions cervicaux); il y reste souvent localisé pendant de longues périodes (5 à 25 ans), avant l'apparition des métastases à grande distance (os ou poumons). Il contraste sous ce rapport avec les autres formes de cancer thyroïdien.

Il en résulte que l'absence de récidives après 5 ans ne doit pas faire conclure à la guérison définitive.

D'autre part, la présence d'un nodule isolé sur un lobe thyroïdien s'accompagne assez souvent de la présence d'un noyau occulte (qui est fréquemment d'ailleurs le noyau primitif), dans l'autre lobe, et de ganglions envahis autour de ce second lobe.

Aussi l'ablation chirurgicale d'un nodule thyroïdien, doit toujours être accompagnée de l'examen histologique, extemporané, sur coupes congelées, ou tout au moins, dans les tout premiers jours. Si cet examen montre la présence d'éléments cancéreux, même si on ne sent rien d'anormal dans le lobe opposé, il faut faire une thyroïdectomie totale, avec ablation de tous les ganglions de la zone comprise entre les deux jugulaires internes.

Dans le même hôpital, M. et K. ont observé 36 cas de cancers thyroïdiens, dont 23 carcinomes papillaires (64 p. 100). Ils en résument 4 observations, concernant des sujets assez jeunes, 27, 27, 48 et 30 ans (ce qui est fréquent d'ailleurs) et chez lesquels un nodule unilatéral s'accompagnait d'un envahissement occulte du lobe et de ganglions du côté opposé.

M. Guimbellot.

ŒSOPHAGE

Anders Thornval (Copenhague). — **Épingle de sûreté ouverte dans l'œsophage** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 279-283, avec 2 fig.).

L'auteur décrit un double œsophagoscope permettant d'extraire les épingles de sûreté ouvertes et fixées dans l'œsophage.

Dans 7 cas, l'extraction fut obtenue. Dans 2 autres cas l'épingle fut refoulée dans l'estomac (dans 1 cas elle fut extraite par gastrotomie; dans un autre cas elle fut évacuée par l'anus le 30e jour).

Métivet.

David Adler et **Denis Fuller** (Johannesburg). — **18 cas de perforation traumatiqu de l'œsophage** (*South Africa Medical Journal*, vol. **27**, nº 9, 28 Février 1953, p. 173 182).

Les auteurs ont pour but de discriminer la meilleure méthode thérapeutique : inter vention ou abstention sous couvert des médications antibiotiques.

Après avoir envisagé les signes cliniques des perforations et leurs causes, le plus sou vent instrumentales, les auteurs exposent les traitements préconisés et mis en œuvre Le traitement médical a donné 4 guérisons et 3 décès : l'intervention 7 guérisons e 4 décès.

L'opération a consisté en drainage cervical ou médiastinal, extra- ou intra-pleura (2 succès) : la gastrostomie a été complémentaire dans 1 cas, exclusive de tout autr traitement dans un autre (2 guérisons).

Les résultats globaux comportent 6 morts et 12 succès; il est à remarquer que le 9 malades traités « en ville » comportent 1 seul décès.

Selon le siège, 8 perforations cervicales donnent 8 succès, 5 perforations médio-th raciques 2 morts et 5 perforations basses 3 morts.

HENRI REDON.

J. Badosa Gaspar et **O. Lopez F. Boado** (Madrid). — **Léiomyosarcome de l'œso phage** (*Revista Española de las Enfermedades del Aparato digestivo y de Nutricion*, t. **12**, nº 2, Mars-Avril 1953, p. 173-183).

Ce travail a trait à une lésion très rare de l'œsophage, puisque les auteurs n'ont p trouver que 6 cas analogues au leur dans la littérature.

L'homme qu'ils ont observé, âgé de 47 ans, présentait une dysphagie douloureu depuis 6 mois. L'examen radiologique révèle une sténose œsophagienne à la part moyenne, avec image lacunaire de contour ovoïde, paraissant bien limitée et liss L'œsophagoscopie confirme l'existence d'une masse proéminente située à 28 cm d incisives; la muqueuse paraît conservée. L'examen histologique de la biopsie obtenu est négatif.

Par laparotomie médiane transrectale gauche (qui est négative), puis par thor cotomie droite, on réalise une œsophagectomie partielle du cardia jusqu'au-dessu de la tumeur. On termine par une œso-gastrostomie termino-latérale. Suites opér toires très mouvementées et décès d'insuffisance cardiaque le 6e jour.

Histologiquement, il s'agissait d'un léiomyosarcome. Il paraissait développé au dépens de la muscularis mucosæ; et il respectait la muqueuse et la musculeuse.

G. MENEGAUX.

G. Marcozzi (Rome). — **Œsophagoplasties expérimentales avec tubes aortiqu** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **30**, fasc. 3, Mars 1953, p. 235-255).

Après avoir rappelé les divers procédés d'œsophagoplastie anciens et moderne l'auteur expose le résultat de ses recherches sur 15 chiens.

Résection d'un segment d'œsophage, de 10 cm et interposition d'un greffon aortiq de même longueur, et de même diamètre, frais ou conservé. 4 animaux moururen 2 d'hémorragie par blessure d'une artère intercostale, 1 de complication pulmonai 1 d'empyème par lâchage de la suture.

En ce qui concerne la prise du greffon, on ne note pas de différences sensibles ent les greffons frais ou conservés.

Dès le 15e jour, chez tous les chiens, on note les premiers troubles de dysphagie re vant de la sténose commençante, au niveau des deux sutures. Il semble que la secti de l'œsophage et du greffon, en bec de flûte, et l'emploi d'un seul plan de suture rec vert de lambeau pleural, puissent pallier cette sténose.

En fait après un certain temps, le greffon se transforme en un tube fibreux qui étrécit et se raccourcit, pour aboutir à la sténose. Ce processus débute dès le 20e jo Mais à partir du 4e mois, le tissu conjonctif néoformé, cesse de se rétracter, et cè facilement aux dilatations.

Pour s'opposer à cette rétraction, dans les premiers mois, l'auteur se propose, dans de nouvelles recherches, d'utiliser des greffons armés d'un réseau en métal, ou en polythène que l'on enlèverait ultérieurement par œsophagoscopie.

Des radiographies, des photographies illustrent cet article qui trouvera son complément dans une étude ultérieure, histologique et artériographique.

J. Assali.

GLANDE MAMMAIRE

J. Ducuing, C. Bimes et **J. Estrade.** — **La question du potentiel dégénératif des lésions bénignes du sein** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer.* t. **39**, n° 4, 1952, p. 424-435, avec 8 fig.).

Partant de la classification qu'ils ont donnée des lésions bénignes du sein (qui a été analysée ici même), les auteurs s'attaquent à la question majeure des relations pathogéniques entre les lésions bénignes et le cancer du sein.

L'importance de leur matériel donne de la valeur à cette étude, si souvent abordée.

En ce qui concerne l'adénome du sein : sur 550 cas, ils n'en ont relevé qu'un seul où l'épithélioma s'était développé sur les éléments épithéliaux de la tumeur bénigne. La transformation sarcomatoïde des grands adénomes ne leur paraît pas être une véritable tumeur maligne; ils ne l'ont jamais vue évoluer défavorablement après l'ablation. Si donc ils recommandent l'examen histologique des adénomes du sein, c'est pour ne pas méconnaître les cancers pseudo-adénomateux que, comme d'autres auteurs, ils ont rencontrés, mais qui ne sont qu'une forme particulière, noyau apparemment limité, d'épithélioma primitif.

En ce qui concerne les tumeurs végétantes, qu'ils appellent adénomes dendritiques, ils ont vu quelques dégénérescences cancéreuses, mais aussi des épithéliomas dendritiques malins primitifs.

Le chapitre le plus important est celui de l'évolution éventuellement maligne des mastoses. Ils en ont distingué deux variétés : la mastose hyperplasique ne leur paraît pas être, malgré le caractère tumultueux de la prolifération épithéliale, une lésion précancéreuse. En effet, les cas indiscutables de filiation avec le cancer leur paraissent exceptionnels. Mais ils reconnaissent que le diagnostic histologique entre les deux lésions est quelquefois difficile.

La mastose scléro-kystique est, d'après eux, d'une extraordinaire fréquence : la règle, disent-ils, chez les femmes à l'âge de la ménopause. On la rencontrera donc très fréquemment en examinant sur des coupes larges les cancers du sein. La filiation est plus difficile à démontrer. Ils disent en avoir rencontré quelques cas cependant.

En ce qui concerne la tuberculose mammaire, ils ont été frappés de la fréquence de sa coexistence avec le cancer.

P. Moulonguet.

J. L. Donhauser. — **Cancer du sein** (*The American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 4, Avril 1953, p. 513-518).

Cette série de 110 amputations du sein met en évidence un arrêt apparent du processus évolutif pour une durée de 5 ans ou davantage, dans 52,7 p. 100 des cas.

A l'opposé, sur 33 malades ayant subi une simple mammectomie, 30,3 p. 100 seulement des cas comportent un arrêt de la maladie pour une période de 5 ans ou plus.

Il semble donc que l'amputation élargie du sein constitue à l'heure actuelle le traitement de choix, mais il ne faut pas oublier que la maladie peut être beaucoup plus active à l'étape ganglionnaire que dans la glande elle-même.

Dans les cas où l'amputation élargie ne peut pas être mise en œuvre, la simple mammectomie peut constituer une opération de propreté efficace sur le psychisme et assurant à la malade un confort relatif. Il faut évidemment y associer un traitement hormonal qui semble, dans une certaine mesure, pouvoir freiner le processus.

Lucien Leger.

C. L. Ash, Vera Peters et **Norman C. Delarue** (Toronto). — **Les indications de la radiothérapie pré-opératoire dans le traitement du cancer du sein** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 5, Mai 1953, p. 509-521, avec 3 fig.).

Au stade I, le cancer du sein relève de l'amputation élargie sans radiothérapie.

Au stade II, l'amputation doit être suivie de radiothérapie quand les ganglions axillaires sont envahis.

Au stade III, la radiothérapie pré-opératoire est indiquée quand la tumeur a plus de 6 cm de diamètre, quels que soient les signes locaux, quand les ganglions sont volumineux et fixés, même si la tumeur est de petites dimensions, enfin quand la lésion siège au niveau des quadrants médians du sein rétractant fortement le mamelon. La radiothérapie post-opératoire est indiquée quand la tumeur a moins de 6 cm et siège dans les quadrants externes et quand elle ne s'accompagne pas de métastase ganglionnaire cliniquement apparente.

Au stade IV, la radiothérapie pré-opératoire est toujours indiquée.

Au stade V, les radiations doivent être associées à l'hormonothérapie.

ANDRÉ SICARD.

POUMON ET PLÈVRE

H. A. Davis (Los Angeles). — **Études pour la maladie thrombo-embolique. Embolisme pulmonaire aigu précoce (dans les 48 h après une opération chirurgicale, un traumatisme, ou une hémorragie)** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 3, Mars 1953, p. 356-360).

Sur 123 malades morts d'embolie pulmonaire de 1940 à 1949 dans le même hôpital après opération chirurgicale, traumatisme ou hémorragie, 22 (soit 18 p. 100) sont morts dans les 48 h, 17 d'entre eux après une opération chirurgicale, 1 après un accident, 4 après une hémorragie. 1 est mort après 35 mn, 9 en moins de 12 h, 17 en moins de 24 h, 5 entre 24 et 48 h.

Sur les 17 cas post-opératoires, 11 avaient eu un shock net (pression sanguine à 80 mm ou moins), 3 de l'hypotension (pression entre 81 et 90) et 1 une hypotension relative. Dans les 5 cas non opératoires, présence de shock antérieur. L'âge était de 50 ans ou plus dans 18 cas sur 22.

Le shock et l'hypotension antérieurs étaient beaucoup moins fréquents dans les 101 cas d'embolie pulmonaire plus tardive.

L'embolie massive (obstruction de l'artère pulmonaire principale, révélée par l'autopsie), existait dans 11 cas des 22 embolies précoces, dans 16 cas des 101 embolies plus tardives.

Dans 14 cas post-opératoires, on avait fait une anesthésie rachidienne dans 6 cas, une à l'avertine dans 2 cas, une locale dans 2 cas, une générale dans 3 cas, un pentothal dans 1 cas où l'embolie survint avant que l'opération soit commencée.

M. GUIMBELLOT.

J. Miguel Urrutia et **O. L. de Goycoechea** (Cordoba, Argentine). — **La bronchectasie. Indications et résultats du traitement chirurgical** (*Cirugia, Ginecologia y Urologia*, Madrid, 2e série, **5**, n° 1, Janvier 1953, p. 20-27).

Les auteurs envisagent trois points particuliers de la question qu'ils considèrent comme non encore bien précisés.

1° Étant donné que la bronchectasie est une affection acquise, par quels moyens prophylactiques peut-on enrayer son développement ? Contrairement à Sauerbruch qui la croyait congénitale dans 80 p. 100 des cas, la bronchectasie primitive chronique de l'enfance est bien une affection acquise et fait suite à une broncho-pneumonie dans 61 p. 100 des cas; mais presque toujours il y a une prédisposition congénitale d'ordre anatomique expliquant d'ailleurs la localisation presque toujours aux lobes inférieurs. A titre prophylactique les antibiotiques, le drainage bronchique, la gymnastique res-

piratoire, un contrôle radiologique et clinique après guérison de la broncho-pneumonie, peuvent permettre d'arrêter l'évolution de la bronchectasie.

2° La bronchectasie établie, doit être opérée. Mais comment faire un choix parmi les malades à opérer sans délai ou à surseoir ? Les auteurs envisagent successivement ici l'âge du malade, l'extension et la localisation de la bronchectasie, le degré d'infection, l'état de la ventilation pulmonaire. Les opérations doivent se faire le plus possible « à sec » et les expectorations abondantes doivent être traitées d'abord. Les formes bilatérales sont d'une haute gravité et demandent des précautions toutes particulières. Elles sont d'ailleurs relativement peu fréquentes. Sur 9 cas personnels opérés, les auteurs n'ont que 3 guérisons, 2 morts, 1 échec, 3 améliorations.

3° Comment améliorer nos résultats, le traitement chirurgical restant la seule thérapeutique rationnelle ? Les auteurs insistent ici sur l'importance du travail « en équipe », de la surveillance post-opératoire, des contrôles radiologiques fréquents, de l'emploi de tous les moyens physiothérapiques propres à améliorer la ventilation pulmonaire et à éviter l'atélectasie. La technique sera aussi atraumatique que possible. La résection de toutes les parties malades devra être complète sans jamais empiéter en zone saine.

M. Deniker.

Marcel Lelong et **F. Alison.** — **Étude de 100 cas de pleurésie purulente chez des enfants de moins de 1 an** (*Archives françaises de Pédiatrie*, t. **10**, n° **4**, 1953, p. 377-400, avec 5 fig.).

Cette étude est basée sur 109 cas de pleurésie purulente chez des nourrissons de moins de 1 an, observés en 10 ans à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

La fréquence des pleurésies purulentes a augmenté de 1943 à 1950 mais semble diminuer en 1951 et surtout en 1952.

Le staphylocoque est l'agent responsable, presque exclusif de ces pleurésies purulentes.

L'épanchement pleural suppuré a été souvent précédé par une autre manifestation : pyodermite, infection des voies respiratoires supérieures avec ou sans otite, bronchite, signes pulmonaires en foyer. Mais il n'est pas rare d'assister à l'apparition de la pleurésie, sans qu'elle ait été précédée par une autre localisation infectieuse décelable.

Les symptômes le plus fréquemment rencontrés sont la dyspnée, la toux, la fièvre la pâleur, la polynucléose; les signes les plus caractéristiques sont la matité et à l'examen radiologique, la diminution de la transparence d'un champ pulmonaire.

Une place à part doit être réservée à une forme *suffocante* particulièrement grave (16 décès sur 18 cas), caractérisée par une dyspnée intense, une hyperpression pleurale, une image hydro-aérique refoulant le médiastin.

Les autres pleurésies purulentes (*sans suffocation*) peuvent se ranger schématiquement en deux groupes selon que l'épanchement pleural est le phénomène principal ou selon qu'il représente seulement l'un des éléments d'un tableau complexe. Les formes *bilatérales* sont rares (5 cas, tous mortels).

Les auteurs ont constaté une résistance habituelle aux sulfamides et à la pénicilline, une résistance rare à la streptomycine et à l'auréomycine.

Le diagnostic est assez rarement difficile; cependant, dans 14 observations où prédominait l'atteinte de l'état général, la pleurésie a été reconnue seulement à l'autopsie. Une difficulté du diagnostic peut être présentée par certains abcès pulmonaires corticaux ou par certaines pneumopathies bulleuses à symptômes pseudo-pleurétiques, d'autant plus que ces affections sont parfois associées à la pleurésie purulente et il vaut mieux alors se garder d'une ponction exploratrice. Un examen radiologique minutieux, sous diverses incidences, est de rigueur.

Le pronostic pose des problèmes difficiles. En dehors de la forme suffocante, les éléments fâcheux sont une cyanose accentuée, le rejet de pus par vomique, l'existence de lésions associées.

Le traitement a consisté dans l'usage des antibiotiques : les sulfamides d'abord, mais

auxquels on a renoncé à cause de la résistance du staphylocoque, puis la streptomycine et l'auréomycine. Ponctions quotidiennes, au moins au début.

Le traitement chirurgical est envisagé lorsque l'évolution se prolonge et que l'assèchement de la cavité ne peut être obtenu. Il n'est guère pratiqué que lorsque l'épanchement est devenu stérile, que la fièvre a disparu, entre le 8e et le 15e jour, en général.

Dans ces conditions, l'opération consiste en une résection costale et en un nettoyage de la poche purulente, suivis d'une aspiration continue sous dépression contrôlée.

ALBERT MOUCHET.

W. Steyer (Leipzig). — **A propos du cancer bronchique** (*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, vol. **47**, n° 7, 1er Avril 1953, p. 233-238, avec 9 fig.).

L'auteur relate brièvement 5 observations de cancer bronchique, les illustrant d'intéressants clichés radiographiques. La valeur de ces documents tient surtout dans les difficultés de diagnostic : carcinome masqué par un épanchement interlobaire; chondro-myo-lipome, vérifié par ponction biopsique, et suivi d'une métastase sous-claviculaire après résection des lobes moyen et inférieur; tumeur de Pancoast du lobe supérieur droit, avec fracture spontanée de la 1re côte; carcinome périphérique avec métastases pleurale et costale; petit cancer du lobe supérieur, pris pour un goitre rétro-sternal et qui amena la mort par métastases cérébrale et hépatique.

S. n'a rien relevé qui ne soit connu, en ce qui concerne l'âge, le sexe, la profession des malades. Il note, au point de vue clinique, l'importance des accès de toux, souvent premier symptôme, voire seul symptôme au début; confirme l'élément d'alarme représenté par les crachats hémoptoïques ou du type gelée de groseille; insiste sur l'accroissement constant du taux de sédimentation, qu'il attribue plus aux lésions infectieuses de voisinage qu'à la présence de la tumeur elle-même.

Il met le point sur deux questions majeures :

a) La nécessité d'un diagnostic précoce écartant toute erreur; il sera aidé par l'emploi simultané des multiples moyens d'exploration existants : la bronchoscopie et la bronchographie, la tomographie, le cyto-diagnostic, l'angio-cardio-pneumographie, et surtout la multiplication des examens radiographiques, sans oublier les examens de crachats, la ponction pleurale, etc.

b) Le dépistage précoce, qui ne saurait être acquis que par l'exploration radiologique systématique, répétée tous les 6 mois, des sujets de 40 à 70 ans. C'est à ce seul prix que le cancer bronchique, tôt reconnu, pourra être opéré et guéri.

GUEULLETTE.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

W. G. Bigelow et **J. E. Mc Birnie** (Toronto). — **Nouvelles expériences sur l'hypothermie pour la chirurgie intra-cardiaque sur des chiens et des marmottes** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 3, Mars 1953, p. 361-364).

B. avait déjà montré que chez le chien adulte le refroidissement à 20° pouvait permettre l'arrêt de la circulation dans les cavités cardiaques (et par suite la chirurgie du cœur) pendant 15 mn avec 51 p. 100 de survie quand on ramène le chien à sa température normale, mais 15 p. 100 seulement de survie tardive.

B. et M. ont repris ces expériences chez les singes, qui se rapprochent plus de l'homme et chez les marmottes à cause de leur faculté d'hibernation spontanée.

Chez les singes refroidis jusqu'à 16 à 19°, l'arrêt du sang et la chirurgie du cœur peuvent être prolongés jusqu'à 15 à 24 mn, et après réchauffement dans un bain à 40°, il y a eu survie de 12 singes sur 13. Au point de vue des résultats plus tardifs, 6 singes moururent d'infection de la plaie après plus de 1 semaine mais les 6 autres survécurent plusieurs mois.

Les marmottes hibernent normalement à 2 ou 3°. Avec le pentothal on peut les

amener à cette température et interrompre la circulation cardiaque pendant un temps qui, chez 6 marmottes, a duré de 1 à 2 h. Toutes ont repris par le réchauffement une température normale, sauf 1 par une erreur de technique. Mais il y a eu aussi 4 décès plus tardifs par infection de la plaie.

M. GUIMBELLOT.

J. W. Kirklin, C. R. Openshaw et R. G. Tompkins (Rochester). — **Traitement chirurgical de la sténose infundibulaire avec septum ventriculaire intact** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 2, Fév. 1953, p. 228-231, avec 1 fig.).

L'obstacle au courant sanguin, dirigé du ventricule droit vers l'artère pulmonaire, peut ne pas siéger au niveau des valvules de cette artère, mais au niveau de l'infundibulum qui précède cet orifice pulmonaire, avec coexistence d'un septum interventriculaire intact. K., O. et T. en ont opéré 1 cas avec succès par une technique nouvelle, qu'ils décrivent.

Il s'agissait d'une fille de 16 ans, présentant une hypertension ventriculaire droite grave, avec ascite et œdème périphérique, datant de 3 à 4 ans. Un cathétérisme cardiaque fut fait et une valvulotomie de l'artère pulmonaire ne donna aucun résultat, à ce point que 15 mois plus tard, en 2 ponctions, on pouvait retirer plus de 19 l d'ascite. Une nouvelle intervention permit de mesurer les pressions systoliques dans le ventricule droit (172), dans l'infundibulum (93) et dans l'artère pulmonaire (32). Après un essai infructueux par d'autres méthodes pour sectionner la sténose infundibulaire, on passa une longue aiguille courbe, armée d'un fil d'acier, à travers la paroi du ventricule; elle vint traverser l'anneau sténosé et ressortir à travers la paroi de l'infundibulum. Le fil d'acier fut alors rabattu sur la paroi externe du ventricule, jusqu'au voisinage de son point d'introduction dans celui-ci et cette partie rabattue fut enfouie sous une série de points de suture, ramenant la paroi ventriculaire au-devant d'elle. Par une manœuvre analogue à celle de la scie de Gigli, l'anneau de sténose et la paroi ventriculo-infundibulaire chargés sur l'anse du fil d'acier, furent sectionnés; le fil fut retiré et la section ventriculaire complètement refermée à l'extérieur.

La malade guérit simplement de son opération. Et, bien que celle-ci soit encore trop récente pour juger du résultat définitif, l'absence du retour de l'œdème, la récidive très minime de l'ascite semblent des symptômes encourageants pour l'avenir.

M. GUIMBELLOT.

Andrew Logan et **Richard Turner** (Edimbourg). – **Sténose mitrale. Diagnostic et traitement** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 22, 30 Mai 1953, p. 1057-1064).

Ce travail se base sur une expérience personnelle de 200 interventions chirurgicales pour lésion de la valvule mitrale. Les auteurs réservent, en principe, le traitement chirurgical pour les lésions valvulaires sévères mais sans important retentissement myocardique.

Après avoir passé en revue les indications de l'intervention : dyspnée paroxystique, œdème pulmonaire, hémoptysies à répétition, et ses contre-indications : âge, association à d'autres lésions valvulaires, important élargissement cardiaque, activité de la maladie rhumatismale, les auteurs exposent le schéma opératoire auquel ils recourent. Il s'agit essentiellement d'une dilatation digitale par voie trans-auriculaire. Les accidents per- et post-opératoires, le risque principal demeurant l'embolie qui entraîna la mort de 7 des patients, sont envisagés.

Les résultats lointains sont, dans l'ensemble, favorables tout au moins en ce qui concerne les manifestations fonctionnelles.

MARCEL ROUX.

E. Husfeldt, H. C. Engell et **Asger Pedersen** (Copenhague). — **Valvulotomie pour sténose mitrale** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 144-161, avec 5 fig.).

60 malades furent opérés de rétrécissement mitral avant Juin 1952 : 45 âgés de 14 à 40 ans (avec 2 morts); 15 âgés de plus de 40 ans (avec 7 morts).

La valvulotomie a été pratiquée au doigt non ganté afin de mieux apprécier les détails anatomiques et l'importance du reflux sanguin. Dans l'avenir une section instrumentale sera pratiquée s'il s'agit de valvules fermes et élastiques.

36 malades ont été revus après un délai allant de 4 à 22 mois. 24 pouvaient être classés dans un meilleur groupe. Les mauvais résultats concernaient les malades présentant une insuffisance mitrale et des valvules élastiques. Des accès répétés d'œdème aigu du poumon ou des hémoptysies sont des indications formelles à opérer.

Des embolies, associées à une maladie mitrale et à une insuffisance cardiaque droite sont une contre-indication relative chez les malades de moins de 40 ans. Chez les malades âgés de plus de 40 ans, les indications opératoires sont rares.

Les contre-indications principales sont : le rhumatisme évolutif compliqué de lésions aortiques importantes révélées par l'examen clinique et l'étude des courbes de la pression artérielle pulmonaire.

MÉTIVET.

Fernando E. Tricerri. — Traitement chirurgical du rétrécissement mitral. A propos de 30 cas opérés (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **39**, n° 45, 7 Nov. 1952, p. 2693-2695).

Courte note présentée au IV^e^ Congrès inter-américain de cardiologie, sans observations publiées.

L'auteur divise ses malades en 4 groupes. Le premier concerne les formes bénignes et n'occasionnant aucune incapacité fonctionnelle. Le groupe II répond aux malades pouvant avoir une vie normale au repos, mais présentant des épisodes de dyspnée ou de tachycardie à l'effort. Ces 2 groupes ne sont pas tributaires de la chirurgie.

Le groupe III concerne des malades présentant des accidents aigus répétés et surtout une dyspnée progressive et continue; ce sont les meilleurs cas pour l'opération.

Le groupe IV répond aux malades ayant une insuffisance cardiaque manifeste.

Dans tous les cas (sauf 1) on réalisa la technique proposée par Hurken et dénommée valvuloclasie; 1 seul malade a subi une section de la commissure antérieure par un valvulotome. 4 fois, aucune opération ne fut possible par défaut d'accès de la valvule mitrale.

Chez 4 malades, apparut après l'opération une fibrillation auriculaire qu'on put convertir en un rythme sinusal grâce à la quinicardine et à la digitale. Un syndrome de « cœur pulmonaire aigu » céda au traitement classique. 5 fois, on observa un épanchement pleural qui régressa spontanément.

Sur 30 malades opérés, il y a eu 4 morts. 13 malades du groupe III guérirent simplement. Les 4 morts répondent toutes à des malades du groupe IV (17). Elles ont été dues à des embolies (3 fois) ou à une désunion de la paroi auriculaire (1 fois).

G. MENEGAUX.

F. E. Tricerri et **F. O. Donato. — La valvulotomie de Brock dans le traitement de la sténose valvulaire de l'artère pulmonaire. A propos de 7 cas opérés** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **40**, n° 13, 27 Mars 1953, p. 750-752).

Dans la sténose valvulaire pure de l'artère pulmonaire (sans communication inter-auriculaire ou inter-ventriculaire) l'opération de Brock donne un excellent résultat, avec une petite mortalité (1 seul cas personnel guéri).

La mortalité paraît être la plus élevée lorsqu'à la sténose pulmonaire est associée une grande communication inter-auriculaire. Les 4 cas des auteurs sont morts pendant ou immédiatement après l'opération.

Dans les cas de sténose avec communication inter-ventriculaire, l'opération paraît moins grave (1 décès sur 2 cas dans la statistique des auteurs).

G. MENEGAUX.

Frederick Therkelsen (Copenhague). — **Valvulotomie pour sténose pulmonaire** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 5, Mars 1953, p. 353-362, avec 3 fig.).

L'auteur étudie les indications et la technique de la valvulotomie pour sténose pulmonaire, simple ou associée à une lésion septale.

La valvulotomie a été pratiquée dans 12 cas (avec 1 mort, chez un malade porteur d'une péricardite constrictive). Dans 3 cas, la voie trans-artérielle fut suivie.

L'auteur décrit rapidement les complications per ou post-opératoires. Il envisage les problèmes concernant la valvulotomie dans la tétralogie de Fallot.

MÉTIVET.

Tyge Sondergaard (Copenhague). — **Valvulotomie pulmonaire pratiquée à travers le tronc de l'artère à l'aide d'un clamp spécial** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 5, Mars 1953, p. 362-373, avec 7 fig.).

Voici les conclusions de l'auteur :

La valvulotomie pulmonaire est indiquée chez les malades présentant des symptômes de sténose pulmonaire pure ou associée à une lésion septale. Bien que la voie ventriculaire soit bonne, la voie artérielle convient à certains cas.

L'auteur décrit un clamp à anneaux qui permet d'aborder facilement les valvules à travers le tronc de l'artère.

4 cas heureux opérés par cette voie sont rapportés.

MÉTIVET.

D. Adler (Johannesburg). — **24 cas opérés de persistance du canal artériel** (*South Africa Medical Journal*, vol. **27**, n° 8, 2 Mai 1953, p. 367).

A., à propos de 24 cas personnels, reprend la question de la persistance du canal artériel, et rappelle rapidement les principaux travaux qui lui ont été consacrés.

Le diagnostic en est relativement facile, et l'auteur estime que le cathétérisme cardiaque et l'angio-cardiographie ne doivent pas faire partie des examens de routine.

A. a rencontré des difficultés opératoires chez les adultes; chez les enfants l'intervention est certainement plus facile, et les ligatures plus satisfaisantes. Il a employé l'abord postéro-latéral avec résection de la 5e côte. Un drainage inter-costal est mis en place dans le 8e espace.

La ligature multiple lui paraît infiniment moins dangereuse que la section avec suture, et cette manière de voir est celle de Crafoord, sauf dans des cas choisis.

A. a perdu un malade, sa mortalité avoisine donc la mortalité moyenne, bien que légèrement supérieure : elle est celle de la cholécystectomie à l'hôpital général de Johannesburg.

HENRI REDON.

G. Lara. — **Persistance du canal artériel** (*Unidia*, Bogota-Colombie, **1**, n° 2, Nov. 1952, p. 67-83, avec 12 fig.).

Courte étude sur cette anomalie avec communications de 4 cas personnels opérés et guéris chez des enfants respectivement âgés de 7, 5, 10 et 11 ans (2 filles et 2 garçons). Opération : ligature simple chez la fille de 7 ans présentant un canal très grêle et une symptomatologie assez fruste. Section et ligature chez les 3 autres, les 2 plus âgés présentant un canal long de 2 cm et de fort diamètre. Guérison sans incident des 4 opérés.

M. DENIKER.

Gunnar Ekstrom (Stockholm). — **Traitement chirurgical du canal artériel permanent** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 5, Mars 1953, p. 421-422. Résumé par l'auteur du Supplément n° 169).

Étude basée sur les 290 cas opérés à Stockholm jusqu'au 1er Juillet 1951 (dont 170 par Crafoord).

1/4 seulement des cas concernait des sujets masculins.

Au dessous de 15 ans, le développement physique est normal. 50 p. 100 des malades ne présentent pas de troubles ou des troubles légers; 1/3, des troubles modérés; 1/6, des troubles sévères.

Après 20 ans, 1/3 des malades présentent des troubles légers; 2/3, des troubles graves. Ces troubles n'apparaissent généralement qu'après la puberté. Certains troubles n'apparaissent qu'après 30 ans.

L'auteur signale que, d'après ses recherches dans la littérature, seulement 5 malades atteints de cette lésion ont vécu jusqu'à 65 ans.

On a pratiqué 243 ligatures (84 p. 100) avec 3 morts; et 47 sections (16 p. 100) avec 8 morts. Cette dernière intervention était réservée aux cas graves, avec canal large et court.

18 cas atypiques ont donné 8 morts. Pour 272 cas typiques, la mortalité a été de 1 p. 100.

Chez les malades présentant des symptômes plus ou moins marqués, et parfois une fragilité ignorée du malade lui-même, une amélioration définitive a été obtenue dans 97 p. 100 des cas.

4 cas de « récidive » (dont 1 après section du canal) ont été observés; une infection du foyer opératoire paraît la favoriser.

Le volume du cœur, variable avant l'intervention, tend à redevenir normal; surtout si le malade a été opéré avant 15 ans.

Quelques signes stéthoscopiques peuvent persister, liés à un rétrécissement aortique ou pulmonaire ou à une lésion septale.

Les lésions médullaires par ischémie après clampage de l'aorte sont plus fréquentes qu'on ne paraît le croire. Dans 29 cas de clampage, ils se sont produits 4 fois (dont 1 fois chez un garçon de 7 ans chez lequel le clampage n'avait duré que 18 mn).

En résumé l'auteur pense que la double ligature du canal artériel est une opération bénigne et efficace.

MÉTIVET.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

A. Dorigo (Naples). — **La hernie diaphragmatique du foie** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **9**, n° 2, Février 1953, p. 81-90).

L'auteur apporte l'observation d'une femme de 26 ans, hospitalisée pour une opacité de la base droite. L'histoire clinique fait mention d'une douleur dans l'épaule droite, depuis 8 ans, et qui récemment a diffusé dans tout l'hémithorax.

L'examen montre une asymétrie thoracique, avec développement plus marqué de l'hémithorax droit.

L'examen radiologique du thorax donne « opacité de forme ovalaire sus-diaphragmatique, déformable selon les mouvements respiratoires, se confondant en bas avec le profil du diaphragme ». Des divers examens sous écran, on conclut à hernie diaphragmatique, sans retenir pour indispensable le pneumopéritoine.

On intervient par thoracotomie. La base du poumon adhère sur toute sa surface au diaphragme. Après libération du poumon on peut voir, au sommet de la coupole, une masse du volume d'un œuf recouverte du péritoine, passant à travers une perte de substance du diaphragme.

On résèque le sac, et on peut aisément refouler son contenu qui est constitué par le bord antéro-interne du lobe droit du foie.

Le collet de la hernie, rond, a un diamètre de 5 cm, et présente un ourlet fibreux.

Résection de cet ourlet et suture en paletot au fil de lin, en deux plans.

La guérison est obtenue, avec des suites simples.

L'auteur fait une revue rapide de l'embryologie du diaphragme, des signes cliniques (douleur, toux, signes cardiaques ou pulmonaires), du diagnostic des opacités de la base.

Le pneumopéritoine est présenté comme dangereux (7 morts connues, Michell), infidèle, car il ne peut toujours dissocier les opacités, ni même parfois pénétrer dans le sac herniaire.

La voie d'accès ne saurait être que thoracique. Cette observation vient s'ajouter aux cas fort peu nombreux (une dizaine) de hernies diaphragmatiques congénitales du foie.

J. Assali.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

F. Beer (Wien). — **Symptomatologie clinique et diagnostic différentiel de l'oblitération des vaisseaux mésentériques** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **103**, n° 21, 23 Mai 1953, p. 382-383).

B. a observé 5 cas de cette affection, tous terminés par la mort. Il relate brièvement l'histoire de 2 malades atteints de thrombose veineuse (non opérés), d'un malade atteint d'oblitération artérielle (opéré sans succès).

Il a tiré de ses observations les remarques suivantes : le signe majeur et constant est la douleur, angoissante, avec sensation de mort prochaine; l'évolution se fait par poussées, les crises augmentant d'intensité jusqu'à la crise terminale; vomissements, nausées, météorisme avec matité des flancs, défense de l'étage supérieur de l'abdomen sont fréquemment notés; la sédimentation était augmentée dans 3 cas; dans 3 cas, on a noté une leucocytose rapidement élevée.

L'importance de la douleur syncopale permettrait d'éliminer les autres grands syndromes abdominaux (iléus par strangulation, invagination, péritonite aiguë, perforation ulcéreuse, etc.).

Plus important au point de vue pratique, est sans doute le diagnostic avec l'infarctus coronaire.

B. rappelle brièvement les caractères cliniques de ces différentes affections afin de les opposer à ceux de la thrombose mésentérique.

S'agit-il d'une oblitération veineuse ou artérielle ? C'est impossible à dire par l'analyse des seules manifestations cliniques. Mais l'anamnèse peut y aider. En présence d'un processus infectieux dans le territoire de la veine porte, on pensera à une thrombose veineuse. S'agit-il d'un malade atteint d'endocardite, ou athéromateux, ou hypertendu, on dira oblitération artérielle. Les affections vasculaires jouent évidemment un rôle capital.

Le pronostic, lié à la cause, reste des plus sévères. Dans les formes les moins graves, la thrombectomie, l'embolectomie, l'usage des anticoagulants ont pu donner des résultats.

Gueullette.

Orlando F. Longo. — **Occlusion vasculaire mésentérique** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **40**, n° 1, 2 Janv. 1953, p. 21-24, avec 4 fig.).

Il s'agit d'une malade de 49 ans, ayant présenté 2 ans auparavant un infarctus du myocarde. Elle a été prise la veille de douleurs abdominales brusques avec sueurs froides, diarrhée profuse et vomissements. La palpation et la percussion de l'abdomen sont négatives. Le membre inférieur droit est froid et cyanotique; il n'y a aucun battement artériel ni à la fémorale, ni plus bas.

Sous baronarcose, on intervient par laparotomie transrectale gauche. Le grêle est de couleur feuille morte sur une longueur de 1 m. La mésentérique supérieure est transformée en un cordon dur, non battant. A cause de l'état général de la malade, on ne fait aucune exploration de la bifurcation aortique ni de l'iliaque primitive droite. On infiltre le mésentère avec prostigmine et novocaïne; dans la cavité abdominale, on met de la pénicilline et des sulfamides.

2 jours après, la cyanose du membre inférieur droit a augmenté. Mort le 3e jour après l'opération avec tous les signes d'une péritonite par perforation. Pas d'examen histologique des vaisseaux mésentériques.

G. MENEGAUX.

ESTOMAC

Tyge Cl. Gertz, H. K. Kristensen et **Gregers Thomsen** (Copenhague). — **Valeur comparée du traitement du cardiospasme par dilatation ou par intervention chirurgicale** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 113-122).

L'auteur a obtenu 75 p. 100 de bons résultats par dilatation au dilatateur de Starck; et pratiquement, 100 p. 100 de guérisons par l'opération de Heller exécutée par voie transthoracique (sans mortalité).

Les améliorations cliniques sont souvent plus nettes que les améliorations radiologiques.

L'auteur conseille de toujours recourir à la dilatation et de réserver l'opération au 1/4 des cas rebelles à ces dilatations.

MÉTIVET.

J. J. Mc Aleese et **W. K. Sieber** (Pittsburg). — **Le problème chirurgical présenté par l'ulcère peptique de l'estomac et du duodénum dans le premier âge et dans l'enfance** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, nº 3, Mars 1953, p. 334-341).

De 1938 à 1952, il y a eu dans le même hôpital d'enfants 16 cas confirmés d'ulcères gastro-duodénaux. Ces malades avaient de 6 semaines à 14 ans. 3 cas étaient des ulcères de l'estomac; ils étaient associés avec d'autres maladies : tuberculose du rachis, abcès du cerveau, asthme bronchique. Les 13 autres étaient des ulcères du duodénum, dont 4 étaient associés à d'autres maladies : splénomégalie par syndrome de Banti, hydrocéphalie congénitale, fibrose kystique du pancréas. Les complications d'hémorragie et de perforation étaient plus fréquentes chez les malades les plus jeunes, la douleur et la sténose chez les plus âgés.

Les analyses du contenu gastrique semblent de peu de valeur pour le diagnostic de l'ulcus chez l'enfant.

Le diagnostic fut fait 4 fois à l'autopsie, 2 fois à l'opération, 10 fois par l'examen radiologique, qui a une grande valeur.

5 malades furent opérés par gastro-entérostomie postérieure. 2 d'entre eux restèrent bien 9 et 18 mois. 2 firent des ulcères marginaux. 1 dut subir, 4 ans après la première opération, une gastrectomie pour sténose et hémorragies.

4 malades moururent sans intervention.

La perforation de l'ulcus chez l'enfant nécessite l'intervention d'urgence et la fermeture de l'orifice. L'hémorragie peut souvent être traitée médicalement.

M. GUIMBELLOT.

Ove Noring et **Knud Erik Sjolin** (Copenhague). — **Résultats immédiats de la chirurgie dans le traitement de l'ulcère peptique chronique. Etude de 859 cas opérés de 1934 à 1951** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 208-222).

Étude de la mortalité opératoire. 608 résections (type Billroth II) avec une mortalité de 4,3 p. 100; 77 résections pour exclusion avec une mortalité de 11,7 p. 100; 51 dégastroentérostomisations suivies de Billroth II avec une mortalité de 15,7 p. 100; 11 re-résections (type Billroth II) avec une mortalité de 9 p. 100; 112 gastroentérostomies avec une mortalité de 6,3 p. 100.

Dans l'ensemble, la mortalité augmente avec l'âge de l'opéré; elle est nettement moindre dans les dernières années.

Peu de renseignements sur les résultats éloignés.

Signalons cependant que, pour l'auteur le Billroth II agirait plus efficacement sur l'hyperchlorhydrie que la résection pour exclusion.

Les résultats éloignés paraissent exceptionnellement bons, un peu moins bons pour la simple gastro-entérostomie.

MÉTIVET.

J. Pablos Abril. — **Myome de l'estomac. Observation personnelle** (*Revista Española de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutricion*, t. **11**, n° 6, Nov.-Déc. 1952, p. 1263-1268).

Il s'agit d'une observation personnelle. Malade de 32 ans, souffrant de l'estomac depuis 7 ou 8 ans et vomissant depuis 1 an; pas d'hémorragies, appétit conservé. Les radiographies montrent l'existence d'une sténose pylorique serrée.

Par la laparotomie, on reconnaît au niveau du pylore une formation arrondie et dure, un peu plus grosse qu'une cerise. Gastrectomie par le procédé de Billroth I. Suites normales. Guérison.

L'examen de la pièce a montré que la petite tumeur était bien limitée et enchâssée dans la paroi gastrique. Histologiquement, il s'agissait d'un myome.

G. MENEGAUX.

Lars Troell (Stockholm). — **Gastrectomie totale (ou non) dans le cancer gastrique** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 5, Mars 1953, p. 341-348).

De 1940 à 1950, 488 cas de cancer gastrique ont été suivis par l'auteur. 69 malades (12 p. 100) étaient cliniquement inopérables, 419 malades (88 p. 100) furent opérés.

Sur 180, une intervention exploratrice ou palliative (G. E.) fut pratiquée, avec une mortalité opératoire de 22 p. 100.

239 malades (moins de 50 p. 100) subirent une intervention à visées curatives : 169 Billroth II, avec une mortalité opératoire de 14 p. 100, 54 gastrectomies totales, avec une mortalité opératoire de 51 p. 100 (69 p. 100 de 1940 à 1946, 35 p. 100 de 1947 à 1950), 16 résections du cardia, avec une mortalité opératoire de 43 p. 100.

Les résultats éloignés sont peu encourageants.

Des 26 survivants après gastrectomie totale. 7 seulement eurent une vie confortable et purent travailler plus ou moins pendant 1 ou 2 ans.

En ce qui concerne la mortalité tardive : 90 p. 100 des malades ayant subi une intervention exploratrice ou palliative étaient morts dans l'année, 80 p. 100 de ceux ayant subi une résection partielle ont succombé dans les 5 ans, 90 p. 100 de ceux ayant subi une gastrectomie totale sont morts dans les 3 ans. L'envahissement de la séreuse ou des ganglions par le cancer rend très douteuse la possibilité d'efficacité d'une gastrectomie, même totale.

L'auteur pense que les indications de la gastrectomie totale sont rares.

MÉTIVET.

Frank B. McGlone (Denver). — **Gastrectomie totale avec remplacement de l'estomac par un segment iléo-colique** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 8, 21 Févr. 1953, p. 622-625, avec 1 fig. et 4 tabl.).

L'auteur pense que, dans l'ensemble, la gastrectomie totale entraîne très souvent de graves troubles nutritionnels et que les indications de cette opération ne doivent pas être exagérément élargies.

La transplantation de l'iléo-côlon droit interposé entre l'œsophage et le duodénum créant une chambre de stase alimentaire, permet un transit plus proche de la physiologie normale. Ce procédé leur a donné, du point de vue fonctionnel, des résultats beaucoup plus favorables que la gastrectomie classique.

Leur expérience est basée sur une série de 24 gastrectomies totales dont 6 avec transplantation du côlon.

MARCEL ROUX.

S. Arthur Localio, Peter Stone et **J. William Hinton** (New-York). — **Fistule gastro-jéjuno-colique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*. vol. **96**, n° 4, Avril 1953. p. 455-462, avec 15 fig.).

La technique, qui consiste à réséquer la fistule en masse et à pratiquer une gastrectomie pré-colique type Polya large, n'a rien d'original. Le côlon est, suivant l'étendue de l'orifice, suturé ou réséqué avec anastomose termino-terminale immédiate.

8 cas, dont 6 compliquant une gastro-entérostomie, ont été ainsi opérés sans mortalité.

André Sicard.

INTESTIN

P. Alexandre, J. Dubray-Vautrin, Ch. Jacquelin, B. Lascaux, J. Lavarde, O. Le Jeune, M. Malvy, R. Meary, N. Œconomos, D. Pellerin, P. Peraldi, J. Perrotin, J. Quenu, G. Thomeret et **J. Valletta**. — **Occlusion intestinale** (Un livre de 446 p., 117 fig., 1953, G. Doin et Cie, éd.).

Le livre que présente le professeur Quénu est un travail d'équipe. Y sont étudiés, dans des chapitres successifs, écrits par des auteurs différents mais appartenant à la même maison, les principaux problèmes soulevés par l'occlusion intestinale et ce travail est fondé sur l'étude de la statistique personnelle du professeur Quénu, forte de 300 observations.

Après des généralités concernant en particulier les problèmes si actuels du syndrome humoral de l'occlusion intestinale et de sa correction thérapeutique dont l'importance est au moins égale à celle de l'acte opératoire et après un chapitre sur l'aspiration au tube avec les données techniques indispensables à la réalisation correcte de la méthode, les occlusions intestinales sont étudiées de façon sériée dans leurs divers aspects cliniques et leurs différentes variétés étiologiques.

Un important chapitre est consacré à l'étude, souvent négligée, des hernie sinternes.

De même est évoquée dans un chapitre particulier la question des fausses occlusions intestinales et, bien entendu, aussi le traitement des péritonites adhésives par l'opération de Noble dont la technique est décrite.

En bref ce livre fait surtout la part large aux questions d'intérêt immédiatement pratique et, comme le dit J. Quenu dans son avant-propos, s'efforce surtout à la lumière de la longue expérience personnelle des auteurs de défricher ce que la question a d'ardu pour les jeunes; nous ajouterions : et d'une façon générale pour tous les praticiens.

Marcel Roux.

Ignacio Cadena. — **Occlusion intestinale par calcul biliaire** (*Cirugia y Cirujanos*. **20**, 8, Août 1952, p. 336-343, avec 1 fig.).

A l'occasion de 1 cas personnel, l'auteur rappelle le mécanisme et la symptomatologie de l'iléus biliaire. Aux signes radiologiques classiques, niveaux hydro-aériques du grêle, présence d'air dans les voies biliaires, calcul visible dans la partie basse de l'abdomen, il estime qu'il faut ajouter la visualisation indirecte du calcul par repas opaque; car dans 4 cas sur 5, le calcul est constitué de cholestérol et invisible aux rayons. Ce repas opaque dans les occlusions du grêle ne paraît pas à l'auteur aussi nocif qu'on le prétend : c'est beaucoup plus le retard apporté au diagnostic, que l'usage même du produit de contraste, qui est responsable de la haute mortalité de l'iléus biliaire. A ce propos, il met en garde contre les dangers de l'aspiration au tube de Wangensteen, qui masque les symptômes, et fait perdre un temps précieux. C'est par une opération aussi précoce que possible qu'on réduira la mortalité de cette affection. Il est recommandé de faire remonter le calcul dans le grêle, afin de l'extraire par entérotomie sur une portion saine de l'intestin, dont la suture se fasse avec sécurité. La cure de la fistule bilio-digestive doit naturellement se faire dans un temps opératoire ultérieur.

G. Edelmann.

L. Morelli (Bologne). — **La déshydratation dans l'occlusion intestinale expérimentale** (*Minerva Chirurgica*, an. **8**, n° 4, 28 Février 1953, p. 117-119).

L'occlusion intestinale (par section d'une anse et suture des deux bouts) entraîne un état d'hémoconcentration, que les animaux en expérience soient ou non privés d'eau. L'hémoconcentration tient à une diminution de l'absorption au niveau des anses en amont de l'occlusion, et aux troubles vasculaires de ces anses (œdème, infarcissement).

L'hémoconcentration, plus précoce et plus marquée quand l'occlusion siège au niveau du grêle, ne s'avère vraiment intense qu'à partir de la 120e h.

L'administration de solutions glucosées et salines (35 cm³/kg et par 24 h) guérit l'hémoconcentration en l'espace de 8 à 10 h, et les animaux peuvent être maintenus en vie de longs jours (jusqu'à 20..., selon Schilling et McCoord).

On observe dans ces cas une diminution de la protidémie par absence d'absorption de protéines.

L'hémoconcentration n'est reversible que si elle est traitée avant le 5e ou 6e jour.

J. Assali.

Leonard J. Druckerman, Vernon A. Weinstein, Percy Klingenstein et **Ralph Colp** (New-York). — **Ulcères duodénaux traités par gastrectomie sub-totale avec ou sans vagotomie** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 15, 11 Avril 1953, p. 1266-1269, avec 3 tableaux).

A propos de 385 gastrectomies pour ulcères duodénaux dont 165 furent combinées à une vagotomie sous-diaphragmatique, les auteurs estiment que la vagotomie apporte une assurance complémentaire contre le risque d'ulcère peptique post-opératoire. Il fut observé en effet 10 ulcères peptiques dans la série des malades traités par la seule gastrectomie, tandis qu'on n'en observait aucun chez les malades où cette gastrectomie fut associée à une double vagotomie. D'ailleurs la recherche de l'acidité gastrique au cours de la sécrétion nocturne ou après test à l'histamine indique un taux moyen d'acidité pratiquement nul chez les malades ayant subi la double opération, tandis qu'il persiste un certain degré d'acidité chez les malades n'ayant subi que la gastrectomie.

Cependant la vagotomie entraîne des suites immédiates plus pénibles que la seule gastrectomie; les complications pulmonaires, les phlébothromboses y sont plus fréquentes et il existe surtout des vomissements par mauvaise vidange gastrique et de la diarrhée, tous symptômes d'ailleurs qui tendent à s'amender à la longue. Mais comme la vagotomie joue un rôle plus efficace à titre préventif contre le développement d'un éventuel ulcère peptique secondaire que curatif lorsque cet ulcère s'est développé, les auteurs pensent que chaque fois que la vagotomie se présente techniquement dans de bonnes conditions il est recommandable de la pratiquer comme complément de la gastrectomie.

Marcel Roux.

J. Rof Carballo et **H. Castro Mendoza** (Madrid). — **Cancer primitif du duodénum avec coproporphyrinurie du type I** (*Revista Clinica Espanola*, **48**, 2, 31 Janvier 1953, p. 76-80, avec 2 fig.).

Dans un syndrome de douleurs épigastriques, d'anémie progressive, et de porphyrinurie d'un taux très élevé, un homme de 50 ans meurt en quelques mois. Les radiographies digestives n'avaient rien montré, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvre un cancer ulcériforme du duodénum à 3,5 cm au-dessous de la papille de Vater.

Plutôt que de chercher l'explication de la carence des signes sur les radiographies duodénales (qui malheureusement ne sont pas reproduites) les auteurs s'attachent surtout à l'explication de la phorphyrinurie. La découverte de ce signe, qui pourrait être considérée comme plutôt fâcheuse, puisqu'elle fit jusqu'au bout errer le diagnostic (celui de saturnisme fut évoqué pendant longtemps) conduitl es auteurs à des explications pathogéniques peut-être un peu hypothétiques. Malgré la découverte, à l'au-

topsie, de 2 l de sang dans l'intestin, ils attribuent l'anémie non pas à des hémorragies occultes, mais à la destruction, par le cancer, de la muqueuse duodénale et de son principe antianémique. Ce syndrome anémique d'origine hormonale serait lui-même responsable de la porphyrinurie. Les auteurs se demandent même, puisque la tumeur n'était pas sténosante, si les douleurs abdominales n'étaient pas dues au trouble du métabolisme des porphyrines, plutôt qu'au cancer lui-même.

G. Edelmann.

Jameson L. Chassin et **Louis R. Slattery** (New-York). — **Sténose jéjunale consécutive à l'ingestion d'ammoniaque** (*J. A. M. A.*, vol. **152**, n° 2, 9 Mai 1953, p. 134-136, avec 2 fig.).

Sténose de la partie initiale du jéjunum étendue sur 12 cm, consécutive à des lésions muqueuses ulcérées avec épaississement considérable de la paroi. Cette sténose coexistait avec des lésions de la muqueuse œsophagienne, mais ni l'estomac ni le duodénum ne semblaient altérés.

Le malade guérit après résection intestinale.

A noter dans la période immédiatement pré-opératoire un syndrome de déficience potassique grave qui réagit de façon spectaculaire à la thérapeutique par le chlorure de potassium intra-veineux, 120 mEq. pendant 2 jours 1/2.

Marcel Roux.

A. R. K. Matthews et **E. H. Quandt** (Rockford). — **Léiomyome malin du jéjunum** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 3, Mars 1953, p. 416-418, avec 5 fig.).

M. et Q. apportent l'observation d'un léiomyome du jéjunum, dont les premiers symptômes semblent être survenus chez une jeune fille, à l'âge de 16 ans, et consistèrent en troubles douloureux abdominaux. A 51 ans elle présenta un nodule, à marche lente, de la région ombilicale droite; on l'enleva, et l'examen fit penser à un fibro-sarcome. A 56 ans elle eut un nouveau nodule analogue dans la région para-ombilicale gauche; il fut également enlevé, et avait la même structure que le précédent. Mais 2 jours après cette ablation, elle fit une crise d'invagination du grêle, qui nécessita une laparotomie et une résection du jéjunum invaginé; la tête de l'invagination était formée par une tumeur pédiculée qui était un léiomyome et qui parut être la tumeur primitive. On constata en même temps des métastases hépatiques. La radiographie pulmonaire montra 3 nodules suspects dans les poumons. Les douleurs abdominales qui existaient plus ou moins vives depuis l'âge de 16 ans, disparurent après la résection de l'invagination. Mais 5 mois plus tard apparurent toute une série de métastases qui amenèrent la mort à 57 ans. Il s'agit donc d'un léiomyome du grêle, à marche très lente pendant longtemps, mais nettement malin.

M. Guimbellot.

C. D. Benson, W. S. Carpenter et **R. D. Swedenberg** (Detroit). — **Expulsion spontanée de l'iléon séquestré** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 2, Fév. 1953, p. 261-264, avec 3 fig.).

Dans l'invagination intestinale, la séquestration et l'élimination par le rectum de l'intestin invaginé sont exceptionnelles. B., C. et S. en rapportent 2 cas, qui sont survenus tous deux chez des adultes, siégeaient sur l'iléon, et se sont terminés par la guérison. Le diagnostic ne fut fait que par la constatation du segment d'intestin expulsé.

1° Femme de 30 ans, au cours de la 29e semaine d'une grossesse. Début par de violentes douleurs abdominales et vomissements. Accouchement prématuré d'un enfant vivant. Mais persistance des vomissements et constatations d'une masse sous-hépatique. Pas de sang par l'anus. 18 jours après l'accouchement, élimination par l'anus d'un segment du grêle long de 112 cm. La masse sous-hépatique persistant, avec phénomènes douloureux, on intervint et on ouvrit un abcès à ce niveau. 12 jours

plus tard, on réintervint et on vit que dans la cavité de l'abcès, qui ne contenait plus de pus, venaient s'ouvrir deux anses intestinales, reliées par le bord libre reconnaissable du mésentère de l'anse éliminée. Après excision des bouts des deux anses, anastomose bout à bout. Guérison.

2° Un homme de 57 ans reçoit une violente contusion thoraco-abdominale. Les jours suivants météorisme et diarrhée sanguinolentes. 4 semaines après l'accident, expulsion par l'anus d'un segment de grêle, long de 33 cm, avec son attache mésentérique. 1 mois plus tard, une laparotomie montra dans la fosse iliaque droite une masse d'adhérences où, à 30 cm environ du cæcum, l'iléon terminal était réuni par une anastomose spontanée termino-latérale à la partie proximale, très dilatée de cet iléon. Le mésentère portait les traces d'une déchirure à ce niveau. Après résection des parties altérées du grêle, une anastomose latéro-latérale correcte fut faite. Le malade guérit.

Dans ces 2 cas il y avait eu invagination iléo-iléale, auto-entérotomie, et auto-anastomose, avec élimination du segment invaginé.

M. Guimbellot.

Frederich A. Hill et **Donald E. Janelli.** — **Tumeurs malignes du diverticule de Meckel** (*The American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 4, Avril 1953, p. 525-527, avec 3 fig.).

A propos d'une observation de léiomyosarcome du diverticule de Meckel qui constitue le 19e cas de sarcome relevé dans la littérature, l'auteur passe en revue très rapidement la pathologie des tumeurs malignes du diverticule.

Lucien Leger.

G. L. Jordan et **O. H. Beahrs** (Rochester). — **Volvulus du cæcum comme complication post-opératoire** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 2, Fév. 1953, p. 245-249, avec 1 fig.).

A propos de 1 cas récent de volvulus du cæcum survenu quelques jours après une résection du côlon sigmoïde pour cancer, J. et B. ont recueilli tous les cas de volvulus du cæcum survenus à la Clinique Mayo, dans la période post-opératoire de 1936 à 1952. Ils en ont trouvé 6 observations, dont 3 sont d'ailleurs déjà publiées. 4 malades étaient des femmes, et 4 avaient plus de 50 ans. Il n'y a eu aucun décès.

1 cas survint 2 jours après une mastectomie bilatérale pour mammite kystique; détorsion et fixation du cæcum.

Le second cas survint 2 jours après le 2e temps d'une sympathectomie bilatérale pour hypertension. Appendicostomie fixant le cæcum.

Le troisième se produisit 3 jours après une cholécystectomie pour lithiase. Résection du cæcum partiellement gangréné.

Le quatrième suivit à 11 jours d'intervalle un Wertheim pour cancer du col utérin. Détorsion du volvulus. Appendicostomie.

Le cinquième suivit aussi une cholécystectomie à 3 jours de distance. Détorsion et cæcostomie.

Enfin le sixième est le cas de cancer du sigmoïde traité par résection et présentant 18 jours plus tard un volvulus du cæcum avec gangrène. Résection du cæcum et du côlon ascendant. Guérison.

M. Guimbellot.

G. Festa (Cagliari). — **Sur les invaginations des bosselures du cæcum** (*Archivio Italiano delle Malattie dell'Apparato Digerente*, vol. **19**, fasc. 1, 1953, p. 51-76).

L'invagination siège habituellement sur une seule bosselure, la première et surtout la deuxième, de la face externe du cæcum.

Elle apparaît à tout âge, avec, semble-t-il, une prépondérance à l'âge adulte.

La bosselure retournée en doigt de gant, ainsi que la paroi cæcale, peut présenter

des lésions de gravité variable depuis la simple congestion œdémateuse jusqu'à l'infarcissement et au sphacèle.

Le cæcum est fréquemment mobile (100 p. 100 des cas : Alberti). Étiologie et pathogénie ont donné lieu à de multiples théories — chacune ne reposant que sur des cas isolés. On pourrait les classer en 2 groupes : l'invagination serait un phénomène secondaire à une altération pariétale limitée (inflammatoire, parasitaire, vasculaire, néoplasique), ou bien elle serait purement dynamique rentrant dans le cadre de l'invagination intestinale dynamique.

La symptomatologie est celle de toute invagination, et la radiographie a pu quelquefois montrer une lacune au niveau du cæcum. Dans nombre de cas, les signes plutôt flous ne furent rattachés à leur vraie cause qu'après coup.

Le traitement fut dans les cas connus essentiellement varié.

Sur 88 cas étudiés par l'auteur, et parmi lesquels on note :

21 invaginations avancées : 5 guérirent par réduction spontanée, 4 par réduction par lavement baryté, 30 par simple désinvagination manuelle, 2 par enfouissement de la bosselure invaginée; dans 40 cas, on ajouta une cæcopexie à la désinvagination; dans 1 cas, iléotransversostomie; dans 6 cas, on dut faire une résection allant de la résection de la bosselure invaginée à l'hémicolectomie.

L'observation de l'auteur concerne une femme de 35 ans, hospitalisée pour « abdomen aigu ». Dans les antécédents : cholécystite chronique, et fièvre typhoïde grave 2 ans auparavant.

Début de la maladie actuelle, il y a 48 h par douleurs intermittentes de la fosse iliaque droite, suivies d'une débâcle diarrhéique sanglante, vomissements.

État grave : facies péritonéal, défense pariétale permettant néanmoins de sentir une masse de contours imprécis dans la région cæcale. Opération d'urgence avec diagnostic de « Cholécystite aiguë et soupçon d'invagination ».

La vésicule distendue, recouverte de dépôts fibrineux, est enlevée.

Au niveau du cæcum entièrement mobile, invagination de la deuxième bosselure externe, et œdème diffus. La réduction s'avérant impossible, on pratique une résection iléo-cæcale.

A la coupe de la pièce, la bosselure invaginée se présente comme une masse ulcérée et fortement œdématiée, ce qui s'opposait à sa réduction, car il n'y a pas à proprement parler d'anneau de striction.

A retenir de l'examen histologique : nécrose de la muqueuse, infiltration hémorragique et séreuse des diverses tuniques.

J. Assali.

V.C onsiglio (Bari). — **Entérokystome cæcal, chez un sujet âgé, déterminant une invagination iléo-cæco-colique. Colectomie. Guérison** (*Archivio Italiano delle Mallattie dell'Apparato Digerente*, vol. **19**, fasc. 1, 1953, p. 77-79).

Les premiers signes de cette invagination chez un homme de 52 ans, remontent à 1 mois. Il s'agissait de douleurs vagues dans la fosse iliaque droite, qui s'atténuaient rapidement. Puis apparaît un syndrome net d'occlusion, et l'on découvre une masse du volume d'une tête de fœtus, très douloureuse, dans l'hypocondre droit.

Quelques jours plus tard la masse fut découverte dans l'hypocondre gauche, et l'on intervient (professeur Catalano) avec le diagnostic de cancer occlusif.

La tête du segment invaginé atteignait le côlon descendant. Colectomie subtotale, emportant la moitié proximale du côlon descendant. Iléo-sigmoïdostomie.

Le cæcum et le début de l'ascendant sont le siège d'une masse recouverte d'une muqueuse saine, et constituée de plusieurs kystes à contenu ambré. Le diagnostic est donné par l'examen histologique.

Tandis que les kystes de localisation duodénale, jéjunale ou iléale, se manifestent par un syndrome de sténose, ou d'occlusion — ceux de siège cæcal demeurent inconnus, et constituent pour la plupart des découvertes d'autopsie.

Et ceci serait en faveur de l'hypothèse d'un drainage intermittent de l'entérokystome, dans la lumière de l'intestin.

J. Assali.

Charles G. Lenhart et **James P. Fleming** (Rochester, New-York). — **Traitement chirurgical des diverticulites du sigmoïde** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **19**, n° 2, p. 135-145, avec 8 fig.).

Après un rappel des notions générales concernant l'anatomie pathologique et l'évolution des diverticulites sigmoïdiennes avec leurs stades successifs d'abcès, d'obstruction, de perforation ou de fistule, les auteurs montrent que les conditions actuelles du traitement chirurgical de ces malades faisant largement appel aux antibiotiques permettent des interventions autrefois considérées comme dangereuses et qu'une intervention précoce évite souvent de graves accidents ultérieurs.

Les auteurs n'hésitent pas à mobiliser la région malade même en cas d'abcès péricolique à condition d'isoler la région malade de la grande cavité péritonéale au moyen d'un système de drainage aspiratif qui consiste essentiellement en drains de caoutchouc ou drains métalliques réunis à l'intérieur d'un cylindre de gaze.

La colostomie autrefois préconisée ne leur semble plus avoir, même en cas de perforation, à condition que l'exclusion de la grande cavité péritonéale soit soigneuse, que des indications d'exception.

10 observations brièvement rapportées illustrent cet exposé.

MARCEL ROUX.

P. Decker et **R. Mosimann** (Lausanne). — **Le traitement chirurgical du cancer du rectum et du bas sigmoïde** (*Helvetica chirurgica Acta*, Bâle, **20**, n° 1, Mars 1953, p. 1-16, avec 12 fig.).

L'amputation suivie d'anus iliaque définitif n'est plus aujourd'hui une intervention presque de nécessité absolue dans les cancers rectaux ou recto-sygmoïdiens. Les travaux récents et en particulier ceux de d'Allaines, ont montré la possibilité dans de nombreux cas de faire une résection suivie d'un rétablissement de la continuité. R. et M. font une revue générale des indications de cette intervention et rappellent les différents arguments qui en ont permis la réalisation (longueur utilisable, distance de l'anus, propagation lymphatique, vascularisation de l'anse abaissée, etc.). Ils exposent ensuite, avec figures à l'appui, leurs techniques d'amputation et de résection, en insistant sur l'abdomino-sacrée avec rétablissement de la continuité sur drain, qu'ils pratiquent en trois temps : périnéal, abdominal, périnéal. Ils fixent à 8 cm la limite inférieure maxima de la lésion. Ils ne paraissent pas envisager l'utilisation du transverse et ne parlent d'ailleurs pas des recherches d'André Toupet sur ce point, bien que leur technique d'amputation se rapproche un peu de celle de cet auteur pour le temps d'abaissement.

M. DENIKER.

W. B. Neal, E. R. Woodward, A. E. Kark, P. V. Harper et **L. R. Dragstedt** (Chicago). — **Résection abdomino-périnéale du rectum par la technique des deux équipes** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 3, Mars 1953, p. 325-328, avec 3 fig.).

Les auteurs insistent sur les avantages qu'il y a à pratiquer l'amputation abdomino-périnéale du rectum pour cancer à l'aide de deux équipes travaillant simultanément l'une par la voie abdominale l'autre par la voie périnéale. L'opéré est mis en position de léger Trendelenbourg, avec les hanches et les genoux légèrement fléchis et les cuisses en abduction, le sacrum soulevé par un coussin de sable.

Ils pratiquent l'ablation du côlon gauche tout entier et de la moitié gauche du transverse (un anus transverse sera fait en terminant par fixation du bout colique proximal dans une contre-ouverture médiane sus-ombilicale). L'équipe abdominale commence, mobilise le côlon descendant et va lier et sectionner la partie haute de l'artère et de la veine mésentériques inférieures. L'équipe périnéale commence alors à libérer le canal anal et le rectum de bas en haut, tandis que l'équipe abdominale libère le côlon et le rectum de haut en bas. Après ablation de l'intestin l'équipe abdominale ferme soigneusement le péritoine pelvien par en haut, pendant que l'autre équipe place un tamponnement serré périnéal.

17 cancers ont été opérés sans mortalité par cette méthode. L'excision est plus facile et plus complète, le temps opératoire est raccourci, la réfection du plancher périnéal est meilleure, et l'ablation en bloc de l'hémi-côlon gauche fait une ablation complète des lymphatiques.

M. GUIMBELLOT.

C. C. Winkelsmith (Copenhague). — **7 cas d'imperforation anale traitée par replacement abdomino-périnéal du rectum** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1, 4 Mai 1953, p. 305-311).

7 cas furent traités avec succès par cette intervention. Le fonctionnement de l'anus est satisfaisant. Mais comme les opérés n'ont pas encore 2 ans, il est trop tôt pour avoir une opinion sur la valeur définitive de cette opération. Aucun rétrécissement de l'urèthre aucune hydronéphrose n'a été observée.

A signaler que, chez 3 enfants, une lésion cardiaque était associée à la malformation anale.

MÉTIVET.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

Frederic W. Taylor et **David Rosenbaum** (Indianapolis). — **Contre la ligature de l'artère hépatique dans l'hypertension portale** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 13, 28 Mars 1953, p. 1066-1069, avec 4 fig.).

Des études de perfusion sur le foie humain cirrhotique ont montré que la pression au niveau de la veine porte diminuait après oblitération de l'artère hépatique. Cette chute tensionnelle du courant artériel jointe à la chute du courant veineux entraîne une diminution du flot sanguin à travers le foie et il semble que sur un organe pathologiquement altéré cette conséquence ne soit pas souhaitable. Dans quelques cas d'ailleurs la ligature de l'artère hépatique n'amène pas d'abaissement de la tension portale en raison des nombreuses voies anastomotiques qui se développent dans certains syndromes de blocage porte extra-hépatique.

Enfin malgré son apparence de simplicité l'intervention est souvent rendue très laborieuse du fait du remaniement vasculaire de la région et elle comporte alors de sérieux risques.

Toutes ces raisons amènent les auteurs à conclure que cette intervention doit être abandonnée puisqu'il est actuellement impossible de prévoir à l'avance à quel cas particulier elle pourrait être légitimement appliquée.

MARCEL ROUX.

Povl Borch-Madsen (Nykobing). — **1 cas d'adénocholangiome primitif du foie** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 55-62, avec 3 fig.).

A propos de 1 cas d'adénocholangiome primitif du foie opéré avec succès chez une femme de 64 ans, l'auteur étudie brièvement la symptomatologie et la classification des tumeurs primitives du foie.

MÉTIVET.

Francisco Reyes (Mexico). — **Perforation de la vésicule biliaire** (*Cirugia y Cirujanos*, **20**, 7, Juillet 1952, p. 300-321).

Envisageant les diverses causes de perforation vésiculaire, l'auteur est amené, en débordant le cadre du titre de cet article, à envisager le mécanisme de bien des affections biliaires : cholécystites suppurée, gangréneuse, hydrocholécyste, perforation mécanique par un calcul enchatonné dans la paroi du cholécyste, volvulus de la vésicule et nécrose ischémique. A propos de l'hydrocholécyste, il rappelle les diverses théories qui expliquent la formation de la bile blanche.

6 observations sont rapportées : 3 perforations de vésicule calculeuse, traitées par cholécystostomie sur l'orifice de perforation, avec 2 guérisons. L'un de ces cas fut réopéré pour ablation de calculs cholédociens. Une perforation à bas bruit dans une hernie ombilicale, qui contenait 56 calculs expulsés de la vésicule. Une perforation imminente par usure presque complète de la paroi vésiculaire au contact d'un calcul. Une observation d'hydrocholécyste géant pris cliniquement pour un kyste de l'ovaire.

Prenant la parole à la suite de cet exposé, à l'Académie mexicaine de chirurgie, Guillermo Alamilla rapporte, en plus des exemples de perforations spontanées de la vésicule (cholécystite calculeuse ou gangréneuse), des perforations par contusion ou plaie de l'abdomen, ou à la suite de l'épreuve de Meltzer-Lyon. L'ensemble équivaut à 5 p. 100 du total des cholécystectomies pratiquées. Rejetant la cholécystostomie réalisée dans tous ses cas par Reyes, Alamilla préconise la cholécystectomie en face de toute perforation de vésicule pathologique, avec cholédocotomie contemporaine s'il existe une lithiase associée de la voie principale.

G. Edelmann.

M. H. Huertas et **U. Hinderer** (Madrid). — **Cancer primitif de la vésicule biliaire** (*Revista Española de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutricion*, t. **11**, n° 6, Nov.-Déc. 1952, p. 1241-1254, avec 10 fig.).

Observation I. — Malade de 54 ans opérée 2 ans auparavant pour un ulcère double de l'estomac (petite courbure) et du duodénum. On a fait une gastrectomie à la Von Haberer et on n'a observé aucune altération de la vésicule.

Lorsqu'elle est à nouveau hospitalisée, elle présente une tumeur du volume d'une orange, sous le rebord costal droit, mobile avec les mouvements respiratoires, globuleuse, non douloureuse.

On intervient par voie transrectale droite. Il s'agit d'une tumeur vésiculaire fortement adhérente au foie, avec quelques noyaux métastatiques sur la face supérieure. Il y a un gros calcul et de nombreux petits dans la vésicule. Cholécystectomie avec résection d'une portion du foie. Suites normales. Guérison opératoire en 20 jours. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma atypique.

Obs. 2. — Femme de 54 ans, souffrant de coliques hépatiques depuis 10 ans environ et présentant une tumeur perceptible dans l'hypochondre droit. A l'intervention, il s'agit d'une vésicule volumineuse, très adhérente, contenant un calcul. Cholécystectomie avec suture du lit hépatique. Mort au bout de 48 h. A l'examen histologique, adénocarcinome très indifférencié.

Obs. 3. — Femme de 48 ans présentant une histoire analogue. A l'intervention, vésicule très augmentée de volume avec péricholécystite intense, induration du fond et du col de l'organe et calcul du cystique. Cholécystectomie. A l'examen histologique, il existe des follicules tuberculeux et des zones carcinomateuses. Guérison opératoire.

Obs. 4. — Femme de 24 ans. A l'intervention, il existe, appendue au foie, une masse du volume d'une tête de fœtus correspondant à la vésicule. Cholécystectomie. Sur la pièce opératoire, il y a des lésions d'inflammation chronique, et d'autres d'aspect franchement carcinomateux.

G. Menegaux.

J. Hutchinson et **A. L. Morton** (Glasgow). — **Résultats éloignés de la cholécystostomie** (*Glasgow Medical Journal*, vol. **34**, n° 5, Mai 1953, p. 195-200).

Les auteurs rappellent les innombrables articles consacrés à l'étude des mérites respectifs de la cholécystostomie et de la cholécystectomie.

Le travail est essentiellement basé sur un questionnaire adressé à 400 opérés, et fait état de 299 réponses valables. 53 p. 100 des malades se considèrent comme « guéries »; chez les autres malades sont observées des douleurs (38 p. 100), des vomissements (34 p. 100), de l'ictère (10 p. 100).

Les résultats sont d'autant plus défavorables que la vésicule contenait un plus grand nombre de calculs. Enfin 33 malades ont dû être réopérés.

Dans l'ensemble les résultats sont plus mauvais qu'après cholécystectomie.

H. et M. envisagent les causes de récidives mais ne paraissent avoir utilisé ni la radiomanométrie, ni le radio-diagnostic per-opératoire.

Henri Redon.

Karl Lehmann (Copenhague). — **Lésions accidentelles des canaux biliaires profonds au cours des cholécystectomies** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 195-208).

Sur 630 cholécystectomies, l'auteur a eu 4 cas de lésions opératoires des canaux biliaires profonds. Les résultats, après opérations itératives, furent bons dans 3 cas, assez bon dans 1 cas.

L'auteur recommande comme intervention de choix, la suture bout à bout après mobilisation étendue du cholédoque. Si cette intervention ne peut être effectuée correctement, on aura recours à une anastomose.

Dans tous les cas, un tube fixé et maintenu longtemps évitera la production d'une sténose secondaire.

MÉTIVET.

Knud Bierring (Roskilde). — **Lésions des voies biliaires au cours de la cholécystectomie** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 27-33).

Sur 650 interventions pratiquées pour lithiase biliaire : 4 fois certainement, 2 fois probablement, les voies biliaires ont été lésées.

Dans 2 cas, les lésions furent reconnues au cours de l'intervention; dans les autres cas, elles nécessitèrent une intervention secondaire.

L'intervention de choix est la suture bout à bout après mobilisation étendue du cholédoque, suivant la technique de Lahey.

Pour éviter ces incidents opératoires, l'auteur conseille d'aborder la vésicule par incision transversale, d'aller au pédicule, de lier l'artère cystique, puis le cystique, et de pratiquer une cholécystectomie rétrograde (toutes les fois que cela est possible).

MÉTIVET.

R. E. Rothenberg (Brooklin). — **Les effets de la cholécystectomie sur l'estomac et le duodénum** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 4, Avril 1953, p. 421-429, avec 14 fig.).

Dans cette série de 75 cholécystectomies, 6 malades (8 p. 100) présentèrent, en même temps qu'une lithiase biliaire, un ulcère du duodénum reconnu avant l'intervention. Un seul d'entre eux dut subir une gastrectomie dans un deuxième temps, 2 ans plus tard. Les autres furent traités médicalement.

La cholécystectomie laisse fréquemment une déformation radiographique du duodénum laissant penser à un ulcère, bien qu'il n'y en ait aucun signe clinique. Ce fut le cas de 8 malades (10,6 p. 100).

Par contre, 6 malades (8 p. 100) présentèrent des troubles divers, coliques, nausées, vomissements, dyskinésies, sans la moindre modification radiographique de l'estomac ou du duodénum.

ANDRÉ SICARD.

D. V. Troppoli et **L. J. Cella** (Providence). — **Le syndrome consécutif à la cholécystectomie** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 2, Fév. 1953, p. 250-254, avec 2 fig.).

Les syndromes douloureux qui suivent les cholécystectomies sont bien connus et de nombreuses explications en ont été données; les causes peuvent d'ailleurs varier avec les sujets.

T. et C. rapportent 2 observations où l'on ne trouva pas d'autre explication que la présence d'un névrome net au niveau du moignon du cystique, névrome analogue à ceux des moignons d'amputation.

Il s'agissait de 2 femmes, l'une âgée de 45 ans ayant eu une cholécystectomie pour lithiase plusieurs années auparavant, l'autre âgée de 49 ans, ayant eu 25 ans auparavant une cholécystectomie pour ce qu'on appela une cholécystite chronique. Toutes les deux avaient continué à souffrir de crises violentes depuis leur opération. Une

nouvelle intervention montra chez chacune d'elles un petit moignon cystique qui fut enlevé et contenait un névrome vérifié histologiquement. Une sonde passée dans le cholédoque montra sa perméabilité et l'absence de tout calcul. La suppression de ces moignons cystiques et des névromes qu'ils portaient suffit à amener la guérison.

T. et C. conseillent, au cours de la cholécystectomie, de séparer minutieusement les filets nerveux qui entourent les conduits biliaires et l'artère cystique, afin de ne pas les prendre dans la ligature.

M. Guimbellot.

N. Frederick Kicken et **A. J. McAllister** (Salt Lake City, Utah). — **Traitement des calculs de la voie biliaire principale** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° 5, Nov. 1952, p. 705-713.

De cet article de généralités dont l'intérêt vient surtout de l'immense expérience des auteurs qui totalisent 1 600 opérations sur les voies biliaires, nous retiendrons seulement l'intérêt qu'ils manifestent pour la cholangiographie per-opératoire en attendant probablement de découvrir un jour la manométrie, l'hostilité qu'ils marquent pour le drainage trans-papillaire, l'extraction du drain ayant nécessité par 2 fois de réintervenir, leur prévention aussi contre une longue branche supérieure du tube en T capable de remonter dans l'un des deux canaux hépatiques principaux et risquant ainsi d'obstruer l'autre partiellement, leur tendance enfin à ne pas prolonger le drainage biliaire par tube en T plus longtemps que 3 semaines en raison de la réaction fibreuse que ce drainage provoque toujours quel que soit le matériel employé.

Les auteurs n'ont pas été satisfaits de la technique de Pribram dans les calculs oubliés de la voie biliaire principale et n'en ont obtenu pratiquement que des échecs.

Marcel Roux.

J. Caroli et **J. Nora** (Paris). — **L'hépatocholédoque dans les pancréatites** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, an. **29**, n° 12, 15 Fév. 1953, p. 575-591).

Les auteurs insistent sur l'intérêt de l'étude de l'état organique et fonctionnel des voies biliaires aux cours des pancréatites et sur la nécessité de n'utiliser que des méthodes physiologiques avec des solutions iodées, hydrosolubles non irritantes (diodone à 20 ou 30 p. 100).

Ils classent les altérations radiomanométriques des pancréatites chroniques en deux types :

Le type I comporte une ectasie de tout l'arbre biliaire sus-pancréatique avec arrêt de forme conique au bord supérieur de la glande. En augmentant la pression de perfusion on remplit un cholédoque rétro-pancréatique rigide présentant un aspect de sténose diffuse à bords parallèles. L'atonie oddienne est de règle. Le reflux wirsungien manque habituellement.

Le type II comporte une dilatation modérée, mais globale de la voie biliaire, trajet rétro-pancréatique compris. Seul le cholédoque papillaire est sténosé, sa résistance à la perfusion augmentée. Le reflux wirsungien est de règle avec dilatation du canal. Ici la pancréatite est secondaire à une hypertonie scléreuse du sphincter d'Oddi : c'est une pancréatite de stase.

Au premier type on offre en principe l'anastomose bilio-digestive (l'anastomose cholédoco-jéjunale sur anse exclue a la préférence des auteurs), au deuxième type s'adresse la sphinctérotomie.

Au cours des pancréatites aiguës, le comportement de la voie biliaire se prête à moins de schématisation.

Sur 12 observations, il était normal dans la moitié des cas, mais le reflux wirsungien a paru ici plus fréquent. Notons qu'il semble que ce reflux a d'autant plus de chances d'être constaté, qu'on multiplie les clichés au cours de l'exploration, et que de ce fait sa valeur pathologique est discutable.

Jacques Hepp.

A. Bonilla-Naar. — **Intra-hépatico-cholangio-jéjunostomie avec hépatectomie. Technique de Longmire-Sandford modifiée (2 cas)** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **40**, n° 13, 27 Mars 1953, p. 753-755).

Il s'agit d'une technique d'hépatectomie partielle gauche pour obstruction des

voies biliaires extra-hépatiques avec anastomose du canal intra-hépatique gauche et d'une anse jéjunale (Longmire et Sandford, *Surgery*, Août 1948).

Dans 2 cas personnels, l'auteur a fait l'anastomose hépatico-jéjunale termino-latérale, en utilisant comme tuteur une sonde en gomme qu'il a enfouie sur une assez grande longueur, à la manière de Witzel. L'anastomose a été faite au sommet d'une anse grêle; on peut toujours, si on le croit nécessaire, y associer une jéjuno-jéjunostomie sous-jacente. La sonde est enlevée au bout de 8 à 15 jours.

Les 2 cas furent opérés pour cancer des voies biliaires. L'un est mort 3 mois après de cachexie cancéreuse. L'autre est encore vivant 2 mois 1/2 après l'intervention.

Les observations ne sont pas publiées.

G. Menegaux.

A. Lee McGregor (Johannesburg). — **Hémorragie mortelle des canaux biliaires** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **18**, n° 6, Déc. 1952, p. 838-845, avec 2 fig.).

Les affections des voies biliaires tiennent une petite place dans l'étiologie des hémorragies digestives massives. L'observation que rapporte l'auteur concerne 1 cas de rupture d'un anévrysme de l'artère hépatique à l'intérieur de la voie biliaire principale. Il s'agissait d'un homme de 43 ans porteur d'une lithiase vésiculaire chez qui la survenue d'un ictère fit pratiquer une cholécystectomie et une cholédocotomie avec ablation de 2 petits calculs dont le faible volume ne semblait pas, la papille étant largement perméable, suffire à expliquer l'ictère. Aussi bien 1 an plus tard le malade recommençait à souffrir et il présentait brusquement un jour une hémorragie digestive massive avec hématémèse et mélæna. Devant l'inefficacité d'un traitement médical pour ulcère probable, on décida de pratiquer une laparotomie exploratrice. On ne découvrit aucune cause gastrique à l'origine de cette hémorragie, mais la voie biliaire principale apparut très large et, étant ouverte, donna issue à de volumineux caillots, après extraction desquels l'hémorragie reprit. Elle fut maîtrisée par tamponnement à la gélatine. La voie biliaire principale fut drainée. La nature exacte de cette hémorragie intra-cholédocienne ne fut pas décelée.

Les hémorragies se renouvelèrent. Le malade subit une 3e opération sans plus de succès, puis une 4e, toujours aussi peu explicite et finalement succombait à la suite d'une hémorragie incoercible.

Ce fut l'autopsie qui donna la clé de l'énigme. Il s'agissait de l'ouverture d'un anévrysme de la branche droite de l'artère hépatique à l'intérieur du canal hépatique droit, en plein parenchyme hépatique.

A l'occasion de cette observation l'auteur passe en revue les observations jusqu'ici publiées d'anévrysme de l'artère hépatique. La syphilis ne semble pas être un facteur fréquent. Elle était d'ailleurs absente dans le cas présent.

Le diagnostic de cette lésion est évidemment extrêmement difficile et n'a pratiquement jamais été fait. Seuls les anévrysmes du tronc de l'artère hépatique ou de l'une de ses branches terminales à l'intérieur du pédicule hépatique ont pu être diagnostiqués en cours d'intervention. Dans 2 cas la ligature de l'artère hépatique permit la guérison de la lésion. Pour être efficace cette ligature devrait porter le plus près possible de l'anévrysme et lorsque comme dans le cas ici rapporté une seule branche est intéressée sur cette seule branche bien entendu.

L'auteur semble envisager sans trop de crainte une semblable ligature.

Nous pensons personnellement qu'elle devrait être suivie d'une hépatectomie homologue.

Marcel Roux.

Mini (Bologne). — **Les Fistules bilio-digestives spontanées** (*La Clinica*), an. **14**, n° 1, 1953, p. 31-63).

Ce travail s'appuie sur 6 observations : la 1re, sténose pylorique serrée chez une femme de 32 ans avec cholécystite calculeuse perforée dans le duodénum, une cho-

lécystectomie suivie de résection gastro-duodénale amena la guérison. La 2e, calculose du cholédoque avec fistule cholécysto-duodénale chez une femme de 47 ans, fut guérie après opération : cholédocotomie, drainage du cholédoque et de l'hiatus de Winslow. La 3e chez un homme de 53 ans, cholécystite calculeuse avec fistule cholécysto-colique guérit après cholécystostomie, un 4e cas concerne une femme de 40 ans, atteinte de sténose pylorique avec fistule cholécysto-pylorique et migration de calcul enclavé dans la paroi gastrique, la guérison fut obtenue par cholécystectomie avec résection gastro-duodénale. Un homme de 31 ans atteint de fistule duodéno-cholédocienne guérit après gastrectomie type Finsterer. Enfin le dernier cas, chez un homme de 53 ans, atteint également de fistule duodéno-cholédocienne fut aussi guéri par gastrectomie.

OLIVIERI.

Woodman (Westlock). — **Fistule biliaire interne** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **68**, n° 5, Mai 1953, p. 491-492).

C'est la très courte observation d'une fistule cholédoco-duodénale consécutive à la perforation d'un ulcère duodénal dans la voie biliaire principale. Le malade avait été opéré 5 ans plus tôt d'une perforation en péritoine libre. Une gastrectomie partielle le guérit.

HENRI REDON.

Ricciardi (Rome). — **Fistules bilio-digestives spontanées et artificielles** (*Il Policlinico* [*Sezione Chirurgica*], vol. **60**, n° 2, Avril 1953, p. 129-136).

Dans ce travail, R. étudie principalement les fistules biliaires vers le duodénum, provoquées par l'ulcère duodénal. Après en avoir étudié la pathogénie, la clinique (en insistant spécialement sur l'ictère qui accompagne l'ulcère), R. passe à l'examen radiologique qui permet de faire dans un grand nombre de cas le diagnostic pré-opératoire.

Dans 2 cas personnels, l'anastomose cholédoco-duodénale a été faite suivant la méthode termino-terminale après avoir mis dans le cholédoque un petit tube muni à son extrémité d'un petit plomb arrondi et plat solidarisé avec lui par un fil de soie. La suture duodénale a été consolidée par des points entre le duodénum et le petit épiploon. Avant toute anastomose, il avait été nécessaire de préparer le cholédoque et de mobiliser le duodénum par le procédé de Vautrin-Kocher.

Les 2 malades ont guéri.

OLIVIERI.

PANCRÉAS

Mario Carravetta. — **Classification clinique des pancréatites aiguës** (*E. M. E. S. Edizioni Mediche e Scientifiche*, Rome, 1952).

Cette monographie qui constitue le rapport au LIVe Congrès de la Société Italienne de Chirurgie (Venise, Oct. 1952) réalise une mise au point de la pancréatite aiguë dans laquelle nous retiendrons surtout l'étude anatomo-radiologique du pancréas à la lumière du rétro-pneumopéritoine.

LUCIEN LEGER.

Johs Spotopt (Kalundborg). — **Kyste du pancréas à symptomatologie particulière** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 271-279, avec 4 fig.).

Kyste du pancréas révélé par une hématémèse, celle-ci paraissant liée à l'existence de varices œsophagiennes dues à la compression par le kyste.

Courte revue générale concernant l'étiologie, le diagnostic et le traitement de ces kystes.

L'auteur conseille, quand cela est possible, de pratiquer une kysto-entérostomie transmésocolique en Y (Roux). Si cette intervention est impossible, il faudra marsupialiser le kyste et prévoir une fistulisation qui nécessitera une intervention ultérieure.

MÉTIVET

L. Dominguez Navarro (Madrid). — **Lymphosarcome du pancréas** (*Cirugia, Ginecologia y Urologia*. Madrid, 2e série, 5, n° 1, Janvier 1953, p. 37-41, avec 7 fig.).

Observation d'un malade de 20 ans souffrant du ventre depuis 3 ans, pris subitement d'une douleur aiguë de la fosse iliaque droite avec irradiation épigastrique, fièvre, puis diarrhée intermittente. Hospitalisé 48 h plus tard et traité aux antibiotiques. On observe alors des poussées fébriles avec frissons et au 14e jour apparition d'un ictère qui va progressant, tandis que la douleur s'intensifie et se propage à la région vésiculaire. Passage en chirurgie où l'on constate tous les signes d'un ictère chronique par rétention avec selles décolorées et l'on intervient sans diagnostic étiologique précis. Anesthésie à l'éther en circuit fermé après préparation au scophédal. Ablation d'une vésicule atrophique. Ouverture avec intubation et cathétérisme du cholédoque : aucun calcul perçu. Par contre la tête du pancréas contient plusieurs noyaux du volume d'une amande, pas très durs et dont l'un comprime nettement le cholédoque. Nombreux ganglions. On se décide pour une pancréatectomie subtotale avec fermeture du moignon caudal, gastro-jéjunostomie et implantation du cholédoque dans le jéjunum. Suites opératoires normales, mais exitus dans le cours des mois suivants.

Diagnostic histologique : lymphosarcome à petites cellules rondes, tumeur relativement rare puisque les statistiques les plus récentes, celle de Gruber en particulier n'en signalent qu'une cinquantaine de cas.

M. DENIKER.

Johan Holst (Oslo). — **A propos du traitement de l'hyperinsulinisme** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 138-144).

L'auteur a observé 7 cas d'hyperinsulinisme grave.

Dans 4 cas, les insulomes furent trouvés et extirpés. La guérison de l'hypoglycémie fut obtenue.

Dans les 3 autres cas, les insulomes ne furent pas trouvés, une extirpation de la queue et du corps du pancréas fut pratiquée, sans succès. On réintervint dans ces 3 cas. Des incisions exploratrices furent pratiquées sur la tête du pancréas; elles permirent de découvrir les tumeurs. Dans 2 cas, une résection assez étendue de la tête fut pratiquée avec succès; dans 1 cas, 2 insulinomes furent énucléés, mais sans succès.

L'auteur conseille de toujours chercher les tumeurs avec persévérance. Si l'on ne trouve rien, on pourra pratiquer une résection du corps et de la queue du pancréas. Si aucune amélioration ne se produit, on devra, dans un deuxième temps, explorer la tête du pancréas, pratiquer des incisions exploratrices (après avoir cathétérisé le cholédoque). Le ou les insulomes seront extirpés avec une mince lame de tissu pancréatique.

MÉTIVET.

P. W. Hoffert (Bronx). — **Hémorragie gastro-intestinale supérieure massive après pancréatico-duodénectomie** (*Annals of Surgery*, vol. **137**, n° 3, Mars 1953, p. 382-388, avec 6 fig.).

H. relate l'observation très détaillée d'un homme de 64 ans qui subit une pancréatico-duodénectomie pour cancer ulcéré de l'ampoule de Vater. Dans cette intervention on enleva le tiers inférieur de l'estomac, le duodénum tout entier et la tête du pancréas, avec la partie correspondante du cholédoque. Le jéjunum, fermé à son extrémité sectionnée, fut attiré à travers le côlon transverse, et anastomosé par termino-latérale au bout supérieur du cholédoque; en aval, le jéjunum fut anastomosé au corps du pancréas contenant le Wirsung, et assez loin plus en aval, à la partie sectionnée de l'esto-

mac ; un long drain en T drainait à l'extérieur du ventre, par une contre-ouverture du jéjunum et de la paroi abdominale, les sécrétions biliaire et pancréatique.

Le 18e jour et les jours suivants le malade fit, par son incision et par hématémèse et melæna, des hémorragies importantes, qui conduisirent à réintervenir le 21e jour. Il fut d'abord difficile de voir la source de l'hémorragie qu'on put néanmoins arriver à localiser dans une érosion superficielle du versant jéjunal de l'anastomose gastro-jéjunale. On réséqua alors toute cette zone anastamotique, en ne laissant en place que le tiers supérieur de l'estomac, pour supprimer la zone de sécrétion acide ; une nouvelle anastomose fut faite sur une partie plus éloignée du jéjunum. Le malade guérit de cette intervention, malgré une petite fistule, à l'endroit de l'ancien drain en T, fistule qui fut fermée chirurgicalement 3 mois plus tard. L'opéré mourut de métastases avec ascite, 1 mois après cette dernière intervention.

H. a revu la littérature à ce sujet et trouvé dans les suites de pancréatico-duodénostomie 6 cas publiés d'hémorragies massives gastro-intestinales et 5 cas d'ulcérations gastro-jéjunales sans hémorragie. Il pense que pour éviter cette complication il faut faire une gastrectomie subtotale, et éviter l'erreur qu'il a commise en dérivant les sécrétions alcalines biliaire et pancréatique loin de l'anastomose gastro-jéjunale.

M. Guimbellot.

RATE

Walter Dent Wise (Baltimore). — **Transplantation péritonéale multiple du tissu splénique après rupture traumatique de la rate** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **96**, n° 4, Avril 1953, p. 427-429, avec 3 fig.).

Il s'agit d'un cas rare d'auto-transplantation dans l'épiploon de fragments de rate rompue.

La rupture avait été secondaire et le blessé, âgé de 24 ans, ne fut opéré que 6 semaines après l'accident. Une splénectomie d'urgence fut sans histoire. Mais, 1 mois plus tard, un syndrome occlusif fit réintervenir pour sectionner une bride. Après 8 mois de guérison, nouvelle occlusion. Une bride fut à nouveau sectionnée. Au cours de la laparotomie, on découvrit dans le grand épiploon 10 à 20 transplants spléniques, de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une petite pièce de monnaie, au niveau desquels on constata nettement des corpuscules de Malpighi.

Il ne peut s'agir de rates surnuméraires puisqu'elles n'avaient pas été constatées au cours des deux premières laparotomies.

Cette observation n'est accompagnée d'aucun commentaire.

André Sicard.

George W. Zeluff (Houston Texas) et **Victor Parsonnet** (Valhalla, New-York). — **Rupture d'anévrysme de l'artère splénique** (*Annals of internal Medicine*, vol. **35**, n° 2, Août 1951, p. 437-443).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 32 ans hospitalisée pour épanchement pleural gauche qui se montre à la ponction contenir du sang, et qui fut évacué. L'épanchement se reproduisit 10 jours plus tard après des douleurs thoraciques intenses et entraîna la mort dans un tableau d'hémorragie aiguë. A l'autopsie, toute la cavité pleurale et abdominale était remplie de sang frais : à 1 cm de l'origine de la splénique un anévrysme sacculaire rompu de 2,5 de longueur et de 10 cm de diamètre. L'artère en amont et en aval de cet anévrysme était normale.

A l'examen anatomique : nécrose de la média de l'artère, calculs pancréatiques, lésions de pancréatite chronique.

Affection rare, plus fréquente cependant chez la femme que chez l'homme, puisque Muller l'a rencontrée 1 fois sur 1 150 autopsies et que Cosgrove l'a vue une fois seulement sur 3 400 cas.

Sur 97 cas, Cosgrove a trouvé 60 femmes et 37 hommes; mais quand la rupture se produit après 45 ans, pas de sexe prépondérant. Il n'y a pas d'explication satisfaisante de cette prépondérance féminine dans le jeune âge en dehors du rôle de la grossesse qui joue un rôle déterminant certain.

Parmi les facteurs étiologiques, on peut distinguer : l'artériosclérose, les embolies septiques, les anomalies congénitales, rencontrées les plus fréquemment.

La rate mobile, la maladie de Gaucher, la maladie de Banti, la syphillis, la nécrose de la média ne peuvent être incriminées que comme causes accessoires de cet anévrysme.

Forbus pense que ces anévrysmes se développent comme les anévrysmes miliaires cérébraux à partir d'un défaut de structure de la média localisé au niveau d'une bifurcation artérielle. Il pense que ce ne sont pas là conséquence d'un processus inflammatoire d'artério-sclérose ou d'un traumatisme mais de malformations congénitales. Peut-être d'ailleurs l'augmentation de la pression artérielle de la grossesse, ou peut-être l'existence de sécrétions hormonales offrent-elles l'explication de ces dilatations au cours de la gestation.

La symptomatologie de ces anévrysmes est extrêmement variable.

Dans la série des 63 cas rapportés par Cosgrove, 25 malades ont eu des signes prémonitoires à la rupture : douleurs gastro-intestinales, perte de poids, anémie, dyspnées, syncopes, parfois masse abdominale.

La rupture est marquée par l'exagération des symptômes, ou l'apparition de nouveaux signes : douleur abdominale, melæna, hématémèse, dyspnée, syncope, vomissements, apparition d'une masse abdominale ou d'une splénomégalie, bruits ou localisations pulsatiles anormales de l'abdomen.

Des examens de complément sont parfois utiles pour le diagnostic : existence d'une stéatorrhée, probablement due à une obstruction du canal pancréatique, calculs pancréatiques, calcifications des parois de l'anévrysme dont la projection est variable au niveau de la petite ou de la grande courbure.

La rupture se fait de préférence dans la grande cavité péritonéale, dans l'estomac, dans le pancréas. Mais elle peut se faire rétro-péritonéale, dans le côlon, ou dans plusieurs organes à la fois.

Le type de rupture est infiniment variable : rapide, suraiguë, entraînant une mort rapide, ou par étapes voire en plusieurs mois, dans les tableaux suivants : anévrysme fissuré, hématome enkysté de l'arrière-cavité des épiploons et rupture secondaire.

Le traitement général de la rupture est celui de shock :

Localement, les tamponnements sont inefficaces, la simple ligature de la splénique l'est aussi et risque d'entraîner une dégénérescence aseptique de la rate.

Ligature et splénectomie constituent le traitement le plus efficace. Ce cas constitue le premier cas connu de rupture d'un anévrysme splénique dans le thorax.

P. Binet.

P. Croizat, M. Plauchu, Mlle J. Lanternier et **Rendu.** — **Maladie de Banti et hypertension portale** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, an. **33**, n° 786, 5 Oct. 1952, p. 851-867).

De cette revue générale sur la maladie de Banti, sont surtout à retenir les constatations anatomiques des auteurs. Il en ressort que les lésions spléniques, fibro-adéniques péri-artérielles type Banti, sont avant tout significatives d'hypertension portale, traduisant la lutte artérielle prolongée contre celle-ci. Dans les Banti sans hypertension portale, s'observent au début des rates fibro-congestives, et plus tard des fibroses spléniques moins systématisées.

La souffrance du système veineux au cours du syndrome de Banti est très fréquente, surtout sous forme de sténoses portales extra-hépatiques intrinsèques acquises chez l'adulte, congénitales chez l'enfant.

Chez l'adulte les sténoses extrinsèques ou intra-hépatiques, sont possibles, mais plus rares.

Jacques Hepp.

GLANDE SURRÉNALE

Benelli, M. Laporte, A. Geyer et **M. Curet** (Marine Lorient). — **Hypertension paroxystique par cortico-surrénalome à cellules spongiocytaires de la surrénale gauche. Ablation, guérison** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **29**, n° 7, 30 Janv. 1952, p. 322-324).

Chez un jeune homme de 21 ans les auteurs ont fait le diagnostic d'hypertension paroxystique d'origine surrénale à l'occasion de crises douloureuses de l'hypocondre gauche, accompagnées d'hypertension à 25-14 et parfois d'hématémèse ou de melæna et aussi d'une hyperglycémie de type adrénalinique à 2,40 g.

L'urographie intra-veineuse, normale à droite, ne montrait qu'une ébauche d'opacification à gauche; au rétro-pneumo-péritoine une ombre arrondie sus-hilaire attirait l'attention. L'intervention : surrénalectomie gauche, montra une glande d'aspect sub-normal dans ses 3/4 supérieurs, présentant à son pôle inférieur une masse ovoïde de 15 mm sur 10.

Il s'agissait d'un cortico-surrénalome à cellules spongiocytaires. La guérison est contrôlée 3 ans après.

L'hypertension était-elle d'origine réflexe, ou liée directement à la tumeur et à l'effet potentialisateur des cortico-stéroïdes vis-à-vis de l'adrénaline ?

JACQUES HEPP.

Joseph W. Jailer (New-York). — **Soins pré- et post-opératoires dans la chirurgie surrénale** (*Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons*, 14, 19, 20 et 21 juin 1952, Baltimore 1953, p. 81-84).

La déficience surrénale, mortelle en 10 jours pour l'animal, qui suit la double surrénalectomie totale peut être corrigée partiellement par la 11-*désoxycorticostérone* (DCA). Mais son action doit être complétée par l'emploi de l'*hormone corticale totale, la cortisone*. Ainsi se réduisent très grandement les risques de la chirurgie surrénale radicale.

En effet, la 11-*désoxycorticostérone*, si elle agit sur le métabolisme de l'eau et des sels, agit peu sur les métabolismes protidique et glucidique : si l'animal peut être maintenu en vie, il n'est pas protégé par elle contre le *stress* - agression du froid, de l'infection, des toxines, etc.

Par contre, *les* 11-*oxystéroïdes* (*cortisone*, *compound F* et à un moindre degré *corticostérone* ou *compound B*) sont efficaces contre le *stress* : ils agissent sur les métabolismes protidique et glucidique, réduisent le nombre des éosinophiles, accroissent la vigueur musculaire. Ils retiennent bien aussi le sel, mais à un moindre degré que la désoxycorticostérone. Ils freinent la formation de l'*adréno-cortico-trophine hypophysaire* ou A. C. T. H. Cette dernière hormone est également à notre disposition; mais elle n'agit que par l'intermédiaire de la surrénale et ses effets sont nuls en l'absence du cortex surrénal.

Voici les soins pré- et post-opératoires conseillés par l'auteur dans les divers ordres de cas qu'il envisage :

1° *Surrénalectomie totale dans l'hypertension maligne, les cancers du sein et de la prostate.* — Nulle préparation n'est nécessaire pour le premier temps d'une opération faite en deux temps. Mais pour le deuxième temps ou pour la double surrénalectomie en un temps, il faut donner la veille, le jour et le lendemain de l'opération : 200 *mg de cortisone;* le jour et le lendemain de l'opération 5 *mg de DCA;* ultérieurement la dose de cortisone administrée est réduite graduellement.

2° *Surrénalectomie dans le syndrome de Cushing.* — Ce syndrome est dû à une sécrétion corticale excessive dont on ne sait si elle est primitivement surrénale (excès de compound F) ou primitivement hypophysaire (excès d'A. C. T. H.). De grosses doses de cortisone reproduisent les signes et symptômes de la maladie. Deux groupes de cas sont envisagés :

A. — Le syndrome de Cushing est dû à un *adénome*, ou à un *cancer surrénal* qui doivent être enlevés : dans ces cas la glande surrénale opposée est toujours atrophique; après l'opération, le malade est dans la même situation que s'il avait subi une surrénalectomie bilatérale totale. Il faut agir exactement comme pour cette opération. De plus il faut donner de l'A. C. T. H. pour stimuler la glande atrophique et, en cas d'effondrement de la pression artérielle, recourir à la *nor-épinéphrine*, à la *néo-synéphrine* et aux *transfusions*.

B. — Le syndrome de Cushing est dû à une *hyperplasie* ou à une *suractivité surrénales :* si 1/3 des malades traités a tiré quelque bénéfice d'une irradiation de l'hypophyse, le plus souvent il a fallu opérer, c'est-à-dire enlever au moins 90 p. 100 et parfois 100 p. 100 de la glande; le moindre reliquat de surrénale peut se régénérer et recréer le symptôme. La méthode habituelle est d'enlever dans un premier temps 90 p. 100 d'une glande et dans un second temps la totalité de la seconde surrénale. Si l'opération est faite en 2 temps, aucun traitement hormonal pour le premier temps. Si l'opération reste unilatérale aucun traitement hormonal n'est nécessaire. Si dans un second temps on enlève l'autre surrénale, il faut agir comme en cas de surrénalectomie totale bilatérale.

3° *Surrénalectomie dans le syndrome surréno-génital* (*néoplasme* ou *hyperplasie*). — Il n'est besoin d'aucun traitement hormonal ou seulement d'un traitement hormonal minime. N'ayant aucune altération du métabolisme des glucides et des protides, ni du taux des électrolytes, ces malades guérissent facilement.

4° *Syndrome de Cushing associé au syndrome surréno-génital.* — Un traitement de soutien hormonal est inutile s'il s'agit d'un adénome, indispensable s'il s'agit d'un cancer et ce sera le traitement indiqué plus haut pour le syndrome de Cushing.

L'auteur termine en disant que dans certains cas on peut faire une surrénalectomie « médicale ». Un virilisme dû à *l'hyperplasie surrénale* peut être atténué par la cortisone. Celle-ci inhibe l'hypophyse, ce qui provoque une décroissance de la sécrétion surrénale. Un stéroïde plus voisin de la normale est sécrété. Mais s'il s'agit d'un *néoplasme surrénal*, la cortisone est sans effet sur les 17-cétostéroïdes : le carcinome surrénal est indépendant de la stimulation hypophysaire. L'inefficacité totale de l'irradiation hypophysaire dans une maladie de Cushing par carcinome en est la preuve.

G. Wolfromm.

Eugène F. Poutasse et **Charles H. Higgins** (Cleveland). — **Chirurgie de la glande surrénale dans le syndrome de Cushing** (*Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons*, 14, 19, 20 et 21 juin 1952, Baltimore 1953, p. 116-123, avec 9 fig.).

Les auteurs définissent le syndrome de Cushing, en étudient la pathogénie et décrivent ses caractères cliniques, radiologiques et biologiques en une étude détaillée qu'on lira avec beaucoup de fruit. 28 malades atteints de ce syndrome ont été observés à la Cleveland Clinic.

2 femmes le devaient à une *tumeur cortico-surrénale maligne* ayant déjà provoqué des métastases. L'une (53 ans) mourut au bout de 6 mois, l'autre (21 ans) au bout de 13 mois.

4 malades avaient un *adénome cortico-surrénal solitaire :* gros adénome chez 2 enfants, l'un de 18 mois vivait encore 5 ans plus tard, l'autre de 3 ans, vivait encore 9 ans plus tard; adénome d'une surrénale aberrante chez une femme de 40 ans, ayant déjà subi en vain 3 résections surrénales et qui vivait encore 5 ans après l'ablation de cet adénome; une femme de 53 ans, porteuse d'un adénome, mourut au bout de 2 mois d'un infarctus du myocarde.

2 malades avaient des *adénomes cortico-surrénaux sur des glandes de plus hyperplasiées :* 1 homme de 25 ans, entièrement redevenu normal au bout de 2 ans et qui vivait encore 14 ans après l'opération; 1 femme de 43 ans, ayant un adénome dans chacune de ses 2 glandes hyperplasiées, mourut d'insuffisance surrénale aiguë après la seconde intervention.

20 malades avaient soit des *surrénales hyperplasiées*, soit des *surrénales de taille normale, mais en suractivité fonctionnelle.* Il leur a été retiré de 2,5 à 27 g de tissu surrénal. Les auteurs indiquent comment doit être menée l'opération au cours de laquelle

on est en droit d'enlever 90 p. 100 du tissu surrénal; mais ce n'est pas toujours nécessaire; on peut se contenter d'enlever d'abord une surrénale, se réservant de réséquer la presque totalité de la glande restante si le syndrome ne rétrocède pas ou s'aggrave. Ils indiquent ensuite en détail ce que doit être le soutien hormonal du malade avant, pendant et après l'opération et à quels signes cliniques et biochimiques on reconnaît la nécessité de le prolonger ou de le reprendre. En ces 18 derniers mois, 8 malades ont été opérés avec succès; 1 malade a dû subir une surrénalectomie secondaire totale pour enrayer la marche du syndrome; 1 malade a succombé à une hémorragie par ulcus duodénal 9 mois après l'opération, alors qu'il était fort amélioré sauf en ce qui concernait son hypertension; 1 malade, dont la maladie a complètement rétrocédé, doit rester soumis à un traitement continu à la cortisone. 12 malades ont été traités de 1933 à 1950 : 1 malade de 17 ans, dont les surrénales avaient été énervées par Crile 2 ans auparavant, mourut en 1935 d'insuffisance surrénale aiguë au cours d'une rougeole : ses 2 glandes surrénales étaient atrophiées. De 5 malades qui subirent une hémi-surrénalectomie bilatérale, 3 ont guéri, 1 a été amélioré et le dernier est mort d'insuffisance surrénale post-opératoire. Chez 5 malades, on se borna à une exploration opératoire des surrénales : 3 succombèrent à leur maladie et 2 furent perdus de vue. Un dernier malade, traité uniquement par la testostérone, n'eut qu'une légère amélioration et mourut au bout de 6 ans d'un cancer de l'œsophage.

Après une résection suffisante du tissu surrénal la plupart des caractères du syndrome disparaissent. L'ostéoporose est ce qui est le plus long à disparaître et l'hypertension persiste souvent; 1 malade de 27 ans, aménorrhéique avant son opération de 1947, mit au monde ensuite 2 enfants normaux; 1 homme de 39 ans, opéré à 25 ans, et 1 homme de 33 ans, opéré à 24 ans, ont fait ensuite chacun un infarctus du myocarde. Un second a, de plus, une thrombose de l'iliaque externe droite et une double claudication intermittente. Malgré une thérapeutique correcte du syndrome de Cushing, les malades qui en ont été atteints restent exposés, encore jeunes, à de graves affections vasculaires.

G. Wolfromm.

George F. Cahill (New-York). — **Surrénalectomie pour tumeurs surrénales** (*Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons*, 14, 19, 20 et 21 juin 1952, Baltimore 1953, p. 105-115).

Cette article constitue une excellente et claire revue d'ensemble des tumeurs de la surrénale, tumeurs que les progrès du diagnostic et de la thérapeutique permettent de reconnaître et de traiter avec un nombre appréciable de succès. Avant de donner un résumé des caractères de chacun des types de tumeur, nous citerons quelques points communs à toutes : ils concernent le radio-diagnostic et les voies d'abord. *Au radio-diagnostic*, il est demandé de préciser existence et localisation de la tumeur. A cela concourront les clichés simples, l'urographie, l'insufflation rétro-péritonéale (dangereuse et à éviter dans le *sympathicoblastome*, à cause de son extrême vascularisation, trouvant des conditions très favorables dans les *tumeurs surréno-génitales*, moins favorables, à cause de l'empâtement graisseux péri-rénal, dans les tumeurs corticoïdes-syndrome de Cushing), angiogrammes (moins utiles que l'insufflation dans les tumeurs corticoïdes-syndrome de Cushing). L'absence de diagnostic radiographique précis peut contraindre à une exploration opératoire des 2 surrénales. Les *voies d'accès* sont au nombre de 3 : lombaire, transthoracique, abdominale supérieure. L'incision doit permettre un large abord de la tumeur de ces différentes localisations (tumeur multiple) et la recherche des métastases abdominales ainsi que des tumeurs de surrénales aberrantes.

Tumeurs du stroma surrénal. — Ces tumeurs, malignes ou bénignes (fibromes, lipomes), très rares, silencieuses, sans autres symptômes que celui de tumeur, sont d'exérèse en général facile : il faut cependant bien (quand on en sépare une tumeur bénigne) ménager la surrénale, friable et bien l'hémostasier. L'intervention ne nécessite aucune thérapeutique hormonale de soutien.

Tumeurs médullo-surrénales. — La plus fréquente est le *sympathoblastome* qui se voit surtout dans le jeune âge, se révèle par une tumeur ou des métastases, est d'une gravité extrême.

Très vasculaire, il exige une ligature primitive de ses vaisseaux et, par crainte des métastases, le moins de manipulations possible. En cas d'impossibilité d'exérèse ou en cas de métastases, il y a très peu à attendre de l'irradiation. Le *neurocytome* plus rare, souvent bénin ou d'une malignité légère, parfois multiple, ne se reconnaît qu'à la présence d'une tumeur et guérit bien après une exérèse complète. Le *phéochromocytome* dont le siège de prédilection est la surrénale (80 p. 100) est rare. Déversant dans l'organisme de l'épinéphrine et de la norépinéphrine, il provoque de l'hypertension qui revêt un aspect clinique un peu différent suivant celle des 2 hormones précédentes qui domine. Un certain nombre de tests, dont la plupart sont pharmacodynamiques, permettent de diagnostiquer et de parer à certains troubles hormonaux lors de son exérèse. L'ablation de la tumeur exige une ligature primitive des vaisseaux et le moins de manipulation possible, pour ne pas lancer dans la circulation trop d'hormones hypertensives. La *régitine* est le produit actuellement utilisé pour compenser ces dangereuses décharges de substances hypertensives. Si le but est dépassé, la pression artérielle trop abaissée, la norépinéphrine permet de la relever. Parmi ces tumeurs environ 91 p. 100 sont bénignes. La guérison est obtenue si assez de tissu phéochrome est enlevé.

Tumeurs cortico-surrénales. — 1° *Tumeurs cortico-surrénales non hormonales.* — Ce sont des tumeurs encapsulées, quoique beaucoup soient malignes, longtemps silencieuses, elles ne donnent que des signes fonctionnels discrets, peu expressifs sans aucun trouble hormonal. Leur exérèse est en général facile. Même les malignes sont peu envahissantes, mais elles donnent souvent des métastases et elles récidivent.

2° *Tumeurs cortico-surrénales avec excès d'androgènes.* — Elles apparaissent chez les jeunes sujets et surtout chez les filles, mais on en voit chez la femme adulte. Les enfants ont d'abord été normaux, puis les filles se virilisent et les garçons ont une puberté précoce. La femme adulte subit une régression de ses caractères féminins et se virilise également. Les 17-cétostéroïdes augmentent d'autant plus dans l'urine que la tumeur est plus ancienne et plus volumineuse. La cortisone, à l'inverse de ce qui se passe dans les hyperplasies surrénales de même action physio-pathologique, ne parvient pas à en abaisser le taux. L'ablation de la tumeur se fait dans de bonnes conditions et ne nécessite aucun soutien hormonal. C'est généralement un adénome bénin; après son ablation la guérison complète est de règle, sauf pour les troubles dus à une soudure épiphysaire prématurée.

3° *Tumeurs cortico-surrénales avec excès d'œstrogènes.* — Très rares (pas 20 cas connus), elles frappent de préférence les adultes. On observe une féminisation progressive avec décroissance des caractères virils. Une tumeur est parfois palpable. Il y a de grandes quantités d'œstrogènes dans les urines et, bien que le tableau clinique ait quelque ressemblance avec le chorio-épithéliome testiculaire, il n'y a pas de prolanurie. L'ablation nécessaire de la tumeur ne demande pas de soutien hormonal. Ces tumeurs sont le plus souvent malignes; elles ont parfois des métastases. Les troubles disparaissent quand la tumeur est enlevée pour reparaître en cas de naissance d'une métastase.

4° *Tumeurs cortico-surrénales avec excès de corticoïdes : syndrome de Cushing (forme pure).* — Le syndrome de Cushing relève d'ailleurs plus souvent d'une hyperplasie surrénale que de tumeur. La tumeur de ce type clinique est plus fréquente chez la femme. Celle-ci prend l'habitus et le faciès caractéristiques du syndrome aujourd'hui bien connu. Les corticoïdes sont en excès dans l'urine. Les 17-cétostéroïdes, les œstrogènes y abaissent leur taux. Le traitement chirurgical est fort grave, car — ces tumeurs s'accompagnant toujours d'une atrophie de la seconde surrénale — il expose à une crise d'insuffisance surrénale aiguë. Une thérapeutique de soutien hormonal est nécessaire avant, pendant et après l'opération : cortisone et A. C. T. H. 2 jours à l'avance, cortisone, A. C. T. H., désoxycorticostérone et sel pendant l'intervention et la période qui la suit; finalement on ne donne plus que de l'A. C. T. H. pour relever la fonction de la seconde surrénale atrophiée et du sel. Ce sont des tumeurs molles, vasculaires se fragmentant facilement. Le pronostic est sérieux, bien que la plupart de ces tumeurs soient bénignes. Si le malade se remet de l'opération tous ses troubles disparaissent. Fécondation, grossesse, accouchement normal sont ensuite possibles.

5° *Tumeurs surréno-corticales mixtes avec excès de corticoïdes (syndrome de Cushing) et d'hormones surréno-génitales (modifications des caractères sexuels).* — On les voit surtout chez des enfants, parfois chez des adultes, des femmes. Une tumeur est souvent palpable. Il y a association des symptômes des deux ordres de troubles hormonaux, le tableau clinique penchant tantôt plus d'un côté que de l'autre; en particulier les symptômes génitaux sont souvent discrets. Les 17-céto-stéroïdes de l'urine sont augmentés. Le traitement chirurgical, toujours nécessaire, exige un large accès sur la tumeur, le moins de manipulations possible de celle-ci, une hémostase soigneuse, d'ailleurs difficile. Les risques opératoires, de même nature que ceux que l'on voit dans le syndrome de Cushing pur, exigent le même soutien hormonal. La plupart de ces tumeurs sont malignes. La guérison avec retour à l'état normal doit être fort rare. Elle exige un diagnostic très précoce de la maladie, avant les métastases qui sont fréquentes. Une métastase méconnue est d'ailleurs capable de parer par sa sécrétion propre aux troubles hormonaux attendus lors de l'opération. L'apparition ultérieure de métastases amène un accroissement des 17-cétostéroïdes urinaires. L'hypophysectomie plusieurs fois tentée semble n'exercer aucune influence sur les troubles hormonaux. Ces tumeurs et leurs métastases sont très radio-résistantes.

G. Wolfromm.

Charles Huggins et **Thomas L.-Y. Dao** (Chicago). — **Surrénalectomie et ovariectomie dans le traitement des cancers avancés du sein** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **151**, n° 16, 18 Avril 1953, p. 1388-1394, avec 8 fig.).

Après ablation des glandes génitales, une hypertrophie compensatrice et un accroissement de fonctionnement du cortex surrénal peut survenir annulant ou limitant l'effet de l'intervention. Aussi les auteurs pensent-ils que dans un certain nombre de cas l'ovariectomie doit être complétée par une surrénalectomie bi-latérale.

De 1951 à 1952 ils ont traité par surrénalectomie 55 malades.

Lorsque l'on pratique à la fois l'ovariectomie et la surrénalectomie, l'intervention peut être faite dans la même séance opératoire. Le traitement ultérieur auquel les malades doivent se soumettre est celui aujourd'hui classique par l'acétate de désoxycorticostérone et le chlorure de sodium.

Un certain nombre de malades ont pu être suivies pendant 1 ou 2 ans et les résultats de l'intervention semblent favorables. Les malades ont l'apparence d'une bonne santé et reprennent souvent du poids de façon notable (de 10 à 20 kg). La douleur diminue ou disparaît. Les lésions osseuses se stabilisent ou guérissent et l'on peut assister à la résorption d'un épanchement pleural ou à la disparition de nodules de récidive au niveau de la cicatrice de mastectomie.

Cette thérapeutique de freinage hormonal s'adresse essentiellement aux adénocarcinomes; l'épithélioma indifférencié et les épithéliomas à point de départ canaliculaire y sont beaucoup moins sensibles. La surrénalectomie semble spécialement à conseiller lorsqu'il existe une élimination urinaire élevée de substances œstrogènes chez des malades dont la fonction génitale est déjà quiescente mais même chez les femmes ménopausées il semble utile de pratiquer aussi l'ovariectomie.

MARCEL ROUX.

J. Hartwell Harrison, George W. Thorn et **Dalton Jenkins** (Boston). — **Nouvelles observations sur la surrénalectomie chez l'homme** (*Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons*, 14, 19, 20 et 21 juin 1952, Baltimore 1953, p. 85-100, avec 12 fig.).

Les résultats obtenus par les auteurs ont été les suivants :

Dans la *maladie vasculaire hypertensive :* sur 18 malades, 5 sont morts d'insuffisance rénale, 4 de complications cardiaques, 1 d'affection vasculaire cérébrale, 1 d'une crise addisonienne; 7 malades sont vivants, 4 nettement améliorés, 2 modérément améliorés; nulle modification ne s'est produite dans l'état du dernier.

Dans le *syndrome de Cushing :* 2 malades ayant subi une surrénalectomie *totale* ont été améliorés. De 7 malades ayant subi une surrénalectomie *partielle* 1 succomba (carcinome cortical), 4 furent nettement améliorés, 2 ne le furent pas. Il semble donc que la surrénalectomie soit le procédé de choix dans l'hyperplasie cortico-surrénale.

Dans le *cancer réactivé de la prostate :* de 6 malades ayant subi une surrénalectomie, de 6 mois à 5 ans après orchiectomie et traitement œstrogène, 5 sont nettement améliorés 3 à 21 mois après l'opération; un 6e malade mourut de métastases multiples 7 mois après la surrénalectomie totale et 19 mois après l'orchiectomie.

Les auteurs publient *in extenso* les observations des 6 malades opérés pour cancer de la prostate. Ils donnent des renseignements détaillés sur le traitement hormonal pré-, per- et post-opératoire dans chacun des 3 groupes de cas.

G. WOLFROMM.

APPAREIL URINAIRE

S. Burkert et **G. Salem** (Wien). — **Résultats éloignés des blessures du rein** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **65**, n° 21, 22 Mai 1953, p. 459-463).

Sur 108 cas de lésions rénales traumatiques, ouvertes ou fermées, les auteurs ont observé 47 fois des lésions associées, thoraciques ou abdominales, et ils soulignent les difficultés de diagnostic qui en découlent.

L'importance de l'hématurie n'est pas en liaison directe avec la gravité de l'atteinte rénale. Est-elle sévère, l'intégrité des calices principaux a toute chance d'être respectée; aussi bien, en dehors de tout autre signe grave, permet-elle l'abstention chirurgicale. Au contraire, à hématurie petite ou même nulle, peuvent correspondre de graves dégâts capsulaires, urétéraux, pédiculaires.

En pratique, hormis les cas où l'intervention est imposée par la gravité de l'état

général, il faut savoir attendre; plus de reins ont été perdus par une opération intempestive que par l'abstention.

Une incision se rapprochant de l'horizontale est à recommander, car elle permet une vérification plus facile des viscères abdominaux.

Sur les 108 blessés observés, les auteurs comptent :

30 morts rapides; le plus souvent causées par des lésions associées; 10 néphrectomies, imposées par une aggravation progressive de l'état général ou par les examens urologiques (il s'agissait le plus souvent de coups de feu).

6 cas ont permis une opération conservatrice (suture urétérale, résection partielle, suture rénale, libération d'adhérences et décapsulation, extirpation d'une surrénale détruite).

62 cas enfin, de gravités diverses, ont été traités médicalement; les examens urologiques immédiats n'ont été entrepris que dans les formes graves (cystoscopie, épreuve du bleu, pyélographie intra-veineuse); chez 8 blessés, on dut avoir recours à la pyélographie rétrograde pour préciser les lésions.

53 blessés, sur les 78 qui ont survécu à leur blessure, ont été revus à distance (jusqu'à 5 et même 20 ans après l'accident). Les divers examens urologiques pratiqués ont montré une fonction excellente; on n'a notamment relevé aucune des complications post-traumatiques signalées, telles que kystes calcifiés ou calculs.

Au point de vue de la conduite à tenir lors de l'accident, B. et S. conseillent d'attacher la plus grande importance à l'aspect clinique, qui dicte l'urgence et le type des examens spéciaux à pratiquer. La cystoscopie apparaît fort recommandable; elle renseigne non seulement sur l'intégrité de la vessie, mais encore sur la fonction du rein blessé, l'atteinte éventuelle de l'autre rein. Une élimination du bleu satisfaisante n'élimine pas une blessure sévère. Par contre, la pyélographie intra-veineuse ne semble pas alors de grande valeur; elle laisse souvent passer de petites lésions; elle permet cependant de porter un pronostic favorable malgré une hématurie importante.

La pyélographie rétrograde rend un compte beaucoup plus exact des dégâts, et peut commander la thérapeutique à suivre; elle ne doit être faite que là où se pose la question d'une intervention. La menace d'infection, que beaucoup lui reprochent, semble aux auteurs négligeable; ils l'ont utilisée sans crainte et avec profit.

Si les examens n'ont pas révélé de lésions des cavités, il faut s'en tenir au repos, aux diurétiques, aux boissons abondantes. Si l'on a observé des lésions des seuls petits calices, avec ou sans extravasation péri-rénale, on peut encore traiter le blessé médicalement.

On interviendra si les gros calices ou le bassinet sont ouverts, et on ne sacrifiera alors le rein que si toute opération conservatrice est d'avance vouée à l'échec.

S'il y a lésion du pédicule rénal, sans lésion urétérale, la pyélographie rétrograde peut fort bien ne rien montrer; mais la fonction du rein est abolie, et la gravité des signes généraux hémorragiques commande l'intervention.

Dans tous les cas, de nouveaux examens de contrôle doivent être faits après 2 à 3 semaines, et renouvelés ultérieurement.

GUEULLETTE.

P. L. Cereseto et **J. L. Curutchet.** — **Notre expérience de l'échinococcose rénale** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **40**, n° 14, 3 Avril 1953, p. 813-815).

Les auteurs ont observé 7 cas d'échinococcose rénale (5 kystes aseptiques, 2 suppurés). 6 malades furent opérés, 4 par marsupialisation du kyste, 2 par néphrectomie totale. Tous ont guéri.

Aucune observation n'est donnée.

G. MENEGAUX.

C. C. Higgins (Cleveland). — **Tumeurs du bassinet rénal; revue de 47 cas** (*Annal. of Surgery*, vol. **137**, n° 2, Fév. 1953, p. 195-204, avec 5 fig.).

H. étudie 47 cas opérés de tumeurs du bassinet. Il les divise en : cancers à cellules squameuses, 7 cas, papillomes bénins, 8 cas, et cancers papillaires, 32 cas

Elles sont plus fréquentes chez l'homme (33 cas) que chez la femme (7 cas). Pas de prédominance sur un côté: pas d'anomalie rénale antérieure, 2 cas seulement de lithiase.

L'extension à l'uretère et à la vessie est fréquente dans les papillomes (2 cas), et dans les cancers papillaires (13 cas); aucun cas dans les cancers à cellules squameuses. La veine rénale, les lymphatiques, la graisse péri-rénale peuvent être envahis.

L'hématurie existait dans 12 cas, les symptômes vésicaux dans 23 cas, la douleur rénale 39 fois, l'amaigrissement 22 fois, la fièvre 14 fois, une tumeur palpable 13 fois. L'urographie intra-veineuse fut pratiquée 22 fois et la pyélographie rétrograde 42 fois, avec un diagnostic positif porté 37 fois. 26 fois il existait quelque degré d'hydronéphrose.

Tous les malades furent opérés; et il y eut 4 décès opératoires. Les 7 cas de cancers à cellules squameuses sont morts, dont l'un de métastases après une survie de 14 ans; il avait reçu des rayons X après avoir subi, comme les autres, une néphrectomie.

La néphro-urétérectomie avec résection segmentaire de la vessie fut pratiquée dans 6 cas de papillomes et 6 cas de cancer papillaire. La même opération, suivie de radiothérapie, fut pratiquée dans 11 cas de cancers papillaires. La néphrectomie simple fut faite dans 5 cas de cancers papillaires; elle fut suivie de radiothérapie dans 6 cas de cancers papillaires et 2 papillomes. La radiothérapie seule fut faite dans 1 cas. Sur les 47 malades, 19 survivent, mais 2 seulement depuis plus de 5 ans.

M. Guimbellot.

J. Foret et **C. Heusghem** (Liége, Belgique). — **Remplacement des deux uretères par une greffe iléale** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 24, 13 Juin 1953, p. 1181, avec 2 fig.).

Chez une femme de 29 ans présentant une sténose bilatérale des deux méats urétéraux avec rétro-dilatation de l'arbre urinaire supérieur qui avait résisté aux traitements usuels, une intervention de restauration fut entreprise. Elle consista dans l'isolement d'une anse intestinale longue de 50 cm dont les deux extrémités furent anastomosées en termino-terminal avec la partie proximale des uretères préalablement sectionnés et dont la convexité fut anastomosée en latéro-latéral au dôme vésical.

12 mois après l'opération la malade a une miction normale et un état de santé absolument satisfaisant. Les fonctions rénales et l'aspect pyélographique sont en progrès sur ce qui existait avant l'intervention.

Marcel Roux.

David Annis, W. R. Hunter et **Charles Wells** (Liverpool). — **Implantation urétérale dans une anse intestinale isolée** (*The Lancet*, vol. **1**, n° 21, 13 Juin 1953, p. 1172-1176, avec 8 fig.).

Pour pallier les inconvénients de l'implantation urétéro-colique dont le retentissement rénal est bien connu, les auteurs ont eu l'idée d'implanter les uretères dans une anse intestinale isolée dont une extrémité est suturée et dont l'autre est abouchée à la paroi abdominale, dérivant les urines vers un sac d'iléostomie collé à la peau et d'application relativement simple.

4 interventions de ce type sont rapportées : 2 concernaient des malades atteints de cancer de la vessie chez qui fut pratiquée une cystectomie totale, un 3e avait subi une néphro-urétéro-cystectomie pour papillomatose diffuse, l'uretère restant fut implanté dans une anse iléale isolée; le 4e cas concernait un malade qui avait subi une urétéro-néphrectomie pour tuberculose et qui présentait de multiples fistules urinaires. A l'intervention l'uretère du rein restant, extrêmement distendu, fut sectionné et implanté en termino-terminal dans une anse iléale qui fut d'autre part abouchée à la peau.

Dans l'ensemble les résultats de ces interventions qui remontent tous les 4 à plus de 1 an se sont révélés jusqu'ici favorables.

Marcel Roux.

G. Bocchetti et **I. Novi** (Rome). — **A propos de 4 cas d'implantation urétéro-colique pour extrophie de la vessie** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **76**, fasc. 1, 1953, p. 70-83).

Les auteurs présentent 4 observations de malades, opérés par le professeur Paolucci, et âgés respectivement de 16, 12, 23 et 27 ans.

Il n'existe pas d'autres malformations congénitales que celles de l'appareil uro-génital.

Les radiographies pré-opératoires montraient des uretères tortueux et dilatés, qui relevaient d'un facteur mécanique, et peut-être d'un facteur infectieux surajouté. Il y a donc intérêt à opérer dans la première enfance.

Tous les malades ont été opérés en 2 temps, et 3 d'entre eux eurent une cystectomie complémentaire. Le procédé utilisé fut le procédé I de Coffey, par voie sous-péritonéale.

Suites opératoires simples dans chaque cas. L'incontinence urinaire nocturne disparut rapidement. Au bout de quelques semaines, les mictions (7 à 8 par 24 h) sont presque toutes indépendantes des défécations.

Ni le premier opéré, mort 9 ans après l'opération d'une affection intercurrente, ni les suivants, opérés depuis 6, 3 et 2 ans, n'ont présenté d'infection urinaire.

Tous ont pu reprendre une vie sociale normale, et travailler.

J. Assali.

C. D. Creevy (Minneapolis). — **Quelques observations sur l'absorption (intestinale) après urétéro-sigmoïdostomie** (*Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons*, 14, 19, 20 et 21 juin 1952. Baltimore 1953, p. 25-33, avec 6 fig.).

Après urétéro-sigmoïdostomie, l'absorption des chlorures à travers la muqueuse du côlon provoque souvent hyperchlorémie et acidose. Les facteurs de gravité sont au nombre de 4 : étendue de l'aire de la surface colique exposée au contact de l'urine, durée de son action (suivant fréquence ou rareté des évacuations coliques); niveau élevé du segment où les uretères sont implantés et, le plus important des 4 d'après l'observation de 6 malades : *capacité fonctionnelle des reins*. Le plus souvent, après l'urétéro-sigmoïdostomie les reins souffrent de dilatation et d'infection. Il importe donc de les en préserver. Ce qui y parviendrait le mieux serait d'établir une *colostomie au-dessus du point d'anastomose*, mais une plus grande expérience est nécessaire pour juger de la valeur de cette méthode.

G. Wolfromm.

Daniel R. Higbee (Denver). — **Chirurgie conservatrice dans le traitement des grandes tumeurs papillaires uniques de la vessie** (*Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons*, 14, 19, 20, 21 Juin 1952. Baltimore 1953, p. 34-38, avec 5 fig.).

On rencontre parfois de grandes tumeurs papillaires de la vessie qui y existent depuis fort longtemps, telles ces tumeurs observées par l'auteur : l'une existait depuis 6 ans, une autre avait 8 cm de diamètre, une autre encore pesait 147 g.

Le degré de malignité de ces tumeurs devait être léger : elles n'ont pas métastasé en dépit de leur longue persistance; elles ont gardé une texture légère comme le montrent souvent cystoscopie et cystographie; le pédicule est resté relativement étroit.

Ce qui importe surtout est de définir le degré de métaplasie de la tumeur et la profondeur à laquelle elle envahit la paroi vésicale. Ainsi pourra être seulement fixé le degré de l'action chirurgicale à leur opposer.

Sur 9 tumeurs observées par l'auteur, 3 étaient du degré I, 3 du degré II, 2 du degré III, 1 du degré IV. Cette dernière envahissait profondément la paroi vésicale et les vaisseaux lymphatiques. 5 autres tumeurs ne s'accompagnaient que d'un envahissement superficiel de la paroi vésicale.

Le facteur déterminant de gravité est la profondeur d'envahissement de la paroi vésicale : il ne peut malheureusement être reconnu que par l'examen histologique de

la pièce opératoire. La biopsie peut déterminer le degré de métaplasie des tumeurs des degrés III et IV, en particulier si ces tumeurs sont compactes et ont une large base d'implantation. Elle est fort infidèle dans les tumeurs à texture légère et à pédicule mince.

L'action chirurgicale doit être limitée et relativement conservatrice vis-à-vis de ces tumeurs volumineuses papillaires uniques ayant une longue durée d'existence, tout en gardant une texture lâche et un pédicule étroit. Elles ne relèvent pas d'une chirurgie radicale, telle que la cystectomie totale.

G. Wolfromm.

Erik Secher (Sonderborg). — **Le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme par l'opération de Berkow-Burger** (*Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. **32**, fasc. 2, p. 234-237).

Ce très court article ne parvient pas à convaincre de la supériorité de l'opération de Berkow-Burger (transposition antérieure de l'urèthre) sur les procédés classiques : 15 opérées, 4 guérisons, 7 améliorations et 4 échecs.

J. Loygue.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

Perry B. Hudson, John A. Hopkins et **George W. Fish.** — **Cancer du pénis** (*The American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 4, Avril 1953, p. 513-522, avec 3 fig.).

Les risques réels de récidive après les opérations limitées pour cancer du pénis ont incité les auteurs à pratiquer l'exérèse en bloc de la lésion locale et des aires ganglionnaires inguinales et iliaques.

C'est la technique de cette intervention que les auteurs décrivent. Ils insistent sur le fait que les perfusions per-opératoires, la réanimation, les antibiotiques constituent un adjuvant essentiel pour mener à bien cette intervention élargie.

Lucien Leger.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

P. E. Hughesdon et **Ian T. Fraser** (Londres). — **Arrhénoblastome de l'ovaire** (*Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. **32**, suppl. 1, 1953, p. 3-78, avec 36 fig.).

A propos d'une observation personnelle d'arrhénoblastome de l'ovaire, considéré comme une tumeur mixte mésodermique provenant du stroma ovarien et qui fait l'objet d'une étude clinique et surtout histologique très détaillée, les auteurs font une revue générale de la littérature mondiale sur ce sujet. Ils concluent en admettant comme valables les conceptions de Meyer du point de vue histologique pur mais pensent qu'à côté du tissu testiculaire, il est possible de rencontrer d'autres éléments mésodermiques.

J. Loygue.

Eric Nordlander (Stockholm). — **Traitement opératoire du cancer du corps de l'utérus** (*Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. **32**, fasc. 2, 1953, p. 211-221).

Pour faire le point sur la valeur de l'hystérectomie dans le traitement du cancer du corps utérin, d'une série de 484 malades, N. ne retient que 159 femmes qui ont subi une hystérectomie totale à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

La mortalité opératoire (7,6 p. 100) est fort compréhensible si l'on tient compte du fait que cette statistique part de 1917.

Les résultats éloignés sont très favorables puisque l'on compte 73,7 p. 100 de survies de plus de 5 ans. Quelques réserves cependant méritent d'être faites; les résultats du traitement mixte associant hystérectomie et pratiqué chez 123 malades ne sont pas communiqués et la comparaison ne peut être établie; d'autre part les indications de l'hystérectomie semblent avoir été très limitées puisque 282 malades seulement sur 484 soit 58,3 p. 100 ont été jugées opérables.

J. Loygue.

H. Hinglais et **M. Hinglais** (Paris). — **Faits nouveaux concernant le chorio-épithéliome gravidique (trophoblastome gravidique) et l'étude des facteurs de la malignité. Preuves biologiques de la tendance métastatique d'emblée des môles hydatiformes banales (trophoblastomes bénins)** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **29**, n° 7, 30 Janv. 1953, p. 334-337).

Attendu qu'il est impossible de préciser histologiquement si un chorio-épithéliome post-molaire, est bénin ou malin, et doit ou non tuer, les auteurs cherchent si par la méthode hormonale il est possible ou non de résoudre ce problème.

Un premier fait semble acquis « l'essaimage métastatique » du tissu chorial n'est pas l'apanage d'une certaine forme maligne de ce tissu. Il se produit à des degrés divers pour *toutes* les môles, et cela dès leur début, que leurs suites soient destinées à être bénignes ou malignes. La propriété métastatique précoce n'est pas ici un caractère de malignité. Le tissu bénin essaime comme le tissu malin. Tout placenta molaire est par nature source de métastases.

La persistance des restes choriaux extra-utérins après hystérectomie pour môle est détectée par la recherche de la sécrétion du prolan B qui dure un temps variable mais généralement long.

Les métastases des môles bénignes guérissent toujours spontanément par le simple jeu des antagonismes normaux et sans doute spécifiques qui s'opposent à ce tissu très spécial dans l'organisme.

Celles des môles malignes sont susceptibles d'avoir une évolution favorable identique. On a pu le démontrer biologiquement après hystérectomie pour chorio-épithéliome de malignité prouvée. Il n'y a donc pas de différence de nature spécifique, entre les tissus chorio-placentaires dits : bénin et malin.

Jacques Hepp.

A. Würterle (Leipzig). — **Sur le traitement hormonal dans le cancer génital inopérable de la femme** (*Das Deutsche Gesundheitswesen*, vol. **7**, n° 41, 9 Oct. 1952, p. 1295-1298).

Les résultats obtenus par l'emploi des hormones sexuelles dans le traitement du cancer du sein et de la prostate ont incité à les utiliser dans les cancers génitaux incurables de la femme.

On a d'abord fait appel à l'hormone mâle; puis devant le succès de l'hormonothérapie femelle dans le cancer du sein, on s'est adressé à celle-ci, avec des résultats d'ailleurs variables et contradictoires. En fait, le rôle joué par la folliculine dans le développement du cancer du col ou du corps n'est pas encore bien établi.

On a vu d'autre part des cancers du sein se manifester chez l'homme au cours ou plusieurs années après traitement par les œstrogènes pour cancer de la prostate.

Depuis 2 ans, l'auteur s'est attaché à l'étude de l'action des hormones des deux sexes dans le traitement des cancers génitaux féminins chirurgicalement incurables. Il a vu, dans un certain nombre de cas, une amélioration subjective de l'état général, une diminution des douleurs, une reprise de l'appétit, un état de mieux-être.

a) 36 malades ont été traitées par les œstrogènes : ont été améliorées, subjectivement : 6 malades; subjectivement et objectivement : 11 malades, soit en tout 17 malades. Dans 4 cas, le traitement a été sans influence notable; enfin 15 malades n'ont pu être utilement suivies. Les doses faibles (3 mg d'Œstradiol par semaine, ou 0,2 mg de Progynon M) sont restées sans effet; actuellement, W. administre des doses totales de 200 à 500 mg et plus.

b) 24 malades ont été traitées par les androgènes : ont été améliorées subjectivement : 9 malades; subjectivement et objectivement 9 malades, soit en tout 18 malades. 2 malades n'ont pas été influencées; 4 n'ont pu être suivies.

Qu'il s'agisse de suspensions cristallines ou d'implants, les meilleurs résultats ont été obtenus avec des doses de 500 à 1 000 mg. On n'a observé aucun cas de masculinisation, seulement quelques troubles de la libido chez la femme jeune.

Dans aucun cas, et quelle que soit l'hormone employée, on n'a noté d'aggravation.

GUEULLETTE.

J. C. Ahumada, L. A. Arrighi et **D. Calandra.** — **L'opération de Neugebauer-Lefort (48 observations personnelles).** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **40**, n° 21. 22 Mai 1953, p. 1259-1263).

Les indications posées par les auteurs sont celles qui sont généralement adoptées en France : femmes âgées n'ayant plus de rapports sexuels, prolapsus total déroulant les parois du vagin. Ils insistent sur la nécessité de traiter éventuellement avant l'opération les lésions de cervicite.

48 interventions de ce type furent exécutées à la Clinique gynécologique de Buenos-Ayres de 1929 à 1952, sur 500 malades atteintes de prolapsus génital; la proportion est donc de 9,6 p. 100. L'âge des malades était compris entre 40 et 76 ans.

Il n'y a aucune mortalité. Une malade est cependant morte 1 mois après l'opération d'une lithiase biliaire. Il n'y a eu aucune complication post-opératoire. Les résultats ont été excellents. Chez une malade cependant une incontinence partielle des urines est apparue plusieurs années après l'intervention; une opération par voie abdominale fut refusée par la malade.

G. MENEGAUX.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Antonio Poli (Milan). — **Transplantation musculaire dans la paralysie du deltoïde** (*Archivio di Ortopedia*, vol. **66**, fasc. 4, Juin 1953, p. 321-329, avec 6 fig.).

Dans 3 cas de paralysie du deltoïde à la suite de poliomyélite, P. a eu recours à la technique opératoire suivante : transplantation du muscle trapèze en totalité sur la grosse tubérosité de l'humérus, en le faisant passer sous l'acromion et transplantation sur l'acromion de la portion claviculaire et de la portion sternale haute du grand pectoral.

Les résultats fonctionnels ont été les suivants : abduction spontanée de 70° environ dans le cas le plus favorable et contrôlé après 10 mois, de 30° dans les 2 autres (8 et 3 mois après l'opération; flexion du bras en avant de 4 à 7°.

P. convient que cette transplantation doit être considérée comme une intervention « de luxe » et que l'opération la plus recommandable est l'*arthrodèse* de l'épaule.

ALBERT MOUCHET.

Jean Judet. — **Traitement des fractures sus-condyliennes transversales de l'humérus chez l'enfant** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **39**, n° 2, Avril-Juin 1953, p. 199-212, avec 10 fig.).

Judet admet que, de toutes les fractures de l'enfance, les fractures supra-condyliennes transversales de l'humérus sont les plus difficiles à traiter et les plus fertiles en complications. Peut-être cependant nous paraît-il un peu trop pessimiste quant aux résultats obtenus par le traitement orthopédique de ces fractures.

Quoi qu'il en soit, on constatera avec intérêt les bons résultats anatomiques et fonctionnels obtenus par Judet dans cette variété de fractures par le procédé opératoire qu'il a appliqué dans plus de 50 cas. Le principe est simple : la réduction effectuée, on introduit à travers la peau une broche dans le condyle externe de l'humérus et on l'engage dans la diaphyse en un point quelconque de la corticale. Immobilisation plâtrée à angle droit. La broche est enlevée le 20e jour, le plâtre le 25e jour.

Les suites sont simples: il n'y a pas de réaction articulaire, pas de troubles d'ostéogenèse (causés par la pénétration de la broche dans le cartilage de conjugaison) pas de troubles vasculaires.

ALBERT MOUCHET.

S. L. Weissman (Tel-Aviv). — **La résection arthroplastique d'emblée dans le traitement des fractures sus- et intercondyliennes de l'humérus** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **39**, Avril-Juin 1953, p. 213-219, avec 6 fig.).

Les fractures sus-condylo-intercondyliennes, ou fractures en T ou en V de l'humérus sont assez rares, mais elles sont grevées d'un pronostic assez sombre.

Aussi Weissman estime-t-il que le traitement de choix est la résection arthroplastique d'emblée.

La réduction par manœuvres externes est très difficile: elle est en outre aléatoire.

La traction continue par broche trans-olécrânienne facilite sans doute la réduction mais n'empêche pas le plus souvent la désorganisation de la surface articulaire de la palette humérale.

La réduction à ciel ouvert suivie d'ostéosynthèse rejetée par Weissman ne me paraît cependant pas négligeable. Bien que ses deux observations d'arthroplastie aient été suivies d'un bon résultat fonctionnel, peut-être estimera-t-on que le sacrifice osseux ainsi obtenu est un peu trop important et qu'on obtiendrait à moins de frais par une réduction à ciel ouvert un résultat comparable.

ALBERT MOUCHET.

Cherry. — **Nouvelle méthode de traitement des fractures de la tête radiale** (*Irish Journal of medical Science*, série 6, n° 327, Mars 1953, p. 128-130).

C. a utilisé, dans les fractures comminutives de la tête radiale, une prothèse en acrylic, analogue aux têtes fémorales prothétiques de Judet.

L'auteur a fait construire 3 modèles de tête avec l'instrumentation de mise en place.

L'extrémité supérieure est abordée par une incision postéro-latérale, le muscle anconé est ruginé, la branche profonde du nerf radial ménagée, puis la tête est sectionnée à la scie de Gigli. Le ligament annulaire est sectionné franchement pour être secondairement reconstitué et renforcé par 2 ligatures passées dans la crête supinatrice du cubitus.

Les résultats obtenus dans un petit nombre de cas sont excellents.

HENRI REDON.

J. E. M. Thomson, Duane A. Willander et **Edward S. Maxim.** — **Série de 12 observations de fractures de l'avant-bras traitées par enclouage à la Kuntscher** (*The American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 4, Avril 1953, p. 486-495, avec 7 fig.).

Les auteurs estiment que, aussi bien dans les cas de fractures ouvertes que dans les cas de fractures comminutives, le séjour hospitalier est raccourci par cette méthode, la durée d'hospitalisation étant de 13 jours dans les cas de clientèle privée et de 53 jours à l'hôpital des Vétérans.

L'association à l'enclouage à la Kuntscher, de petits greffons osseux au pourtour du foyer de fracture, semble activer la consolidation.

Le résultat fonctionnel paraît meilleur que par les autres méthodes.

LUCIEN LEGER.

Robert C. Robertson. — **Fixation intra-médullaire des fractures de l'avant-bras. A propos de 20 cas consécutifs** (*The American Journal of Surgery*, vol. **85**, n° 4, Avril 1953, p. 496-502, avec 3 fig.).

Suivant l'auteur, la fixation intra-médullaire constitue la méthode de choix dans les fractures de l'avant-bras chez l'adulte. Mais quand le trait est oblique ou qu'il

s'agit d'une fracture comminutive, une prothèse interne associée est fréquemment indiquée.

Au cas de pseudarthrose après enclouage médullaire, l'auteur conseille la conservation du clou intra-médullaire qui facilite le maintien en place des os après greffe osseuse.

LUCIEN LEGER.

F. Poilleux et **Raynaut.** — **L'étude sur 50 fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **39**, n° 1, Janvier-Mars 1953, p. 70-85).

P. et R. insistent sur la fréquence des résultats médiocres des fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

C'est une lésion traumatique très fréquente qui est trop négligée dans les hôpitaux parisiens. Les réductions ne sont pas toujours parfaites et la contention n'est guère surveillée. Le plâtre n'est pas renouvelé lors de la résorption de l'œdème et il survient trop souvent des déplacements secondaires. D'où la fréquence de consolidations vicieuses et bien qu'elles puissent s'accompagner parfois d'un bon résultat fonctionnel, on est plus assuré de ce résultat avec une consolidation correcte.

A la sortie du plâtre, le blessé est quelquefois abandonné à lui-même ou il est confié avec retard à un traitement physiothérapique. On ne l'invite pas suffisamment à une mobilisation active et on lui laisse croire que le massage suffit à tout, on ne cherche pas à triompher de son indifférence ou de sa pusillanimité.

P. et R. souhaitent la création de centres de récupération fonctionnelle où le traitement serait à la fois physiothérapique et psychothérapique.

ALBERT MOUCHET.

R. Fontaine, J. N. Muller et **W. Montorsi.** — **Syndrome de Volkmann invétéré chez l'enfant et chez l'adulte; traitement par la résection diaphysaire des deux os de l'avant-bras** (*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'Appareil moteur*, t. **39**, n° 1, Janvier-Mars 1953, p. 120-127, avec 4 fig.).

A la suite de résections diaphysaires des deux os de l'avant-bras, faites pour 8 syndromes de Volkmann soit typiques soit atypiques, résections suivies d'enclouage médullaire et de greffe osseuse, les auteurs concluent que cette méthode de raccourcissement des deux os de l'avant-bras est d'exécution facile et d'efficacité réelle. Ils ont eu, dans leurs 8 cas, 4 très bons résultats et 4 moyens ou nuls ce qui fait 50 p. 100 de résultats non satisfaisants mais F., M. et M. reconnaissent qu'ils ont, dans ces derniers cas, mal choisi leurs indications.

C'est surtout dans les syndromes de Volkmann consécutifs aux fractures supracondyliennes de l'humérus chez l'enfant lorsque ces syndromes sont dus à des lésions de l'artère humérale et auront résisté aux opérations sur l'artère ou sur le sympathique, mais en cas de nécrose étendue des fléchisseurs par un plâtre trop serré (étiologie du reste rare) il vaut mieux recourir d'emblée à l'allongement tendineux suivant la technique de Parkes.

La paralysie ancienne des nerfs médian et cubital, voire même celle du radial, assombrit beaucoup le pronostic fonctionnel post-opératoire. Cette éventualité étant malheureusement fréquente, il est bon de retenir que le syndrome de Volkmann est une affection grave et de se soucier dès le jour de l'accident des éventuelles complications vasculaires.

ALBERT MOUCHET.

Pier Franco Peregalli (Milan). — **Traitement de la maladie de Dupuytren (revue clinique de 30 cas opérés)** (*Archivio di Ortopedia*, vol. **66**, fasc. 3, Avril-Mai 1953, p. 244-253, avec 6 fig.).

P. a observé la plupart des cas de maladie de Dupuytren entre 50 et 70 ans.

Sur ces 30 observations, 4 appartiennent au groupe 1 (nodules cutanés et induration de la peau sans rétraction du doigt), 10 au groupe 2 (flexion d'une phalange), 11 au

groupe 3 (flexion de toutes les phalanges d'un doigt), 5 au groupe 4 (flexion d'un doigt avec hyperextension de la 3e phalange sur la seconde et flexion de la seconde à angle droit sur la première).

La technique utilisée par P... a été celle de Lexer.

Le contrôle des cas opérés qui a été effectué de 5 mois à 6 ans après l'opération a fourni les résultats suivants : 12 excellents, 9 bons et 5 échecs. Au total 46 p. 100 de résultats excellents, 34 p. 100 de bons résultats, 19 p. 100 d'échecs.

ALBERT MOUCHET.

K.-O. Gedda et **E. Moberg** (Gothenburg, Suède). — **Réduction ouverte et ostéosynthèse de la fracture de Bennett du pouce** (*Acta Orthopaedica Scandinavica*, vol. **22**, fasc. 3, p. 249-257, avec 4 fig.).

L'examen de 83 cas de fractures de Bennett, diagnostiquées et traitées à l'hôpital Sahlgren depuis 1940 a convaincu les auteurs que les résultats anatomiques et fonctionnels de la fracture de Bennett laissaient trop souvent à désirer si on se contentait d'immobiliser après réduction.

La fracture n'était pas seule responsable de l'impotence fonctionnelle; il fallait compter avec la subluxation radio-dorsale qui accompagne la fracture et la caractérise essentiellement.

G. et M. pensent que la lésion fondamentale dans la fracture de Bennett est un arrachement des ligaments dont l'insertion osseuse recouvre une plus ou moins grande partie de la surface articulaire.

Ils publieront plus tard en détail les résultats de leur étude; ils proposent dans leur mémoire actuel une opération de réduction ouverte de la fracture par une incision courbe de 3 cm à la base de l'éminence thénar sur le côté palmaire du tendon long abducteur du pouce et par une implantation de broche de Kirschner dans la base du premier métacarpien.

24 cas récents de fractures de Bennett ont été opérés par cette technique opératoire. Bons résultats anatomiques et fonctionnels qui seront prochainement publiés en détail.

ALBERT MOUCHET.

H. H. Bohr (Copenhague). — **Transplantations tendineuses dans les paralysies de l'opposition du pouce** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 45-55, avec 4 fig.).

Dans 14 cas de paralysie de l'opposition du pouce, des transplantations tendineuses furent pratiquées : 3 fois suivant la technique de Bunnel, 11 fois suivant la technique de Sr. Klaer.

En comparant les résultats obtenus avec ceux obtenus avec la technique de Ney et Silfverskiôld, on constate que toutes les méthodes donnent 70 p. 100 de résultats satisfaisants. Pour les résultats imparfaits, des arthrodèses peuvent être envisagées.

MÉTIVET.

MEMBRE INFÉRIEUR

Bernhard Paus (Oslo). — **Résultats de la sympathectomie lombaire sur les troubles vaso-moteurs des membres inférieurs après poliomyélite** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **105**, fasc. 1-4, Mai 1953, p. 243-246).

37 sympathicectomies lombaires furent pratiquées pour des troubles vaso-moteurs des membres inférieurs (pieds froids, acrocyanose, ulcères, etc.) après poliomyélite. L'opération a, dans la majorité des cas, eu une action favorable sur les lésions.

MÉTIVET.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME 69

I. — ARTICLES ORIGINAUX

BERNIER (M.). — Voy. Roux (M.), Bernier (E.), Debray (Ch.), Le Camet (R.) et Garret (J.).

BLUM (E.) et **FRUHLING (L.).** — L'endométriose rénale, nouvelle entité anatomo-clinique; symptômes et pathogénie (16 fig.) . . . . . p. 19

BOURDE (Christian). — Les fistules artério-veineuses congénitales des membres. . . p. 728

BOURGEON (R.) et **PIETRI (H.).** — Les cholérragies consécutives aux interventions pour kystes hydatiques du foie (11 fig.). . . . . p. 389

CAMEY (M.). — Voy. Soupault (R.), Mouchet (A.) et Camey (M.).

CERBONNET (G.) et **COUINAUD (Ch.).** — Rupture spontanée de l'œsophage (9 fig.). p. 210

CHEVILLOTTE (R.). — Voy. Seillé (Guy) et Chevillotte (R.).

COUINAUD (Cl.). — Les ulcérations intestinales post-opératoires (1 fig.). . . . . p. 841

COUINAUD (Cl.). — Voy. Cerbonnet (G.) et Couinaud (Cl).

COURTY (A.). — Voy. Joyeux (R.) et Courty (A.).

DEBRAY (Ch.). — Voy. Sénèque (J.), Debray (Ch.), Pergola (Fr.) et Housset (P.).

DEBRAY (Ch.). — Voy. Roux (M.), Bernier (E.), Debray (Ch.), Le Canuet (R.) et Garret (J.).

DUBOST (Charles) et **DUBOST (Claude).** — Traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte; les possibilités d'exérèse (21 fig.). . . . . p. 581

DUBOST (Claude). — Voy. Dubost (Charles) et Dubost (Claude).

FRUHLING (L.). — Voy. Blum (E.) et Fruhling (L.).

FRUHLING (L.), SPEHLER (K.) et **WILHELM (Ed.).** — Données concrètes sur la rapidité des processus d'ostéogénèse dans un cas de fibrome diffus ossifiant (8 fig.). . . . . p. 821

GARRET (J.). — Voy. Roux (M.), Bernier (E.), Debray (Ch.), Le Canuet (R.) et Garret (J.).

HERBERT (J.-J.). — Nouvelles techniques de fixation vertébrale (9 fig.). . . . . p. 299

HERLEMONT (Pierre). — Voy. Quénu (Jean) et Herlemont (Pierre).

HOUSSET (P.). — Voy. Sénèque (J.), Debray (Ch.), Pergola (Fr.) et Housset (P.).

JOYEUX (R.) et **COURTY (A.).** — Le volvulus total de l'intestin grêle (9 fig.). . . p. 290

LACOUR (J.). — Voy. Redon (H.) et Lacour (J.).

LE CANUET (R.). — Voy. Roux (M.), Bernier (E.), Debray (Ch.), Le Canuet (R.) et Garret (J.).

LEGRAIN (M.). — Bases physio-pathologiques de l'équilibre hydro-électrique; ses applications à l'étude de la surveillance des opérés (2 fig.). . . . . p. 507

MONTRIEUL (B.). — Voy. Philippidès (D.), Montrieul (B.) et Steimlé (R.).

MOUCHET (A.). — Voy. Soupault (R.), Mouchet (A.) et Camey (M.).

MOULONGUET (Albert). — Voy. Sicard (André) et Moulonguet (Albert).

MOULONGUET (P.). — L'évolution ganglionnaire latéro-pelvienne des cancers du col utérin (3 fig.). . . . . p. 717

MOŸSE (P.). — Voy. Roux-Berger (J. L.) et Moÿse (P.).

NATALI (Jean). — Voy. Sicard (André) et Natali (Jean).

PEREZ FONTANA (Velarde). — Le traitement chirurgical du kyste hydatique du poumon par la méthode uruguayenne ou extirpation du péri-kyste (11 fig.). . . . . p. 618

PERGOLA (Fr.). — Voy. Sénèque (J.), Debray (Ch.), Pergola (Fr.) et Housset (P.).

PHILIPPIDES (D.), **MONTRIEUL** (B.) et **STEIMLÉ** (R.). — Traitement de l'hématome sous-dural chronique; étude de 31 observations personnelles (4 fig.). . . . . p. 947

PIETRI (H.). — Voy. Bourgeon (R.) et Pietri (H.).

QUÉNU (Jean) et **HERLEMONT** (Pierre). - Du traitement chirurgical de l'éventration diaphragmatique (20 fig.). . . . . p. 101

REDON (H.) et **LACOUR** (J.). — Technique d'amputation large du sein, avec ablation des muscles pectoraux et triple curage mammaire interne, sus-claviculaire et axillaire (13 fig.) p. 197

ROUX (M.), **BERNIER** (M.), **DEBRAY** (Ch.), **LE CANUET** (R.) et **GARRET** (J.). — Anatomie radiologique des voies biliaires intra-hépatiques (14 fig.). . . . . p. 5

ROUX-BERGER (J. L.) et **MOYSE** (P.). — Les parotidectomies totales élargies (8 fig.). p. 122

SEILLÉ (Guy) et **CHEVILLOTTE** (R.). — Invagination partielle du cæcum . . . p. 410

SÉNEQUE (J.), **DEBRAY** (Ch.), **PERGOLA** (Fr.) et **HOUSSET** (P.). — Sur les séquelles générales de la gastrectomie pour ulcère. Etude statistique (100 cas), déductions thérapeutiques (3 fig.) . . . . . p. 917

SICARD (André) et **MOULONGUET** (Albert). — L'arthrodèse sacro-iliaque (15 fig.). p. 485

SICARD (André) et **NATALI** (Jean). — Les fractures transversales du sacrum (9 fig.). p. 930

SOUPAULT (R.), **MOUCHET** (A.) et **CAMEY** (M.). Un procédé de rétablissement « physiologique » de la continuité après gastrectomie totale. La jéjuno-œsophago-duodénoplastie (8 fig.) . . . . . p. 827

SPEHLER (H.). — Voy. Fruhling (L.), Spehler (H.) et Wilhelm (Ed.).

STEIMLÉ (R.). — Voy. Philippidès (C.), Montrieul (B.) et Steimlé (R.).

WILHELM (Ed.). — Voy. Fruhling (L.), Spehler (H.) et Wilhelm (Ed.).

II. — TABLE ANALYTIQUE ET ALPHABÉTIQUE

Dans la table ci-après, les * indiquent les articles originaux.

A

Abcès. Voy. Poumon.
— **amibiens.** Voy. Foie.
— **métastatiques.** Voy. Foie.
— **mycosiques.** Voy. Poumon.
— **paranéphrétiques perforés dans le duodénum.** *V. P. Eggimann* 477
— **rompus.** Voy. Annexes utérines.
Abdomen (Contusion) et rupture rétro-péritonéale duodénale. *J. Cohn* . . . 463
— —; thrombose mésentérique. *Mc Cune.* 545
— (Fistule), complication de cholécystite. *S. Sokol* et *G. Smigielski* 179
— **aigu** par rupture de kystes endométriaux. *Hyde Pratt, R. S. Huggins* et *Glenn Foust.* 191
— — (Syndrome); diagnostic par urographie intra-veineuse. *J. Cibert, J. Marion* et *A. Gilbertas* 167
Ablation. Voy. Muscles pectoraux.
Abord transduodénal. Voy. Canal cholédoque.
Abouchement extra-vésical. Voy. Uretère surnuméraire.
Absence congénitale. Voy. Sacrum et coccyx, Voie biliaire principale.
Accidents cérébraux mortels au cours d'un anévrysme artério-veineux du cou. *F. Mörl.* 439
— **vasculaires.** Voy. Membres.
« **Accidentes vasculares de los miembros** ». *Martorell* 241
Achalasie. Voy. Œsophage.
A. C. T. H. dans l'anémie hémolytique. *Feldman* 573
— dans la colite ulcéreuse chronique, 28 cas. *J. M. Elliott, Everett, D. Kieffer* et *L. M. Hurxthal* 76
— dans l'iléus post-opératoire. *M. Andersen.* 363
Adénocholangiome. Voy. Foie.
Adénolymphite. Voy. Mésentère.
Adénomes. Voy. Cellules insulaires, Côlon sigmoïde, Glandes parathyroïdes, Jéjunum, Prostate, Rectum, Sein.
— **corticaux.** Voy. Glandes surrénales.
— **kystiques.** Voy. Pancréas.
Adhérences. Voy. Péritoine.
Adrénalectomie. Voy. aussi Surrénalectomie.
Adrénalectomie [Hémi] **bilatérale** pour syndrome de Cushing. *Kupperman* . . 703
Adréno-corticales. Voy. Fonctions.
Affections chirurgicales. Voy. Rein.
— **congénitales.** Voy. Cœur.
Aggression (Réaction organique a l'). *H. Laborit* 319
Alcooliques (Adénomes du rectum et du sigmoïde chez les —); sigmoïdoscopie. *Mortimer Diamond* 176
Amibiase. Voy. Foie.
Ammoniaque [**Ingestion d'** —]; sténose jéjunale. *Jamerson L. Chassin* 984
Ampoule de Vater (Ampullome) traité par duodéno-pancréatectomie céphalique. *H. Milhiet* et *A. Laffitte* 183
— — (Anomalies) en rapport avec la persistance des symptômes après cholécystectomie. *W. H. Cole.* 470
— — (Cancer); récidives. *R. J. Booher* et *G. T. Pack* 86
— — (— spino-cellulaire). *Puderbach.* 571
— (Sténose) avec calculose biliaire et angiocholite. *Orecchia.* 696
— — (Tumeurs); résection pancréatico-duodénale. *V. Principe* 281
Ampullome. Voy. aussi Ampoule de Vater.
— **vatérien** (Opération radicale). *Fuchsig.* 907
— **élargi.** Voy. Sein.
— **large.** Voy. Sein.
Anastomose (Fonction) après gastrectomie totale. *M. Steingraber* 71
— **sans suture.** Voy. Rectum.
—. Voy. aussi Aorte, Artère pulmonaire, Bronche droite et trachée, Canal cholédoque, Canaux hépatique et cystique.
— **artérielle chirurgicale**; étude expérimentale. *J. Schmidt Goffi* 429
— **artère-hépatique, Veine porte**; étude expérimentale. *P. Mallet-Guy, J. Feroldi, G. Devic, Gangolphe* et *Almasque Dedeu.* 178
— **bilio-digestive** pour tumeurs du pancréas, *Zanetti* 185
— **bilio-jéjunale** dans la pancréatite chronique. *Portuyton.* 906
— **bout à bout** après résection expérimentale de l'aorte thoracique, *Keefer, Glenn* et *Dotter* 163

Anastomose bout à bout après résection pour obstruction intestinale. *C. Warren Bierman.* 464
— **cholédoco-duodéno-jéjunale** et reflux intestinal. *J. E. Musgrove.* 278
— **de dérivation** pour cancer inopérable du cardio-œsophage. *A. Gutgemann.* . . 168
— **interne** pour kyste double du pancréas. *W. Kuhne.* 87
— **jugulo-carotidienne artificielle** pour paralysie cérébrale infantile. *Battezzati* et *P. Durand* 243
— **œsophago-gastrique.** *Paulino* . . . 532
— — (Œsophagite). *Ripley.* . . . 531
— — **haute.** *Reginald Crawshaw.* . . 532
— — **intra-thoracique** après œsophagectomie pour rétrécissement cicatriciel. *S. Oberhofer* 149
— **œsophago-jéjunale.** *Paulino* . . . 532
— **porto-cave** dans l'hypertension portale. *A. H. Blakemore.* 244
— — (Résultats), *Markowitz* . . . 525
— — (Clamp bulldog de Potts). *Jahnke.* 871
— **réno-gastro-épiploïque** dans l'hypertension portale. *R. de Britto, O. Was, P. Abdala* et *R. Da Silva.* 142
— **spléno-rénale**; résultats et indications dans l'hypertension portale; 33 cas. *P. Santy* et *P. Marion.* 142
— **uretéro-colique** (Techniques et résultats). *E. Lasio.* 286
— **uretéro-intestinale**; étude expérimentale comparée des méthodes usuelles. *H. M. Weyrand* 381
— — (Méthode nouvelle). *Mathisen.* 708
— — (Technique). *J. R. Hand.* . . 812
— **vasculaire** pour hypertension portale. *A. R. Albanese* 966
Anatomie chirurgicale. Voy. Hernies abdominales.
*— **radiologique** des voies biliaires intra-hépatiques. *M. Roux, E. Bernier, Ch. Debray, R. Le Canuet* et *J. Garret.* . 516
Anémie dans la hernie diaphragmatique, *Ruggieri*, 355; *Pagliardi.* 355
— après gastrectomie pour ulcère. *Parma, Conti* 552
— **agastrique** après résection. *H. Grunert.* 71
— **hémolytique** (Origine splénique). *Knut Aas* 702
— — **idiopathique** (Splénectomie). *Feldman* 573
Anesthésie et soins pré- et post-opératoires dans la ligature de la veine cave inférieure chez les cardiaques décompensés. *Nadia du Bouchet.* 457
Anévrysmes. Voy. Aorte, Aorte abdominale, Aorte abdominale sous-rénale, Aorte thoracique descendante, Artère iliaque primitive, Artère pancréatico-duodénale anormale, Artère rénale, Artère splénique, Crane [Cavité], Hexagone de Willis.
Anévrysmes artériels (Chirurgie). *Gerald H. Pratt.* 965
— **artério-scléreux.** Voy. Aorte abdominale.
— **artério-veineux.** Voy. Cou.
— — **traumatiques** et septicémie à streptocoques. *M. H. Williams.* 242
— **caverneux.** Voy. Artère carotide.
— **extra-crâniens.** Voy. Artère carotide interne.
— **doubles.** Voy. Artère sous clavière-axillaire.
— **des greffes veineuses de l'aorte.** *J. Johnson.* 869
— **rompus.** Voy. Artère iliaque primitive.
— **spontanés.** Voy. Artère sous-clavière, Artère poplitée.
— **intra-thoraciques.** Voy. Aorte, Vaisseaux [Gros].
Angine de poitrine; traitement chirurgical. *F. Mandl*, 348; *G. Pierl.* 349
— —; 2 cas opérés d'urgence; résultats post-opératoires après 10 et 23 mois. *E. Lluesma-Uranga* 47
Angiocardiographie de la sténose pulmonaire. *Angelino* 669
— dans l'étude du cancer pulmonaire; 100 cas. *J. Steinberg* et *Ch. T. Dotter.* 56
— des tumeurs du médiastin; 65 cas. *Ch. T. Dotter* et *J. Steinberg.* 254
— dans l'étude de la veine cave supérieure et des veines innominées. *Douglas J. Roberts* 456
— (Chirurgie), *De Gasperi.* 537
Angiocholite suppurée et lithiase. *Orecchia.* 696
Angiomes; traitement dans la Clinique radiothérapique de l'Hôpital Universitaire de Leyde [308 cas de Janvier 1944 à Mai 1949]. *P. J. L. Scholte.* . . . 425
—. Voy. aussi Colonne vertébrale, Moelle épinière, Rate.
Angiomyomes. *Gander* 630
Angiosarcome au cours du lymphœdème secondaire aux amputations du sein. *M. Jessner, Fr. G. Zak* et *Ch. R. Rein.* 152
Angiostat à trois branches pour anastomose latéro-latérale de l'aorte avec l'artère pulmonaire. *A. M. Dogliotti* 351
Angle duodéno-jéjunal (Cancer); un cas. *W. Gemund* 174
Annexes utérines (Abcès rompus) avec péritonite généralisée. *P. Pedowitz* et *L. B. Felmus* 190
Anomalies. Voy. Ampoule de Vater, Artères, Vaisseaux.
Anse anastomotique (Invagination rétrograde) après gastrectomie subtotale. *Elio Arduino* 462
— **intestinale isolée** (Implantation urétérale). *David Annis* 1 003

Anse jéjunale (Invagination). *F. Moutier.* 552
Antibiotiques-Bactériostatiques dans la tuberculose génitale de la femme. *H. Otto.* 98
Anticoagulants dans le traitement des affections thrombo-emboliques. *W. Cloetens.* 434
— et thrombose. *Mills* 524
— dans le traitement de la thrombose et de l'embolie pulmonaire. *W. R. Merz.* 335
Antigène A. (Cause d'immunisation). *André.* 775
Antithrombine (Dosage) pour diagnostic de la pancréatite aiguë. *Innenfield.* . 568
— (Taux de) dans les kystes du pancréas. *Innenfield* 186
Anurie dans un cas de rein polykystique. *A. Ciminata* 378
— **post-abortum**; rôle probable de l'hyperkaliémie. *Derot* 962
— **post-transfusionnelle** (Dialyse péritonéale). *Derot* 962
Anus (Imperforation); traitement. *Santuli,* 691
— —; replacement abdomino-périnéal du rectum. *Winkelsmith* 988
— (Malformations congénitales). *Moore.* 559
***Aorte** (Anévrysmes); possibilités d'exérèse. *Ch. Dubost* et *Cl. Dubost.* 581
— (— thoraciques); méthode de Pack. *R. R. Linton* 521
— (Coarctation). *G. Jousson* et *J. Karnell*; *Glenn,* 675; *Christophe.* . . . 886
— —; un cas opéré avec succès. *Fontaine, Rivaux, Voegtlin, M. Kim Kieny* et *Rager.* 162
— —; emploi de l'artère sous-clavière pour son traitement chirurgical. *Harris B. Shumacker* 60
— (— sus-diaphragmatique); succès de la résection suivie d'homo-greffe. *E. J. Beattie Jr* 264
— (Embolectomie). *Pool* et *Farrar* . 522
— (Embolie); guérison après traitement conservateur. *H. Milwidsky.* . . . 428
— — avec embolie axillaire. *Hardy* et *Noon* 642
— (Homogreffes); conservation et évolution. *Sauvage* 643
— (Œsophagoplastie). *Marcozzi* . . 970
— (Pertes de substance); greffe cave autogène. *Nabatoff* 645
— (Rétrécissement); importance de l'absence ou de la diminution du pouls aortique abdominal pour son diagnostic. *H. B. Shumacker* 353
— —; traitement par greffes homologues. *R. E. Gross* 61
— —; chirurgie. *Bailey.* 675
— (Thrombose) par fil métallique. *Stone* et *Lord* 522
***Aorte** (Transposition); traitement chirurgical. *M. P. Marion, G. Grégoire, H. Termet* et *R. Deleuze.* 164
— **Aorte pulmonaire** (Communication) consécutive à une plaie pénétrante de la poitrine par arme blanche. *F. Cazals.* 343
— **Artère pulmonaire** (Anastomose latéro-latérale) par angiostat à 3 branches. *A. M. Dogliotti* 351
— [**Arc double**]; 2 cas opérés avec succès. *Gunnar Ekström* et *Ph. Sandblom.* 162
— [**Bifurcation**] (Greffes); un nouveau cas. *J. Oudot* 137
— — (Thrombose); chirurgie. *Crafoord, Hiertonn* 643
— [**Crosse double incomplète**]; 2 cas opérés. *Mathey, Facquet* 537
— [**Isthme**] (Rétrécissement); greffe conservée humaine. *J. Ducuing, J. Tapie, A. Enjalbert, H. Eschapasse* et *Riunnau-Serra.* 161
— — —; 2 cas opérés avec succès. *H. Welti, C. Lian* et *J. J. Welti.* 162
— — (Sténose congénitale); chirurgie, indication, résultats; 20 cas opérés par la technique de Crafoord. *P. Santy.* . 353
— **abdominale** (Anévrysmes). *Wilkinson.* 641
— — —; greffe veineuse interne. *N. E. Freeman* et *Fr. H. Leeds* 137
— — —; résection. *Ch. Dubost, M. Allary* et *N. Œconomos* 45
— — (— artério-scléreux); traitement chirurgical. *Geza de Takats* et *Millard, R. Marshall* 45
— — (Aortographie) pour diagnostic rénal. *A. Palmlov.* 705
— — (Obstruction chronique). *Milanes.* 965
— — (Thrombose); greffe veineuse interne. *N. E. Freeman* et *Fr. H. Leeds.* . . 137
— — **sous-rénale** (Anévrysme); résection; greffe aortique. *Ch. Dubost* 868
— **terminale** (Thrombose). *Theis* . . 643
— **thoracique** (Greffe veineuse); anévrysme. *Johnson.* 869
— — (Résection) avec anastomose bout à bout chez de jeunes chiens. *Keefer, F. Glenn* et *C. T. Dotter.* 163
— — **descendante** (Anévrysme); résection. *C. R. Lam* et *H. H. Aran.* 61
— — (Résection) pour anévrysme. *C. R. Lam* et *H. H. Aran.* 61
Aortico-pulmonaires. Voy. Fistules.
— Voy. aussi Sténose.
Aortographie; expérience de plus de 300 cas. *P. G. Smith.* 456
— pour cathétérisme transcutané de la fémorale. *E. Converse Peirce.* 44
— Voy. aussi Aorte abdominale.
— **abdominale** (Complications). *Larsson.* 777

Aortographie thoracique. *Gunnar Jonsson, Bror Brodea* et *Johan Karnell*. . . 44
Aponévrose palmaire (MALADIE DE DUPUYTREN); vitamine E. *H. J. Richards*. 388
— — —; excision limitée. *E. Hamlin*. 388
Appareil cardio-vasculaire (AFFECTIONS); traitement chirurgical. *C. A. Carton*. . 262
— — (CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE); bilan d'une année. *P. Chalnot*. 352
— **génital de la femme** (CANCER INOPÉRABLE). *Würterle* 1 006
— — — (TUBERCULOSE); antibiotiques et bactériostatiques. *H. Otto*. 98
— **génito-urinaire** (TUBERCULOSE); indications médicales et chirurgicales respectives. *Bernard Fey*. 376
— — —; frontières chirurgicales. *Hasche-Klünser* 909
Appendicite aiguë (DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL). *Giordanengo*. 899
— — chez les gens âgés. *W. J. Wolff*. 272
— — suivie d'abcès métastatiques du foie. *H. B. Lode Wijke* 276
Arrhénoblastome. Voy. OVAIRE.
Artère axillaire (EMBOLIE) avec embolie aortique. *Hardy* et *Noon* 642
— **carotide** (ANÉVRYSME CAVERNEUX); 11 cas. *G. Ruggiero* 439
— — (ARTÉRIOGRAPHIE) par ponction directe; complications. *Idbohrn*. . . 778
— — **interne** (ANÉVRYSMES EXTRA-CRÂNIENS); diagnostic et traitement. *H. Finkemeyer*. 327
— — — (LIGATURE) pour anévrysme de l'hexagone de Willis. *R. C. Bassett* et *H. H. Gass* 242
— — **primitive** (LIGATURE) dans une plaie par coup de couteau. *Brodersen*. . 652
— — — (OCCLUSION PARTIELLE AVEC POLYTHÈNE) dans le traitement des tumeurs du corpuscule carotidien. *Lester R. Chauncey* 51
— — — **veine jugulaire interne** (FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE CHIRURGICALE). *Hammer, Heersma, Mac Gregor, Osius* et *de Groot* 242
— **sous-clavière** pour opération de Blalock. *Watts R. Weff*. 290
— —; son emploi dans le traitement chirurgical de la coarctation de l'aorte. *Harris B. Shumacker*. 60
— — (ANÉVRYSMES SPONTANÉS) traitement chirurgical; un cas à étiologie syphilitique traité par exérèse. *G. d'Errico*. . . 322
— — **axillaire** (ANÉVRYSME DOUBLE). *Schaposnik* 777
— **coronaire stomachique** (LIGATURE) pour cirrhose. *Berman*. 562
— — — — pour hypertension portale par cirrhose. *Lucio Galvão* 468
— **fémorale** (CATHÉTÉRISME TRANSCUTANÉ) par l'aortographie chez l'homme. *E. Converse Peirce*. 44
Artère fémorale (EMBOLECTOMIE). *Klingensmith*. 642
— — (OBLITÉRATION HUNTÉRIENNE). *Fontaine* 524
— **hépatique** (DÉCHIRURE ACCIDENTELLE); ligature. *Popper*. 692
— — (LIGATURE) pour cirrhose. *Berman*. 562
— — — pour hypertension portale. *W. F. Rienhoff Jr*, 80; *F. W. Taylor*. . . 988
— — —; possibilités d'en modifier les suites. *R. Bariatti* et *A. Dagradi*. . . . 79
— — —; accidents mortels. *Rosenbaum*. 563
— — —; recherches expérimentales. *P. Mallet-Guy*, 178; *Zannini*. 275
— — —; son influence sur la régénération du tissu hépatique chez le rat. *Ch. E. Wiles Jr* 276
— **hypogastrique** (LIGATURE) pour hémorragie fessière. *Raisch* 640
— **iliaque** (EMBOLECTOMIE). *Klingensmith*. 642
— — **primitive** (ANÉVRYSME). *Borghetti*. 522
— — — (— ROMPU) avec survie post-opératoire. *P. A, Ferubach*. 322
— **mammaire interne** (IMPLANTATION) dans le myocarde du ventricule gauche pour insuffisance coronarienne. *A. Vineberg*. 261
— **mésentérique inférieure** (LIGATURE) dans la résection du côlon gauche. *Garnet W. Ault* 272
— **pancréatico-duodénale anormale** (ANÉVRYSME). *J. W. Sampsel, F. M. Barry* et *H. D. Steele*. 45
— **poplitée** (ANÉVRYSME SPONTANÉE) avec gangrène du pied par embolie. *H. W. Schega* 196
— **pulmonaire** (OCCLUSION TEMPORAIRE), son action sur le poumon. *H. A. Davis, W. B. Gordon, E. W. Hages Jr* et *Malcom T. Wasley*. 62
— — (STÉNOSE); anatomie. *Johns*. . 886
— — —; opérations; résultats. *Bret*. 538
— — —; valvulotomie. *Van Buchem*, 793; *P. Benedetti Aprosio*. 793
— — (— CHIRURGICALE). *W. H. Muller*. 669
— — (— CONGÉNITALE); chirurgie intracardiaque. *Egbert H. Fell*. 262
— — (— PURE). *Angelino*. 669
— — (— VALVULAIRE); valvulotomie. *F. E. Tricerri*, 976; *F. Therkelsen*, 977; *T. Sondergaard* 977
— **rénale accessoire** (ANÉVRYSME). *H. A. Chamberlin* 811
— **spermatique** (EMBOLIE). *Hans Marberger*. 287
— **splénique** (ANÉVRYSME). *Milone*, 701; *Berger*, 909; *G. W. Zeluff*. 995

Artère splénique (Ligature) pour hypertension portale. *W. F. Rienhoff Jr.* . . 80
— — — pour cirrhose. *Berman*. . . 562
— **utérine et Branches ovariennes** (Conservation) dans l'hystérectomie inter-annexielle à divers niveaux [fundique, supra-isthmique, subtotale et totale]. *P. Brocq* 289
— **interventriculaire** (Suture); infarctus. *Sirot* et *Bernasconi*. 791
Artères (Anastomose chirurgicale); étude expérimentale. *F. Schmidt Goffi* . . 429
— (Anomalies) et maladie congénitale kystique du poumon. *Fr. G. Kergin*. . 256
— (Greffes conservées); résultats expérimentaux; étude sur la conservation des greffons. *L. Massé*, 138. 430
— (Pertes de substance); greffes artérielles homologues. *F. L. Cooke*. . 868
— [**Grandes**] (Greffes homologues indirectes); recherches expérimentales avec emploi des bagues de vitallium. *G. Guerreri d'Antona* 138
— [**Segments conservés**] (Transplantation homologue). *A. G. Marrangoni*, 139; *Tor Hiertonn* 430
— **carotides interne et externe** (Greffe veineuse). *J. Conley*. 967
— **coronaires** (Insuffisance); implantation de la mammaire interne dans le myocarde du ventricule gauche. *A. Vineberg*. 261
— — (Occlusion expérimentale) et ischémie myocardique; cardiostatorraphie. *Duff S. Allen* 348
— **fessières** (Hémorragie); ligature hypogastrique. *Raisch* 640
— **hépatique et splénique** (Ligature) pour hypertension portale. *Lucio Galvão*, 468; *E. J. Jahnke* 870
— **iliaques** (Artériographie); valeur diagnostique. *Borell*. 778
Artérialisation. Voy. Système veineux coronaire.
Artériectomie; indications ou contre-indications au cours des troubles de la circulation périphérique. *H. Nabel*. 431
Artériels. Voy. Greffons.
Artériographie donnant l'apparence de relief. *Marcozzi* 964
— dans le diagnostic des métastases cérébrales. *R. Lorenz*. 326
—. Voy. aussi Artère carotide, Artères iliaques.
— **per-opératoire mésentérique** au cours de la résection du rectum. *O. Goetze*. . 465
Artério-sclérose (Chirurgie directe). *Julian, Dye*. 644
— **oblitérante**; quelques méthodes de traitement. *L. E. Puech Leao*. 432
Artério-veineuses. Voy. Fistules.
Artérite. Voy. Membre inférieur.
— **oblitérante** (Gangliectomie lombaire). *De Luca*. 522
Artérite oblitérante. Voy. aussi Membre inférieur.
— **périphérique oblitérante**; traitement par bromure de tétra-éthylammonium intra-artériel. *O. Selvaag*. 430
— **sénile** (Sympathectomie lombaire); 1 000 cas successifs. *R. Glenn Smith, Miles Gullickson* et *D. A. Campbell*. 45
Arthrite chronique non spécifique; synovectomie subtotale ou totale. *F. Kroh*. 43
Arthrodèse. Voy. Articulation sacro-iliaque, Epaule.
Arthrographie. Voy. Articulation coxo-fémorale, Hanche [Luxation congénitale].
Arthroplastie. Voy. Coude, Hanche.
— **capsulaire** pour luxation congénitale. *Colonna* 816
— **de hanche** avec prothèse acrylique. *Poli*, 914; *Arienti*. 914
— **par prothèse acrylique.** Voy. Hanche.
— **reconstructive.** Voy. Hanche.
Arthropneumographie. Voy. Genou.
Articulation coxo-fémorale (Arthrographie). *Heublein* 816
— **sacro-iliaque** (Arthrodèse). *A. Sicard* et *A. Moulonguet* 485
— **tibio-tarsienne** (Tuberculose); chirurgie chez l'adulte. *André Richard*. . . . 820
Articulations (Affections chroniques); démonstration radiologique. *G. H. Melot*. 428
— (Tuberculose). *Heins May*. . . 638
— [**Synoviales**] (Sarcome). *W. Hage*. 42
— **du genou** (Biologie, Pathologie, Traitement). *A. Sonnenschein*. 41
Arythmie complète. Voy. Cœur.
Ascites tuberculeuses (P. A. S. et perfusion). *Hamant*. 890
Aspiration continue dans le traitement des ulcères perforés. *J. A. de Brito*. . . 460
Astragalectomie chez l'adulte (Résultats éloignés), *Godinot*. 915
Atrésie. Voy. Œsophage cervical.
— **congénitale.** Voy. Duodénum, Œsophage, Voies biliaires.
Avant-bras (Fractures); enclouage médullaire. *Thomson*, 1008; *Robertson*. . 1008
— [**Extrémité inférieure**] (Fractures); 50 cas. *Poilleux*. 1009
Axillaires. Voy. Métastases.

B

Banthine; son action sur la sécrétion du pancréas. *J. R. Thistlewaite*. . . . 87
Bassin osseux (Ostéomyélite); complexe pérityphlique. *Brüchner*. 913
Bassin [**Petit**] (Chaines ganglionnaires latérales); curage. *Tailhefer*. . . 711
Bassinet (Tumeurs); 47 cas. *C. C. Higgins*. 1002
Bec-de-lièvre; statistique et résultats opératoires. *J. Bourgu* 145

Bile (Reflux pancréatique); est-il un processus physiologique normal ou anormal ? *N. Fr. Hicken* et *A. J. Mc Allister*. 181
Bilio-digestive. Voy. Anastomose.
Bilio-digestives. Voy. Fistules.
Bilio-jéjunale. Voy. Anastomose.
Biopsie. Voy. Utérus [Col].
— **par aspiration** du cancer du corps utérin. *Guilhem*. 710
Blalock. Voy. Opération.
Blessures. Voy. Nerfs périphériques, Rein, Veine cave supérieure.
— **opératoires.** Voy. Duodénum.
Blocage. Voy. Nerfs splanchniques.
— **novocaïnique** dans la nécrose pancréatique aiguë. *K. Klumpp* 473
— **à la procaïne.** Voy. Lobe frontal [Fibres blanches].
Bombardement atomique (Cicatrices consécutives). *Wells* 631
Bouche de gastrectomie (Invagination de l'anse jéjunale). *F. Moutier*. . . 552
— **de gastro-entérostomie** (Cancer). *Bandmann* 895
Brachy-œsophage. *P. Santy* et *P. Michaud*. 784
Brachy-œsophage et hernie de l'hiatus. *R. Wanke*. 444
Branche ischio-pubienne (Ostéomyélite); résection. *Manzi* 713
Bras (Œdème); traitement. *William T. Foley* 56
Brèches. Voy. Diaphragme.
Bromure de tétra-éthyl-ammonium (Injections intra-artérielles) dans les artérites périphériques oblitérantes. *O. Salvaag* 430
Bronche droite et trachée (Anastomose); après rupture traumatique. *Weisel*. 968
Bronches (Cancer). *Denk*, 879; *Hasche*, 880; *Steyer* 974
— —; cytodiagnostic, *Gattner*. . . . 790
— —; étude statistique, diagnostique et opératoire. *N. C. Delarue*. 154
— —; indications des irradiations préopératoires. *P. Oudet*. 340
— —; rœntgenthérapie; 150 cas. *Papillon*. 791
— —; orientation radiothérapique, *C. M. Gros* 341
— —; réflexions sur l'exérèse après radiothérapie et suites immédiates. *A. G. Weiss*. 340
— —; étude de 250 cas, dont 100 opérés. *Thure Wiklund* 155
— —; pneumectomie. *Orie*. 880
— (— irradié); examen des pièces d'exérèse. *P. Oudet*. 341
— (— primitif). *Sauvage*. 654
— (Chirurgie plastique reconstructice). *P. W. Gebauer*. 329
— (Fibrosarcome); 7 cas. *Cl. F. Storey*. 440
Bronches (Fistules); fermeture par plasti à lambeaux tubulés. *L. Rathcke* . . 44
— (Kystes); symptomatologie. *E. Hasch* 44
— (Rupture complète). *Weisel*. . . 96
— (— traumatique); réparation plastique *D. L. Paulson*. 32
— (Sténose); reconstruction plastique 2 cas. *H. Métras* 15
Bronchectasie; résultats chirurgicaux. *Migu Urrutia* 97
— (Chirurgie); *Jesus Zerbini*. . . . 53
— (Lobectomie). *J. H. Forsee*. . . 87
— (Résection). *Derra* et *Koss*. . . 78
— **résiduelle** après résection incomplète e son pronostic. *G. P. Rosemond*. . . 26
Brûlures; traitement actuel. *Heymann*. 63
—; traitement local nouveau. *M. Curti* 23
— (Statistique de 1 000 cas traités dans un Hôpital d'enfants. *H. S. Aller* 1
— **aseptiques** (Traitement a l'air libre étude du problème. *T. G. Blooker, V. Blo ker, S. R. Lewis* et *C. C. Snyder*. . 4
— **par caustiques.** Voy. Œsophage.
Buerger. Voy. Maladie.
Bulbe carotidien (Décortication) dans l'ép lepsie essentielle. *F. Bandini*. . . 24
— — (Excision); procédés chirurgical pour en diminuer les risques. *J. J. Con* et *J. T. Pack* 13

C

Cæco-côlon (Invagination) par tumeu signes radiologiques. *Von H. Garbsc* 40
Cæcum (Diverticulite). *Case* et *Shea*, 68 *D. D. Geist* 80
— (— aigüe). *J. Lauridsen* et *F. P. Ros* 7
— (Entérokystome); invagination. *Cons glio*. 98
— (Invagination haustrale). *Giordaneng* 8
*— (— partielle). *Guy-Seillé* et *Rog Chevillotte* 4
— (Perforation diastasique). *Rack*. 5
— (Réticulo-sarcome); étude d'un c *P. C. Borsotti* et *E. Masenti*. . . . 1
— (Volvulus). *J. Byrne, Ch. C. Swift G. E. Farrell Jr* . . . . . (
— — et interposition hépato-phrénique côlon. *J. Torgersen*. 4
— (— post-opératoire). *G. L. Jord* 9
— [**Bosselures**] (Invagination). *Festa*. 9
Calcaneum (Chondromyxosarcome). *Ottolenghi*. 9
Calculs. Voy. Canal cholédoque, Re Voie biliaire principale.
— **biliaires** (Occlusion intestinale). *F. P lino* 8

Calculs biliaires. Voy. aussi INTESTIN (OCCLUSION).
— — **géants** et obstruction intestinale. *Tangari* 464
— — **inclus.** Voy. ESTOMAC [PAROI].
— **des diverticules vésicaux.** *L. Pfau.* 383
— **perforants.** Voy. VÉSICULE BILIAIRE.
— **résiduels.** Voy. CANAL CHOLÉDOQUE.
Calculose. Voy. REIN EN FER A CHEVAL.
— **cholédocienne** simulée par kystes hydatiques. *Atlas* . . . . . 563.
Canal anal (CANCER); procédé d'extirpation élargie. *Illydio Sauer.* 466
— **artériel** (CHIRURGIE). *Holman.* . . 674
— — (PERSISTANCE). *Adler*, 977; *Lara*, 977; *Ekstrom* 977
— — —; thérapeutique chirurgicale moderne. *R. E. Gross* 163
— — (— AVEC COMMUNICATION LARGE); traitement chirurgical. *Ph. Sandblom* et *Gunnar Ekström.* 164
— **cholédoque** (ANASTOMOSES); drainage par tube de caoutchouc. *Lary.* 905
— — (— DUODÉNO-JÉJUNALE) et reflux intestinal. *James E. Musgrave.* . . 278
— — (CALCULS); cholédoco-duodénostomie supra-duodénale systématique. *A. Plenk.* 371
— — (— RÉSIDUELS); traitement de Pribram. *Nasser* 567
— — (CANCER); récidives. *R. J. Booher* et *G. T. Pack* 86
— — (COMPRESSION) par pancréatite chronique. *P. Mallet Guy*, *L. Eicholz* et *R. Almasque Dedeu* 185
— — (DILATATION KYSTIQUE); étude clinique. *G. Gill* 371
— — (KYSTE CONGÉNITAL). *Trnka* . 904
— — (LITHIASE); angiocholite. *Orecchia.* 696
— — —; indications opératoires, *P. Mallet-Guy* 904
— — (— RÉCIDIVANTE); réintervention. *M. Bufalim.* 84
— — (REMPLACEMENT) par greffon autologue. *T. T. Rieger.* 806
— — (STÉNOSE POST-OPÉRATOIRE); causes et traitement. *L. Hendus* 84
— — (SYNDROMES); résultats. *Popovici.* 805
— — (VOIE D'ABORD THORACO-ABDOMINALE). *V. P. Satinsky.* 469
— — (— — TRANS-DUODÉNALE). *Conole.* 697
— **hépatique** (LITHIASE); angiocholite. *Orecchia.* 696
— **thoracique** (OPÉRATION); indications dans le chylothorax. *K. Zuschneid*, 152; *O. Hueck* et *H. Kahle*, 153; *H. E. Grewe* et *E. Beck.* 154
— **de Wirsung** (VISIBILITÉ) au cours de la cholangiographie post-opératoire. *L. Ciarpaglini* 469
Canaux biliaires (HÉMORRAGIE MORTELLE) *Lee Mc Gregor.* 992
— — **profonds** (LÉSIONS OPÉRATOIRES). *K. Lehman.* 990
— **hépatique et cystique** (ANASTOMOSE). *Köhler* 696
— **pancréatiques** (REFLUX BILIAIRE DANS LES —); est-il un processus physiologique normal ou anormal ? *N. Fr. Hicken* et *A. J. Mc Allister* 181
Cancer sur polypes recto-coliques. *Welch.* 560
Cancer (NEUROERGONOLOGIE). *Mosinger.* 516
— (RÉACTION DIAGNOSTIQUE DE NITSCHE) tirée de l'examen des urines. *A. Wuterle.* 38
— (TRAITEMENT HORMONAL). *I. T. Nathanson* et *R. M. Kelley.* 41
—. Voy. aussi AMPOULE DE VATER, ANGLE DUODÉNO-JÉJUNAL, BOUCHE DE GASTRO-ENTÉRSOTOMIE, BRONCHES, CANAL ANAL, CANAL CHOLÉDOQUE, CARDIA, CÔLON, CÔLON DROIT, CÔLON GAUCHE, CÔLON SIGMOÏDE, ENDOMÈTRE, ESTOMAC, ETHMOÏDE, FOSSES NASALES, GLANDE MAMMAIRE, GLANDE THYROÏDE, INTESTIN [GROS], LÈVRES, MOIGNON GASTRIQUE, ŒSOPHAGE, ŒSOPHAGE THORACIQUE SUPÉRIEUR ET CERVICAL, PANCRÉAS, PANCRÉAS [TÊTE], PÉNIS, POUMON, PROSTATE, RECTUM, RECTUM ET BAS SIGMOÏDE, REIN, REIN POLYKYSTIQUE, SEIN, SINUS MAXILLAIRE, UTÉRUS, UTÉRUS [COL], UTÉRUS [CORPS], VAGIN, VÉSICULE BILIAIRE, VESSIE, VOIES BILIAIRES, VULVE.
— **et tuberculose.** Voy. SEIN.
— **aberrant.** Voy. GLANDE THYROÏDE.
— **avancé.** Voy. COLO-RECTUM, SEIN.
— **bronchique.** Voy. POUMON.
— **bronchogénique.** Voy. POUMON.
— **des cellules des îlots.** Voy. PANCRÉAS.
— **infecté.** Voy. SEIN.
— **inopérable.** Voy. APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME, CARDIO-ŒSOPHAGE, SEIN.
— **pré-invasif.** Voy. UTÉRUS [COL].
— **irradié.** Voy. BRONCHES, POUMON.
— **métastatique.** Voy. FOIE.
— **pancréatico-duodénal.** *Yngve Edland.* 187
— **papillaire.** Voy. GLANDE THYROÏDE.
— **primitif.** Voy. BRONCHES, DUODÉNUM, PLÈVRE, POUMON, URETÈRE, URÈTRE, VAGIN, VÉSICULE BILIAIRE, VULVE.
— **récidivé.** Voy. UTÉRUS [COL].
— **in situ.** Voy. UTÉRUS [COL].
— **spino-cellulaire.** Voy. AMPOULE DE VATER.
Cancérisation. Voy. TRAJETS FISTULEUX.
Carcinomes. Voy. DUODÉNUM, ESTOMAC, FOIE, OVAIRE, REIN, VOIES BILIAIRES.
Carcino-sarcome mélanique. Voy. RECTUM.

Cardia (Cancer) et cancer de l'œsophage; étude de 172 cas. *V. K. Wu* et *H. H. Loucks* 149
— (Sténose). *Gutgemann* 785
— (Tumeurs); traitement chirurgical. *E. Yvergneaux* 167
Cardia-Œsophage (Chirurgie); petit traité. *F. Paulino* 445
Cardiaque. Voy. Massage.
— [Intra]. Voy. Chirurgie.
Cardiaques décompensés; anesthésie et soins pré et post-opératoires dans la ligature de la veine cave inférieure chez les —. *Nadia du Bouchet* 457
Cardio-œsophage (Cancer inopérable); anastomose de dérivation. *A. Gutgemann*. 168
Cardiopathies congénitales. *P. Soulié*, 261; *Angelino* 669
— —; comportement des liquides extra-cellulaires après opération de Blalock. *G. Fr. Della Penna* 159
— **cyanogènes**; valvulotomie pulmonaire. *F. d'Allaïnes* 345
— **décompensées** (Ligature cave inférieure) et sympathectomie. *Wiringer*. 882
Cardiopulmonaires [Modifications] après pneumectomies. *Orie*, 880; *de Coster*. 880
Cardioscope nouveau à usage chirurgical. *R. F. Butterworth* 351
Cardiospasme; pathogénie. *Wildegans*. 890
— (Dilatation ou chirurgie). *T. Cl. Gertz* 980
— (Statistique de son traitement); 12 ans d'expérience à la « Mayo Clinic ». *A. M. Olsen* 267
— **idiopathique**; traitement médical et résultats. *C. Crum* 358
Cardio-statorraphie; consolidation chirurgicale de la zone myocardique ischémiée par occlusion coronarienne; étude expérimentale. *Duff. S. Allen* 348
Cathétérisme transcutané. Voy. Artère fémorale.
Cavernes géantes (Technique chirurgicale). *Agostini* 664
Cavités ostéomyélitiques. Voy. Os.
Cellules insulaires (Adénome). *P. L. Mirizzi*. 808
Cérébrales. Voy. Métastases.
Cérébraux. Voy. Accidents.
Cerveau (Complications) de la commissurotomie. *Bailey, Olsen* 541
— (Embolie); complication de la commissurotomie mitrale. *Bolton* 673
— (Gliomes sus-tentoriels); indications thérapeutiques. *D. Petit-Dutaillis* . 48
— (Paralysie infantile); anastomose jugulo-carotidienne artificielle. *Battezzati* et *P. Durand* 243
Cervelet (Hémangioblastomes); analyse de 54 cas observés en 20 ans. *Fritz Cramer*, 49 245
Cervelet (Hémangiome); clinique et pathologie. *Silver* 874
Charnière lombo-sacrée (Syndromes douloureux); rôle du disque. *De Sèze*. 649
Chirurgie (Complications); thrombose veineuse; étude statistique de 185 cas. *J. Westermeyer* 433
—. Voy. aussi Canal artériel, Œsophage, Prostate, Rein en fer a cheval.
— **biliaire** (Accidents opératoires en —). *N. Blixenkrone-Moller* 184
— — (Drainage transpapillaires en —). *J. Hepp*, 183 et *Champeau* 184
— **cardiaque** (Vue d'ensemble). *C. Crafoord* 158
— **intra-cardiaque** pour sténose de l'artère pulmonaire et pour rétrécissement mitral acquis. *Egbert H. Fell* 262
— — (Circulation croisée pour —). *James L. Southworth, E. Couver* et *Peirce II*. 59
— **conservatrice.** Voy. Lymphangiome kystique, Vessie (Tumeur papillaire).
— **du fémur** (Voie d'abord postéro-externe dans la —); étude anatomique et technique. *Merle d'Aubigné, Ramadier* et *R. Timal* 195
— **des glandes surrénales.** *Ch. Huggins*. 283
— **de guerre** [Traité de]. *Service de Santé Yougo-Slave* 863
— **de la hanche** (Voie postéro-externe); son intérêt. *H. Bremen* et *M. Wolkas*. 194
— **de l'œsophage et du cardia.** *F. Paulino*. 445
— **plastique.** Voy. Uretère.
— — **reconstructive** dans les ruptures bronchiques traumatiques. *D. L. Paulson*. 329
— — — de la trachée et des bronches. *P. W. Gebauer* 329
— **recto-colique** (Progrès). *Allen O. Whipple*. 78
— **réparatrice et traumatologie** [Traité de]. 864
— **splénique** à la Faculté de Prague. *Otaker Horak* 476
— **thoracique**; ouvrage sur la —. *J. Johnson*. 334
— **vasculaire.** *Martorell* 241
Choc (Réaction organique au —). *H. Laborit* 319
Cholangiographie en chirurgie biliaire. *Hight*. 566
— et cholédochostomie. *Meter Corff*. 278
— **trans-abdominale**; divers procédés. *A. Fr. Carter* 277
— **par laparoscopie**; pontion. *Royer* . 804
— **post-opératoire** et visibilité du canal de Wirsung; état radio-clinique de quelques cas personnels. *Luigi Ciarpaglini* . 469

Cholangio-jéjunostomie pour occlusion biliaire par cancer. *Waddell*. 567
Cholécystectomie; problème de l'exploration de la voie biliaire principale au cours de la —. *J. W. Baker* et *J. J. Koutsky*. 84
— et lithiase biliaire récidivante secondaire. *V. Reggianini* 277
— (Effets gastriques et duodénaux). *Rothenberg*. 990
— (Lésions des canaux biliaires profonds). *K. Lehmann*, 990; *Bierring*. 990
— (Résultats éloignés). *J. Hutchinson*. 989
— (Séquelles). *Atilio J. Lasala*. . . 470
— (Suites); persistance des symptômes en rapport avec des anomalies de l'ampoule de Vater. *W. H. Cole*. 470
— (Syndrome consécutif). *Troppoli*. 990
— (— douloureux post-opératoires) traités par vagotomie. *E. P. Coleman*. 370
Cholécystite compliquée d'une fistule abdominale. *S. Sokol* et *G. Smigielski*. . 179
— **aiguë**. *Mustard* 566
— **expérimentale** par reflux de ferments pancréatiques. *Longo, Sosa Gallardo* et *A. Ferraris* 180
Cholécysto-cholédociennes. Voy. Fistules.
Cholécysto-duodénostomie spontanée; cas de longue durée. *J. R. Jankelson* et *J. J. O'Conner* 180
Cholécystostomie. justification et indications. *B. Karitzky* 181
Cholédocite sténosante. *J. Franklin Fernandez* 805
Cholédoco-duodénostomie dans les dyskinésies. *Kjaergaard* 697
— — **supra-duodénale** pour calculs du cholédoque. *A. Plenk*. 371
Cholédocostomie avec cholangiographie. *Meter Corff* 278
Cholélithiase; résultats opératoires. *R. Demel* 471
***Cholérragies** consécutives aux interventions pour kystes hydatiques du foie; moyens d'étude et physiopathologie. *A. Bourgeon* et *H. Pietri* 389
Chondrome articulaire. Voy. Epaule.
Chondromyxosarcome. Voy. Calcanéum.
Chordomes; expérience de 13 cas. *J. L. Peppen* et *A. B. King* 143
—. Voy. aussi Crane [Base], Sacrococcyx, Sacrum, Vertèbres lombaires.
Chorio-épithéliome; étude biologique, *W. Schopper* 478
—. Voy. aussi Ovaire, Poumon, Utérus.
— **gravidique** (Facteur de malignité). *H.* et *M. Hinglais*. 1006
Chyleuse. Voy. Péritonite.
Chylothorax; étude thérapeutique. *K. Zuschneid*, 162 et *O. Hueck* et *H. Kahle* . 153
—; suites éloignées et indications opératoires. *K. Zuschneid*, 152; *O. Hueck* et *H. Kahle*, 153 et *H. E. Grewe* et *E. Beck*. . . 154
Chylothorax traumatique; traitement chirurgical. *E. Hoffman*, 56; *H. Schumacker*. 57
Cicatrices après bombardement atomique. *W. Wells* 631
— **de laparotomie** (Rupture spontanée); éviscération. *Schink* 678
Circulation extra-corporéale en chirurgie intra-cardiaque chez le chien. *J. Kunlin*. 352
— **croisée** pour la chirurgie intra-cardiaque. *James L. Southworth, E. Convert Peirce II*. 59
— **périphérique** (Troubles); indications et contre-indications de la résection artérielle. *H. Nabel* 431
— **pulmonaire** (Hypertension) dans la péricardite constrictive. *Scannell*. . . 542
— — —; sténose pulmonaire thérapeutique. *W. H. Muller* 669
— **spléno-portale** (Courbes de propagation). *Abeatici*. 692
Cirrhose et hypertension portale. *Lucio Galvão* 468
—. Voy. aussi Foie.
Clamp bulldog de Potts. Voy. Anastomoses porto-caves.
— **vasculaire** pour valvulotomie. *Sondergaard* 977
Classification clinique. Voy. Pancréatites aiguës.
Cloison inter-auriculaire (Perte de substance); fermeture. *Lewis*. 884
Clou de Küntscher pour enclouage centro-médullaire. *E. J. Moeys*. 239
Coarctation. Voy. Aorte.
— **sus-diaphragmatique**. Voy. Aorte.
Cœur (Affections congénitales); traitement chirurgical. *W. L. Glenn*. . . 344
— (Arrêt). *Corsan Reid, Hugh. E. Stephenson* et *J. W. Hinton*. 58
— —; analyse de 27 cas. *J. L. Ehrenhaft*. 350
— —; ressuscitation. *Volk* 881
— —; massage cardiaque dans une étude de 350 cas traités dont 2 cas inédits. *Frank Cole* 58
— (Arythmie complète) après shunt artério-veineux. *Fontaine, Voegtlin* . 524
— (Chirurgie); vue d'ensemble. *E. Crafoord* 158
— (— intra-cardiaque); hypothermie dirigée. *Bigelow*. 974
— (— expérimentale); perfusion supra-diaphragmatique et circulation extra-corporéale totale chez le chien au moyen d'un cœur et d'un poumon artificiels. *J. Kunlin* 352
— (Communication interauriculaire); chirurgie. *Gross* 669
— (Corps étrangers). *H. Swan*. . . 343
— (Maladies); traitement chirurgical chez l'enfant. *E. Mannheimer* 159

Cœur (Malformations congénitales). *W. H. Muller*. 669
— (Massage); rupture. *Hurwitt*. . . 882
— (Innervation); chirurgie. *Knudsen*. 881
— (Plaies pénétrantes). *Aubre de L. Meynard* 260
— (— — par coup de feu); suture; guérison. *P. Bastien* 342
— (Projectiles); traitement opératoire tardif, et leur déplacement embolique. *H. Zettel* et *M. G. Giebel*. 57
— (Réanimation) par massage direct. *H. Bader*. 350
— (Ressuscitation). *U. S. Beck* et *M. Kim*. 159
— (Rupture) pendant le massage. *Hurwitt*. 882
— (Tumeur); succès de l'ablation. *Elmer E. Baurer* 344
— [**Cavité**] (Projectiles); traitement opératoire et leur déplacement embolique. *H. Zettel* et *M. G. Giebel*. 57
— [**Ventricule droit**] (Corps étranger); origine embolique. Ross 882
— — — (Plaie); suture intéressant l'artère. *Sirot* et *Bernasconi* 791
— [— **gauche**] (Diverticule congénital). *Potts* 883
— **gauche** (Voie d'abord); procédé expérimental pour intervenir sur la valvule mitrale. *G. H. A. Clowes* 160
—. **Poumon artificiel**; aspects physiologiques du problème. *F. D. Dodrill*. . . . 455
—. **Vaisseaux coronaires** (Artérialisation); histologie après vascularisation chez le chien. *M. L. Kim*. 349
Colectomie pour invagination. *Consiglio*. 986
— **totale** pour mégacôlon. *Julio Bahr S.* 174
Colite ulcéreuse; iléostomie. *R. Warren* et *Leland S. Mc Kittrick*. 77
— — (Chirurgie). *Brian Counsell* . 689
— — **chronique** et cancer du côlon associé. *Wilbourn C. Shands* 272
— — —; traitement par l'A. C. T. H.; étude de 28 cas. *J. U. Elliott, Everett, D. Kieffer* et *L. M. Hurxthal*. . . . 76
— — — (Dégénérescence maligne). *E. D. Kiefer*. 800
Collapsothérapie chirurgicale (Plombage acrylique en —); résultats statistiques de 122 cas. *H. Joly* et *J. Villemin*. . . 156
— **pulmonaire** (Plombage extra-périosté). *Galacteros* 667
Côlon pour plastie œsophagienne. *Camara Lopes* 660
— (Cancer); diminution du volume sanguin; étude de 25 cas. *Th. V. Morton*. 78
— —; historique de sa chirurgie et son développement. *A. W. Allen*. 176
— —; étude chirurgicale. *W. M. Mc Millan*. 366
Côlon (Cancer); associé à une colite ulcéreuse. *Wilbourn C. Shands* 272
— —; résultats thérapeutiques. *Grinnell*. 690
— —; récidive locale après résection. *Cole*. 558
— (— perforé) dans la vessie. *Taylor*. 689
— (Interposition hépato-phrénique) et volvulus du cæcum. *J. Torgersen* . 464
— (Perforation spontanée). *Weinstein*. 557
— (Polypes adénomateux). *W. E. Demuth*. 273
— (Transposition) après gastrectomie. *Carleson*. 689
— [**Méga**] (Conception nouvelle). *E. G. Clausen*. 800
— — (Pathogénie). *Alsthoff*. . . . 688
— —. Voy. aussi Mégacôlon.
— [**Méso-**] (Neurofibromatose). *Contzen*. 889
— [**Segment inférieur**] (Tumeurs polypoïdes douteuses); procédé de biopsie totale. *R. E. Clowley* et *D. A. Davis*. 78
— **ascendant** (Diverticulite). *D. D. Geist*. 800
— **droit** (Cancer). *Colcock*. 558
— — —; rétablissement de la continuité par la méthode de Pouchet. *Annibal Luz*. 465
— **gauche** (Cancer); chirurgie. *Edison de Oliveira* 558
— — (Résection); ligature de la mésentérique inférieure. *Garnet W. Ault* . . 272
— **pelvien** (Diverticules); traitement chirurgical. *J. P. West*. 77
— — (Volvulus aigu); traitement conservateur. *N. H. Isaacson* et *D. B. Greer*. 175
— **sigmoïde** (Adénomes) chez les alcooliques; étude sigmoïdoscopique. *Mortimer Diamond* 176
— — (Cancer) et diverticulose. *Morton*. 899
— — (Diverticulites). *C. G. Lenhart*. 987
— — (— aiguë). *J. W. Thompson*. . 77
— — (Diverticulose) et cancer. *Morton*. 899
— — (Hémangiome caverneux). *Jaques*. 559
— — (Perforation) au cours d'un lavement baryté. *L. J. Kleinsasser*. 366
— — (Polypes malins); étude de quelques cas. *E. R. Fisher*. 273
— — (Volvulus). *R. H. Delafield*. . 801
— **terminal** (Irrigation) lors de la résection du rectum. *O. Goetze*. 465
— **transverse** [**Segment**] pour remplacer l'estomac réséqué après gastrectomie totale. *O. State, T. Barclay* et *W. D. Kelly*. 171
Colonne vertébrale (Angiomes); symptômes, diagnostic et résultats thérapeutiques. *K. Nittner* 327

Colonne vertébrale (Fixation); techniques nouvelles. *J. J. Herbert* 309
— — (Fractures) au cours du tétanos. *B. Follmer* 50
— — **cervicale** (Luxation); 7 cas; évolution clinique et traitement. *G. de Sèze, Jurmaud, Levernieux, Durieux, Gueguen* et *Hubault* 144
Colo-rectum (Cancer avancé); résection d'organes multiples. *J. de Castro Barbosa.* 466
— (Chirurgie); progrès. *Allen O. Whipple.* 78
Colpohystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien. *Tailhefer* 711
Commissurotomie pour rétrécissement mitral. *L. Werkö*, 346; *Soulié*, 346; *Stas, Soulie*, 340; *Bailey, Olsen*, 541; *Th. J. E. O'Neill*, 262; *P. Soulié* 262
—. Voy. auss Valvules intra-cardiaques.
— **mitrale.** *L. Werko* 160
— — pour rétrécissement mitral, *H. A. Rodrigues* 160
— — pour rétrécissement mitral; 26 cas. *Servelle.* 160
— — (Complications cérébrales). *Bailey, Olsen* 541
— — (Gant a six doigts pour —), *E. R. Munnell* 453
Communication inter-auriculaire. Voy. Cœur.
Complications cérébrales. Voy. Commissurotomie.
— **graves tardives** des paraplégies traumatiques. *A. M. Meirowsky* 326
— **médullaires.** Voy. Discopathies cervicales.
Compression. Voy. Canal cholédoque, Moelle épinière, Racines cervicales, Racines rachidiennes.
Congélation-dessiccation (Méthode de —) pour conservation de segments artériels pour greffes. *A. G. Marrangoni* . . . 139
Consolidation. Voy. Fractures.
Continuité aorto-iliaque (Rétablissement) par greffe aortique conservée. *Ch. Dubost.* 868
— **après gastrectomie** (Rétablissement physiologique); jéjuno-œsophago-duodénoplastie. *R. Soupault, Al. Mouchet* et *Camey* 827
Contracture. Voy. Muscles extenseurs.
Contusion. Voy. Abdomen.
Coproporphyrinurie du type I dans le cancer duodénal. *J. Rof. Carballo* 983
Cordon spermatique (Tumeur). *R. J. Fitzpatrick* 288
Cordotomie dans les douleurs du membre fantôme après amputation. *J. C. White* et *W. H. Sweet* 246
Corps étrangers. Voy. Cœur, Œsophage, Rectum, Ventricule droit.
Corpuscule carotidien (Tumeurs). *Pack, Miller*, 529; *J. D. Brown*, 875; *Birrel.* 876
— — —; traitement par occlusion partielle de la carotide primitive. *Lester R. Chauncey* 51
Cortico-surrénalome. Voy. Glande surrénale gauche, Glandes surrénales.
— **malin** physiologiquement indifférent. *S. Petkovic* 90
Cortisone dans les greffes homogènes ou autogènes. *Curtiss* 638
— (Effets préventifs) des adhérences péritonéales. *Hubay* 680
Cou (Anévrysme artério-veineux); mort tardive par accidents cérébraux. *F. Mörl.* 439
— (Kystes congénitaux); diagnostic par cytologie. *S. Driessens* 328
— (Tumeurs). *Conley* 967
Coude (Arthroplastie); résultats éloignés. *R. Knight* 387
— (Résection arthroplastique) pour fractures condyliennes. *Weissman* . . . 1008
Court-circuitage de la valvule pulmonaire (Techniques). *T. J. Donavan* . . . 347
Crâne (Pertes de substance); plastie iliaque. *Mc Clintock* 526
— (Traumatismes); écoulement du liquide C. R. *A. Jentzer* 47
— (— fermés); électroencéphalographie. *Wertheimer* 780
— — —; indications thérapeutiques. *Lecuire* 780
— [**Base**] (Chordomes). *Psenner* . . . 781
— [**Cavité**] (Anévrysmes). *C. Bassett.* 648
Crises hypoglycémiques par adénome. *P. L. Mirizzi* 808
Cubitus (Pseudarthrose intentionnelle) dans les troubles de la prosupination. *M. Guilleminet* et *R. Lacour* 194
Curage triple interne. Voy. Glande mammaire.
Curare dans le traitement du tétanos. *P. Mellin* 423
—; il favorise les réductions des luxations. *Dohr* 649
— **de synthèse** dans le tétanos. *Boudin.* 635
Curiethérapie intra-cavitaire du cancer du corps utérin, à la Fondation Curie [1919-1946]. *J. Baud* 479
— **Rœntgenthérapie** pour épithéliome du col restant; 124 cas à la Fondation Curie [1919-1944]. *J. Band* 193
Cystadénocarcinome papillaire. Voy. Pancréas.
Cystectomie totale (Erreurs d'indication); traitement conservateur. *E. V. Moore.* 813
— **trigonale.** *R. Couvelaire* 95
Cysto-adénome. Voy. Pancréas.
Cystosarcome phyllodes. Voy. Sein.

Cytodiagnostic des kystes congénitaux du cou. *S. Driessens*. 328
— des affections bénignes et malignes de l'estomac et de l'œsophage. *Fr. G. Panico*. 267
—. Voy. aussi ESTOMAC (CANCER), VAGIN (LÉSIONS MALIGNES).

D

Déchirure accidentelle. Voy. ARTÈRE HÉPATIQUE.
Décortication. Voy. BULBE CAROTIDIEN, POUMON.
Dégénérescence maligne. Voy. COLITE ULCÉREUSE.
— **sarcomateuse** d'une maladie de Paget; 4 cas. *S. de Sèze*. 321
Deltoïde (PARALYSIE); transplantation musculaire. *A. Poli*. 1007
Déshydratation dans l'occlusion intestinale expérimentale. *Morelli* 983
— **post-opératoire.** *Zakovijevic*. . . . 865
Diagnostic en Clinique (ERREURS). *Bürger*. 634
— **cytologique** en chirurgie. *Ch. de Muylder*. 865
Dialyse péritonéale. Voy. ANURIE POST-TRANSFUSIONNELLE.
Diaphragme (BRÈCHES); greffes cutanées. *E. Geever*. 544
— (EVENTRATION). *Beck* 887
— —; étude pathologique clinique et radiologique. *G. Marcozzi* 356
— — et inversion gastrique. *G. Peck*. 458
— —; traitement chirurgical. *Jean Quinn* et *P. Herlemont* 101
— (HERNIE CONGÉNITALE). *Arnheim* 453
— (— ÉTRANGLÉE). *W. B. Hobbins*. 266
— — —; guérison opératoire. *G. Meloni*. 355
— (PATHOLOGIE). *L. Deloyers*. . . . 266
— (RELAXATION). *Félix* 887
— (TUMEURS); 2 cas rares. *Keirns*. . 544
— [**Hémi**]. Voy. HÉMIDIAPHRAGME.
Diaphyses (OSTÉOTOMIE DE SÉCURITÉ) sans ostéosynthèse. *A. Trillat*. 964
Dicoumarol et Dérivés (ACCIDENTS PAR —) dans la thrombose veineuse. *G. Giraud*. 324
Dilatation. Voy. CARDIOSPASME, ŒSOPHAGE.
— **idiopathique.** Voy. ŒSOPHAGE.
— **kystique.** Voy. CANAL CHOLÉDOQUE.
Discographie (ENSEIGNEMENTS). *Dupuis, Delbeke* 528
Discopathies cervicales (COMPLICATIONS MÉDULLAIRES). *Ricard* et *Masson*. . . 527
— — (COMPRESSION MÉDULLAIRE). *Ricard*. 782
Disque intervertébral et syndromes douloureux lombo-sacrés. *de Sèze* 649
— — **lombaire** (RUPTURE); fusion vertébrale. *Cloward*. 781
Diverticule de Meckel et iléus. *J. Lampert*. 75
— — et invagination du grêle avec débris pancréatiques aberrants. *J. A. Jensen*. 365
— — (CHIRURGIE); étude clinique. *Zulian*. 365
— — (HÉMORRAGIES); 2 cas. *J. N. Welton*. 365
— — (MYOSARCOME). *Thomas*. . . . 898
— — (TUMEURS MALIGNES). *Frederich A Hill* 985
— — (ULCÈRE PEPTIQUE PERFORÉ). *D. Foti*. 75
Diverticules. Voy. CÔLON PELVIEN, VESSIE.
— **congénitaux.** Voy. CŒUR [VENTRICULE GAUCHE], ŒSOPHAGE THORACIQUE.
— **épiphréniques.** Voy. ŒSOPHAGE.
— **thoraciques.** Voy. ŒSOPHAGE.
— **de traction.** Voy. ŒSOPHAGE.
Diverticulite. Voy. CÆCUM, CÔLON ASCENDANT, CÔLON SIGMOÏDE.
— **aiguë.** Voy. CŒCUM, CÔLON SIGMOÏDE.
— **hémorragique.** Voy. JÉJUNUM.
Diverticulose. Voy. CÔLON SIGMOÏDE.
Division vélo-palatine congénitale; 209 cas opérés. *P. Dumas* 146
Donneurs universels dangereux; causes d'immunisation contre l'antigène A. *André*. 775
« **Douleurs centrales** »; traitement. *P. Wertheimer* 135
— **du membre fantôme**; cordotomie. *J. C. White* et *W. H. Sweet*. 246
— **dans les interventions chirurgicales** (PRÉVENTION). *P. Moritsch*. 320
— **trigéminale**; transplantation hypophysaire. *E. Bues*. 436
Drainage trans-papillaire en chirurgie biliaire. *J. Hepp*, 183 et *Champeau*. . . . 184
— **permanent.** Voy. VOIES BILIAIRES.
— **par tube de caoutchouc** de l'anastomose du cholédoque. *Lary* 905
— **de Voelcker** pour les voies biliaires. *W. Budde* 371
Duodénaux. Voy. TROUBLES.
Duodéno-pancréatectomie céphalique pour ampullome vatérien à forme angiocholitique. *H. Milhiet* et *A. Laffitte*. . . 183
Duodénum (ABCÈS PARANÉPHRÉTIQUE PERFORÉ); étude radiographique. *Von P. Eggimann* 477
— (ATRÉSIE). *W. C. Beck*. 797
— (— CONGÉNITALE) dans une atrésie de l'œsophage. *W. C. Mc Garity*. . . 331
— (BLESSURE OPÉRATOIRE) au cours de la chirurgie du rein droit. *J. W. Schwartz*. 379
— (CANCER PRIMITIF). *Rof Carballo*. 983
— (CARCINOME); 3 cas. *J. R. Hannan*. 463
— (FISTULE) après néphrectomie droite. *Caffery* et *Musselman*. 93

Duodénum (Léiomyome); un cas. *W. H. Sinkler*, 271; *Strauss*. 896
— (Occlusion aiguë) par hématome. *Dey*. 553
— (— congénitale). *M. Fèvre*. . . 896
— (Rupture rétro-péritonéale) dans les contusions de l'abdomen. *J. Cohn*. 463
— (Sténose congénitale). *Valletti*. 798
— (Syndrome) par pancréas aberrant. *Feldman* 568
— (Tumeurs malignes); étude de quelques cas. *Earl J. Halligan*. 463
— (Ulcères); traitement chirurgical. *M. Bjorneboe, H. Faber, O. Mikkelsen* et *E. Tobiassen*. 66
— —; résection pour exclusion. *E. Hempel*. 73
— —; gastrectomie sub-totale. *Druckerman* 983
— —; gastrectomie avec ou sans vagotomie. *Druckermann* 553
— —; ictère après gastrectomie. *Nicolo*. 893
— (— difficilement extirpables). *Serfling* 892
— (— peptiques); dans l'enfance. *McAleese*. 980

Duplication. Voy. Iléon terminal.
— **congénitale.** Voy. Intestin grêle.
Dupuytren. Voy. Maladie.
Dyskinésie. Voy. Voies biliaires.
— **post-opératoire.** Voy. Voies biliaires.
Dystonie. Voy. Œsophage.

E

Échinococcose. Voy. Rate, Rein.
Écoulements. Voy. Liquide céphalo-rachidien.
— **séro-sanglants.** Voy. Mamelon.
Électro-encéphalographie des traumatismes crâniens. *Wertheimer*. 780
Embolectomie dans l'occlusion aiguë mésentérique. *A. A. Klass* 167
—. Voy. aussi Aorte, Artère fémorale, Artère iliaque.
Embolie et gangrène du pied dans un cas d'anévrysme poplité. *H. W. Schega*. 196
—. Voy. aussi Aorte, Artère axillaire, Artère spermatique, Cerveau, Poumon.
— **graisseuse** consécutive à l'enchevillement centro-médullaire. *W. Schüttemeier*. 426
— **précoce.** Voy. Poumon.
— **récidivante** chez une femme enceinte; ligature de la veine cave au 6e mois. *J. Valls-Serra* 135
Emphysème. Voy. Poumon.
Enchevillement centro-médullaire (Complication); embolie graisseuse. *W. Schüttemeier*. 426
Enclouage. Voy. Fémur [Col]
Enclouage centro-médullaire (Complications); embolie graisseuse. *W. Schüttemeier* 426
— par le clou de Küntscher; 541 cas. *E. J. Moeys*. 239
— **par chevilles osseuses des pièces d'amputation** dans les fractures des os longs. *H. Schmorell*. 426
— **du col fémoral** (Complications graves). *G. Meins* 483
— **médullaire.** Voy. Avant-bras (Fractures), Fémur [Diaphyse], Main et doigts (Fractures).
— **scapulo-huméral** dans l'arthrodèse de l'épaule. *Garrett Pipkin*. 290
Endomètre (Cancer) avant la ménopause. *Sirtori* 815
— —; effets de l'irradiation pré-opératoire. *H. E. Schmitz*. 479
— (Kystes rompus) à l'origine de symptômes abdominaux aigus. *Hyde Pratt, S. Huggins* et *Glenn T. Foust*. . . 191
Endométriome. Voy. Rectum.
Endométriose; est-elle une maladie gynécologique rare ? *H. Heilder*. 190
*— **rénale** (Entité anatomo-clinique); symptômes et pathogénie; 2 cas personnels. *E. Blum* et *L. Fruhling*. . . 19
Endoscopie; rupture vésicale spontanée et rupture vésicale au cours de l' —. *F. Bilger* et *J. X. Müller*. 189
Enfant prématuré (Chirurgie). *R. E. Gross* et *Fergusson* 634
Entérite régionale (Manifestations inhabituelles). *Hurwitz* 555
— — (Perforation aiguë). *J. G. Gow*. 364
Entérocolique. Voy. Invagination.
Entérokystome. *Frank* 898
—. Voy. aussi Cæcum.
Épanchement biliaire. Voy. Plèvre.
Épaule (Arthrodèse) par enclouage scapulo-huméral. *Garrett Pipkin*. 290
— (Chondrome articulaire); cas rare. *K. Schiltenwolf*. 482
— (Luxation récidivante); opération d'Eden-Hybbinette. *D. Hedman*. . 713
— (— — antérieure); phylogénie. *J. A. Dickson*. 713
Épididyme (Tumeurs primitives); 55 cas. *V. J. Longo*. 288
Épilepsie (Chirurgie); résultats. *Guillaume*. 873
— **essentielle**; décortication des bulbes carotidiens. *F. Bandini*. 242
Épithéliomas. Voy. Langue, Trachée thoracique, Utérus [Col], Utérus [Col restant].
— **arsenicaux** d'origine médicale. *Arhelger*. 517
— **mucoïdes.** Voy. Région péri-anale.

Épreuve de la fluorescence sérique par l'emploi de la fluorescine sodique pour diagnostic précoce. *H. Przemeck* et *U. Krause*. 38

***Équilibre hydro-électrolytique** (Bases physiologiques). *Legrain* 507

***Espace sous-dural** (Hématome chronique); 31 cas. *Philippides, Montrieul* et *Steimlé*. 947

— **rétro-péritonéal** (Léiomyome malin) simulant un sarcome du pancréas. *J. E. Struthers* et *H. Gauss*. 166

Estomac (Affections bénignes et malignes); cyto-diagnostic. *Fr. G. Panico*. 267

— (Cancer). *Jemerin* 550

— —; cytodiagnostic. *Trant*. . . . 683

— —; résultats de 525 cas. *Anthun*. . 684

— —; propagation pylorique. *Kühne*. 892

— —; avec ulcère et tuberculose associés. *E. Rappert* 68

— —; perforation aiguë. *Bellavia*. . 892

— —; chirurgie. *Finsterer*. 550

— —; indications opératoires. *H. Finsterer*. 69

— —; résultats après résection par voie thoraco-abdominale. *Kielland Aanesen*. 681

— —; résultats de la gastrectomie totale. *J. P. West*, 360; *Lara Troell*. . . . 981

— —; 120 gastrectomie dont 20 totales. *J. Quénu* 359

— (Carcinome); gastrectomie totale avec exérèse œsophago-thoracique partielle. *J. Dryjski*. 172

— (Hamartome); étude clinique et anatomique. *G. Arce*. 270

— (Hémorragie) par hernie diaphragmatique. *Marwege* 887

— (Hernie diaphragmatique) et anémie. *Ruggieri*, 355; *Pagliardi*. 355

— (— — acquise, récidivée et étranglée); indication exceptionnelle de gastrectomie totale. *E. Muntoni* . . . 165

— (Infarctus). *E. B. Cohen*. . . . 168

— (Inversion) dans une éventration diaphragmatique. *G. Peck*. 458

— (Lymphosarcome); manifestations radiologiques. *P. H. Deeb*. 461

— — avec ulcère dégénéré associé. *J. Rabinovitch, B. Pines* et *D. Grayzel*. . 68

— (Maladie de Hodgkin primitive). *Lucille M. Bond* 796

— (Myome). *Pablos Abril*. 981

— (Neurinome). *V. Batista Franco*. 892

— (Effets de la pancréatectomie); *J. F. Weigen*. 809

— (Polypes) vérifiés opératoirement et par anatomo-pathologie; aspects radiologiques. *Gambaccini*. 461

— — suivis d'anémie agastrique. *H. Grunert* 71

Estomac (Résection pour cancer) par voie thoraco-abdominale; résultats. *Kielland Aanesen* 684

— (— pour exclusion) pour ulcère duodénal. *Serfling*. 892

— (Réticulohistiocytome). *Camboni*. 550

— (Rupture chez le nouveau-né). *M. Ross* 268

— (Sténose par caustiques). *P. Milroy*. 269

— (— œsophagienne par caustiques). *J. Lois Perales* 444

— (Substitution) après gastrectomie totale. *Massabonu Toboda*. 72

— (Syndromes douloureux post-opératoires). *Bracco* 685

— (Syphilis). *Gottlieb* 891

— (Tuberculose). *Gaines* 549

— — avec hémorragies. *H. D. Schumann*. 67

— — avec ulcère et cancer associés. *E. Rappert* 68

— (— et cancer associés). *F. Gumpel*. 461

— (Tumeurs nerveuses). *Von R. Frercke*. 796

— (Ulcère); traitement chirurgical. *M. Bjornebse, H. Fabert, O. Mikkelsen* et *E. Tobiassen*. 66

— —; retentissement sexuel de certaines gastrectomies. *H. Hillemand*. . . . 362

— (—, Cancer, Tuberculose associés). *E. Rapport* 68

— (— aigu); hémorragie massive. *V. J. Downie* 359

— (— dégénéré) avec lymphosarcome associé. *J. Rabnovitch* et *D. Grayzel*. 68

— (— hémorragique). *B. L. Rosenak*. 795

— — —; résultats du traitement dans 86 cas. *G. B. Packard*, 168 et *B. B. Crohn* et *H. D. Janowitz* 168

— (— peptiques), dans l'enfance. *McAleese*. 980

— (— — chronique); 859 cas opérés. *Ove Noring*. 980

— (— perforés); contribution à son étude. *M. Zwicker* 169

— — —; aspiration continue. *Joaquim A. de Brito* 460

— — —; traitement non opératoire. *Fr. W. Taylor* 269

— — —; gastrectomie immédiate. *Cicero Monteiro* 170

— — — après œsophagectomie. *V. B. Brookest*. 333

— (Volvulus). *J. J. Bazzano*, 358; *Lunghi*. 358

— [**Paroi**] (Calculs biliaires inclus) et sténose pylorique. *Halit Ziya Konuralp*. 269

— [**Pôle supérieure**] (Tumeurs). *Delannoy*. 683

Estomac et duodénum; effets de la cholécystectomie. *R. E. Rothenberg* 990
Ethmoïde (CANCER); radiothérapie. *L. Baclesse* 438
Étiopathogénie. Voy. OSTÉOPÉTROSE.
Étranglement. Voy. HERNIE DIAPHRAGMATIQUE, INTESTIN.
Éventration. Voy. DIAPHRAGME.
Évidement ganglionnaire médiastinal après résection pour cancer. *E. Forster* . 339
Éviscération. Voy. INTESTIN GRÊLE.
Excision. Voy. BULBE CAROTIDIEN.
Exérèse. Voy. POUMON (TUBERCULOSE).
Exophtalmie progressive (CHIRURGIE). *Mck Craig* 650
Exploration. Voy. VOIE BILIAIRE PRINCIPALE.
— **fonctionnelle.** Voy. POUMON.
Expulsion spontanée. Voy. ILÉON SEQUESTRÉ.
Exstrophie. Voy. VESSIE.

F

Face (GRANULOME MALIN); inflammation ou néoplasie ulcéreuse. *Piquet*. . 438
Facteurs de gravidité. Voy. CHORIO-ÉPITHÉLIOME.
Fémur (CHIRURGIE); voie d'abord postéro-externe. *Merle d'Aubigné, J. Ramadier* et *R. Timal*. 195
— (FRACTURES CERVICALES); accidents de consolidation. *Merle d'Aubigné*. . 579
— (— TROCHANTÉRIENNES); voie d'abord postéro-latérale. *Horwitz* 378
— (PROTHÈSE EN POLYURÉTHANE); réaction inflammatoire à type « corps étranger » à son niveau. *A. Lossen*. 195
— (RÉSECTION); transplantation du tibia et péroné. *Dixon*. 819
— [**Col**] (ENCLOUAGE); directives sur sa mécanique et sa technique. *H. Gelbke*. 291
— — —; complications graves. *G. Meins*. 483
— — (FRACTURES); voie d'abord postéro-latérale. *Horwitz*. 578
— — (— INTRA-CAPSULAIRES); ostéotomie primitive. *F. J. Aukner*. 484
— [**Diaphyse**] (FRACTURES DE GUERRE); enclouage médullaire. *A. Brav*. . . 817
— — (PSEUDARTHROSE). *J. Cauchoix*. 817
— [**Tête**] (PROTHÈSE). *Thomson*. . . 716
Fente de Larrey (HERNIE DIAPHRAGMATIQUE). *P. Santy* et *R. Margotton*, 165; *E. Carsten Astrup* 354
Ferments pancréatiques (REFLUX) et cholécystite expérimentale consécutive. *Longo, Sosa Gallardo* et *A. Ferraris*. . . . 180
Fibrolymphangio-endothéliome. Voy. VAGINALE TESTICULAIRE.
***Fibrome diffus ossifiant**; rapidité des processus d'ostéogénèse. *L. Fruhling*. 821
Fibrosarcomes. Voy. BRONCHES.
Fil d'aluminium et de magnésium (PROPRIÉTÉS THROMBOSANTES). *Stone* et *Lord*. 522
Fistules associées à l'imperforation anale. *Santuli* 691
—. Voy. aussi ABDOMEN, BRONCHES, DUODÉNUM.
— **aortico-pulmonaires congénitales.** *Scott*. 676
— **artério-veineuses** dans un cas d'hémangiome caverneux de la paroi thoracique. *T. Takaro* et *Theron Clagett*. . . . 253
— —. Voy. aussi. POUMON.
— — **artificielles** dans la grande hypertension permanente. *C. Lian*. 432
— — **chirurgicales.** Voy. ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE, VEINE JUGULAIRE INTERNE.
— — **congénitales.** Voy. MEMBRES.
— — **expérimentales** dans la chirurgie de l'hypertension. *M. de Santis*. . . . 46
— — **multiples** chez un malade opéré 7 ans auparavant de pneumonectomie pour hémangiome caverneux. *B. C. Charbon*. 255
— **biliaires internes.** *Ilgenfritz*, 566; *Woodman* 993
— **bilio-digestives spontanées.** *Mini* . 992
— — — **et artificielles.** *Ricciardi*. . 993
— **cholécystocholédociennes**; étude de 2 cas. *H. H. Patt* et *A. R. Koontz*. . . . 179
— **externes.** Voy. VOIES BILIAIRES.
— **gastro-coliques.** *M. Krabbel*. . . 67
— **gastro-jéjuno-coliques.** *A. Localio*. 982
— **internes.** Voy. aussi VOIES BILIAIRES.
— **œsophagiennes externes temporaires par drain en T** dans le traitement d'une œsophagite sténosante. *Ph. Thorek*. . . 251
— **œsophagobronchiques** avec diverticule œsophagien. *Jaubert de Beaujeu*. . 787
— **œsophago-gastriques congénitales.** *Berman* 659
— **œsophago-trachéales** et atrésie congénitale de l'œsophage. *Alf. Olsen*, 147; *W. C. Garity* 331
— **recto-urétrales congénitales**; traitement chirurgical. *L. Cifuentes Delatte*. . 97
— **réno-coliques.** *J. D. Brigge*. . . . 811
— **trachéo-œsophagiennes** sans atrésie; étude radiologique. *T. F. Leigh*. 445
— **trachéo-œsophagiennes** et atrésie œsophagienne. *Leven* 659
— — **congénitales.** *Roy*. 878
— **uretéro-vaginales post-opératoires**; uretéro-cystonéostomie. *G. Nicolich* . 95
— **vésico-vaginales post-partum**; cure chirurgicale de 34 cas en milieu Africain. *M. Berlemont*, 481 576
Fistulisations interne et externe. Voy. VOIES BILIAIRES.
Fixation. Voy. COLONNE VERTÉBRALE.
Fluorescine sodique dans l'épreuve de la fluorescence du sérum humain pour diagnostic précoce. *H. Przemeck* et *U. Krause*. 38

Foie (Abcès amibiens); diagnostic précoce et traitement. *H. Smits Kamp*. . . 467
— (— métastatiques) après appendicite aiguë. *H. B. Lode Wijks* 276
— (Adénocholangiome). *Borch-Madsen*. 988
— (Amibiase); fistulisations biliaires. *Bourgon* 803
— (Cancer); résection. *Shaffer*. . . 901
— (— métastatique); diagnostic. *Stirrett*. 693
— (— propagé); hépatectomie partielle. *Delannoy* 694
— (Carcinome); irradiation directe. *Copher*. 564
— (Cirrhose); ligatures artérielles. *Berman*. 562
— (Hémangio-endothéliome). *P. F. Fox* et *L. F. Cella*, 177; *Brancadoro*. . . 564
— (Hépatome); hémorragie. *Roe* . . 901
— (Hernie diaphragmatique). *S. Milone*, 63; *Dorigo*. 978
— (— — congénitale) simulant une tumeur endothoracique. *de Matteis*. . . . 354
*— (Kystes hydatiques); cholérragies post-opératoires consécutives; moyens d'étude et physiopathologie. *R. Bourgeon* et *H. Pietri* 389
— — —; hépatectomie gauche. *J. Sénèque, Roux, Chatelin, Huguenard*. . . . 900
— (— — multiples). *Vergoz*. . . . 564
— (— — rompus dans les voies biliaires). *Atlas* 563
— (— vrais); étude chirurgicale. *J. Jaki*. 468
— (Maladie polykystique); 24 cas. *M. W. Comfort*. 802
— (Nécrose) par ligature de l'hépatique. *Rosenbaum* 563
— (Ponction-biopsie); complications : péritonite biliaire. *Haiang Len Tseng*. 64
— — compliquée de péritonite suivie d'un épanchement pleural biliaire. *R. Boucher, J. Bernier, R. Lamarre* et *L. Trempe*. 177
— (Régénération) après hépatectomie partielle chez le chien. *John H. Grindlay*. 276
— (Résection) pour tumeur maligne. *Gunnar Nystrom*. 693
— (Tumeurs); traitement. *W. Petri*. 79
— (Veinographie). *M. Rappeport*. . 802
— [**Face convexe**] (Plaie); voie thoracique. *J. H. Chiodi*. 802
Fonctions. Voy. Rein.
— **adréno-corticales** au cours des interventions. *Hayes*. 909
Foramen de Winslow (Hernie). *J. L. Smoot*. 794
Formule sanguine (Modifications) après gastrectomie. *E. Haufestaengl*. . . 70
Fosses nasales (Cancer); radiothérapie. *F. Baclesse* 438
Fractures (Consolidation); effets de la pression sur les fragments. *Friedenberg* et *G. French*. 239
Fractures (Traitement). *Compere* et *Banks*. 637
—. Voy. aussi. Avant-bras, Avant-bras [Extrémité inférieure], Colonne vertébrale, Fémur [Col], Main et doigts, Os longs, Poignet, Radius [Tête], Rotule.
— **de Bennett**. Voy. Pouce.
— **intra-capsulaires**. Voy. Fémur [Col].
— **cervicales**. Voy. Fémur, Humérus.
— **de guerre**. Voy. Fémur.
— **multiples** associées à une pancréatite traumatique aiguë. *J. Innerfield et P. Ciancimino*. 87
— **transversales**. Voy. Sacrum.
Fusion. Voy. Vertèbres [Corps].
— **interépineuse** pour hernie discale. *Spadea*. 781

G

Ganglioctomie lombaire pour artérite oblitérante. *de Luca* 522
Ganglion de Gasser (Tumeurs). *H. M. Cuneo*. 872
***Ganglions latéropelviens** (Evolution) dans les cancers du col. *P. Moulonguet* . 717
— **lymphatiques médiastinaux** (Evidement) après pneumonectomie pour cancer. *E. Forster* 339
— **sympathiques lombaires** (Histologie). *Manfredi* 967
— **péri-trachéo-bronchiques calcifiés**; leur importance chirurgicale. *Elmer R. Maurer*. 247
Gangrène par thrombose veineuse. *H. Ellegast* 433
—. Voy. aussi. Membre supérieur, Pied.
— **des extrémités**; 2 cas chez le nouveau-né, *W. E. Askue* 714
Gant à six doigts pour la commissurotomie mitrale. *E. R. Munnell*. 453
Gastrectomie et modifications de la formule sanguine. *E. Haufstaengl*. 70
— (Suites); rétrécissement de la voie biliaire principale. *Fr. W. Bancroft*. 182
— —; tétanos. *Hébraud* 895
— **pour cancer**, dont 20 totales. *J. Quénu*. 359
*— **pour ulcère** (Statistique de 100 cas). *J. Sénèque, Debray, Pergola* et *Housset*. 917
— —; ses résultats éloignés. *A. Drablos, V. Linden* et *P. Skjelbred*. 72
— —; résultats éloignés de 100 cas. *D. Lazar* 462
— — et son retentissement sexuel. *H. Hillemand*. 362
— — (Anémie). *Parma, Conti*. . . . 552
— — (Ictère). *Nicolo*. 893
— — (Morbidité tuberculeuse). *Skjelbred* 685
— **totale**. *Nuboer* 686

Gastrectomie totale; contribution à son étude. *G. Barthold*. 171
— —; clinique et expériences. *Steingräber*. 894
— —; ses résultats. *L. T. Palumbo*. . 361
— — (SUITES); digestion et absorption. *Shigeki-Yuya* 173
— — pour cancer. *J. Quénu*, 359; *J. P. West*, 360; *Lara Troell*. 931
— — dans la hernie diaphragmatique acquise, récidivée et étranglée de l'estomac. *E. Muntoni* 165
— — avec exérèse partielle de l'œsophage thoracique pour carcinome. *J. Dryjski*. 172
— —; technique de substitution de l'estomac. *Massaborne-Toboda*. 72
— — avec segment du côlon transverse pour remplacement. *D. State, T. Barclay* et *W. D. Kelly* 171
— —; création d'un néo-estomac à l'aide du jéjunum. *Cl. J. Hunt*. 270
— — (SÉRIE DE 33 CAS CONSÉCUTIFS). *Gordon Mc Neer, Lemuel Bowden*. . . 70
— — (ANASTOMOSE APRÈS —). *M. Steingraber* 71
— — (INVAGINATION DE L'ANSE JÉJUNALE). *F. Moutier* 552
— — (PLASTIE ILÉO-COLIQUE). *Hunnicut*, 551; *Mc Glone* 981
— — (RÉSERVOIR GASTRIQUE DE REMPLACEMENT). *Longmire*. 551
— — (TRANSPOSITION DU CÔLON); consécutive. *Carleson* 689
— — (SUITES); comportement de la glycémie après ingestion de glucose. *S. Giovannini*. 172
— — **par voie abdominale**; son étude. *F. Borges* 462
— **sub-totale**; son action sur la sécrétion du pancréas. *J. R. Thistlewaite*. . 86
— —; invagination rétrograde de l'anse efférente après —. *Elio Arduino*. . 462
— — avec ou sans vagotomie; étude comparative. *Druckerman* 553
— — **pour ulcère**. *L, Druckerman*. . 983
— — — (MORTALITÉ, RÉSULTATS). *Berg*. 894
— **d'urgence** pour ulcères perforés. *Cicero Monteiro* 170
— — pour ulcères gastro-duodénaux perforés. *M. Xhigue*. 170
Gastrectomisés (SYNDROME PRÉCOCE DES —); étude expérimentale et clinique. *W. M. Capper*, 360; *T. J. Butier*. 360
Gastriques. Voy. HÉMORRAGIES.
Gastro-cæcostomie involontaire. *C. Abbott Beling* et *P. J. Russomanno*. . . . 173
Gastro-colique. Voy. FISTULE.
Gastro-duodénales. Voy. HÉMORRAGIES.
Gastro-duodénaux. Voy. ULCÈRES.
Gastro-entérostomie (CANCER) du versant gastrique. *Eeckhoutte*. 684
Gastro-iléostomie; un cas. *C. L. Boice*. 462
— (SYNDROME). *L. Sin*. 173
Gastro-intestinales. Voy. HÉMORRAGIES.
Gastro-jéjuno-coliques. Voy. FISTULES.
Gastro-jéjunostomie spontanée. *Swartz*. 551
Gastroplastie par l'iléo-côlon droit après gastrectomie. *Hunnicut* 551
Genou (ALTÉRATIONS INTRA OU PÉRI-ARTICULAIRES); démonstration radiologique. *G. H. Melot*. 428
— (ARTHROPNEUMOGRAPHIE) pour affections méniscales. *R. Fontaine*. 818
— (MÉNISCECTOMIE); 880 cas. *Cabot*. 914
— (PNEUMO-ARTHROGRAPHIE); pour l'étude diagnostique et clinique de 80 cas de lésions méniscales. *Th. E. Keats*. . 992
— (RÉSECTION) dans la tuberculose; 369 cas réexaminés. *Harald Brodin* 100
— (TUBERCULOSE); résection; 369 cas réexaminés. *Harald Brodin*. . . . 100
— [**Articulations**] (BIOLOGIE, PATHOLOGIE, TRAITEMENT). *A. Sonnenschein*. . 41
— [**Ligaments latéraux**] (RUPTURE). *W. Dickson Williams* 818
— [**Ménisques**] (RÉGÉNÉRATION) après méniscectomie. *J. Morel, P. Bastien* et *F. Vanvelcenaher* 195
Glande mammaire (CANCER); pronostic histologique. *J. L. Bonenfant*. . . . 150
*— — (CURAGE TRIPLE, INTERNE, SUS-CLAVICULAIRE ET AXILLAIRE) dans une technique d'amputation large du sein. *Henri Redon* et *J. Lacour* 197
— **parotide** (TUMEURS); chirurgie. *H. S. Shucksmith*, 327; *D. Riessner*. . . 875
— — —; extirpation opératoire. *Hajess Martin* 146
— — (— ATYPIQUE). *J. Nicholas*. . 439
— **surrénale gauche** (CORTICO-SURRÉNALOME). *Benelli* 997
— **thyroïde** (CANCER). *A. Pico*. . . . 330
— — —; 85 cas examinés par l'iode radioactif. *R. Coliez*. 441
— — — et goitre nodulaire non toxique. *E. J. Cerise, S. Randall* et *A. Ochsner*. 146
— — (— ABERRANT LATÉRAL). *Alf. Olsen*. 147
— — (— PAPILLAIRE); ectomie totale *I. Macdonald* 969
— — (CHIRURGIE) en fonction des traitements médicaux antithyroïdiens. *P. Cogniaux, Bastenié* et *Ch. Flamant*. . 247
Glandes parathyroïdes (ADÉNOME), statistique de 322 cas. *J. Lavoie*. . . . 53
— **surrénales**; effets de la sympathectomie lombaire sur les —. *W. Weidenmann*. 477
— —; soins pré et post-opératoires. *J. W. Jailer* 997
— — (ADÉNOME CORTICAL) et phéochromocytome. *Cope* 575

Glandes surrénales (Chirurgie). *Ch. Huggins.* 283
— — — dans le syndrome de Cushing. *E. F. Poutasse.* 998
— — (Cortico-surrénalome); diagnostics biologique et radiologique). *P. Santy.* 810
— — (Kystes). *Ellis.* 574
— — (Médullo-sclérose); hypertension artérielle. *Riser, Anduze.* 703
— — (Phéochromocytome) avec hypertension. *H. J. C. Swan.* 374
— — (Sclérose) dans l'hypertension expérimentale. *G. Guerreri d'Antona.* . 373
— — (Tuberculose) et hypertension. *R. Leriche* 188
— — (Tumeurs); ectomie. *G. F. Cahill.* 999
— — [Corticale] (Tumeur) déterminant de l'hirsutisme sans autre signe de virilisation. *L. Kinrell* et *H. Linee.* . . . 188
Gliomes sus-tentoriels; indications thérapeutiques. *D. Petit-Dutaillis.* 48
Glomus jugulaire (Tumeurs). *T. Winship.* 652
Glycémie dans les suites de la gastrectomie. *S. Giovannini.* 172
Goitre (7 000 cas opérés). *Richard.* . 968
— (Evolution) en Allemagne. *Meisenburg.* 654
— **géant.** *Burmeister.* 877
— **nodulaire non toxique** et cancer du corps thyroïde. *E. J. Cerise, S. Randall* et *A. Ochsner* 146
— **intra-thoracique**; étude de 24 cas. *F. H. Ellis* 335
— — (Sternotomie médiane). *Dorsey.* 877
— **toxique** (Iode radio-actif). *Seed* et *Jaffe* 655
Granulomes huileux. Voy. Rectum.
— **malins.** Voy. Face.
Granulosa ovarienne (Tumeurs). *Arienzo.* 709
Greffes. Voy. Aorte [Bifurcation].
— **aortiques expérimentales.** *Hardin.* 523
— — **humaines conservées.** *Ch. Dubosf.* 868
— — — — pour rétrécissement de l'isthme de l'aorte. *J. Ducuing, J. Tapie, A. Enjalbert, H. Eschapasse* et *Rieunau-Serra.* 161
— **artérielles autogènes fraîches** (Fabrication extemporanée). *Hurwitt* . . 532
— — **homologues** pour pertes de substance artérielles. *F. L. Cooke.* 868
— **conservées.** Voy. aussi. Artères.
— **cutanées** pour brèches diaphragmatiques. *Geever* 544
— **de fascia lata doublées de gaze de tantale** dans un épithéliome de la trachée thoracique excisé. *W. G. Cahan.* . . . 328
— **homogènes conservées** ou autogènes fraîches avec ou sans cortisone. *Curtiss.* 638
Greffes homologues dans certains rétrécissements de l'aorte. *R. E. Gross.* . . 61
— — **indirectes.** Voy. Artères [Grandes].
— **iléales.** Voy. Uretère.
— **vasculaires** (Etude expérimentale); leur application chez l'homme. *Ch. Dubost.* 323
— — (Nutrition); étude sur la vascularisation. *Mc. Cune, Thistiethlewaite, Keshishian* et *Brian Blade.* 241
— **de vaisseaux sanguins**; choix et emploi. *R. A. Deterling.* 868
— **veineuses.** Voy. Veine fémorale.
— — **de l'aorte** (Anévrysme). *J. Johnson.* 869
— — **autogènes**; entre les carotides. *Conley.* 967
— — **internes** dans les anévrysmes et thromboses de l'aorte abdominale. *N. E. Freeman* et *Fr. H. Leeds.* 137
— — **libres** pour reconstruction du système biliaire extra-hépatique. *Pearce, Ulin, Entine* et *Froio* 184
— [**Homo**]. Voy. Homogreffes.
Greffons artériels (Conservation). *L. Massé.* 430
— — (— par le froid). *Ch. A. Hufnagel.* 322
— **urétéraux** en remplacement du cholédoque. *J. T.Rieger.* 806
Grossesse et embolies récidivantes. *J. Valls-Serra.* 435
Gynécomastie et chorio-épithéliome pulmonaire, chez un homme. *Guichard.* . . 790

H

Harmartome. Voy. Estomac.
Hanche (Arthrodèse); techniques; résultats. *Merle d'Aubigné.* 579
— (Arthroplastie) avec interposition inerte: *A. Bodart, R. Dambine* et *J. Lesure.* 99
— — et prothèse acrylique. *Merle d'Aubigné,* 580; *J.* et *R. Judet.* 816
— (— reconstructive); série de cas personnels. *H. R. Bohlman.* 484
— (Chirurgie); intérêt de la voie postéro-externe. *H. Bremen* et *M. Wolkas.* 194
— (Luxation congénitale); arthrographie. *Guilleminet* 716
— — — congénitale); arthroplastie capsulaire. *Colonna* 816
— — —; réduction sanglante. *Poli.* 913
— (Plastie par lambeau capsulaire) après réduction de la luxation. *Poli.* 913
— (Reconstruction); avec prothèse au nylon. *René Charry.* 913
— (Résection reconstruction). *J.* et *R. Judet,* 816; *Poli.* 914

Hémangioblastomes. Voy. aussi CERVELET.
— **cérébelleux**; 53 cas. *J. Cramer* et *W. Kimsey* 49
Hémangio-endothéliome. Voy. FOIE.
Hémangiomatose diffuse. Voy. PEAU, RATE.
Hémangiome. Voy. CERVELET, INTESTIN GRÊLE.
— **caverneux.** Voy. CÔLON SIGMOÏDE, MUSCLE GRAND PECTORAL, RECTUM, THORAX [PAROI].
— — **récidivé.** Voy. POUMON.
— **intrinsèque.** Voy. NERFS PÉRIPHÉRIQUES.
Hémangiopéricytomes. *Gander* . . . 630
Hématémèses hautes (RADIODIAGNOSTIC D'URGENCE). *Knowles* 547
***Hématome sous-dural chronique**; 31 observations personnelles. *Philippides, Montreul* et *Steimlé* 947
— **intra-pariétal**; cause d'occlusion duodénale. *Dey* 553
Hémi-diaphragme (RÉSECTION) associée à la pleuro-pneumonectomie. *B. H. Cotton*. 258
Hémodynamie. Voy. TERRITOIRE LIÉNO-HÉPATIQUE.
Hémopéricarde et péricardite constrictive. *Ehrenhakt* 676
Hémorragies des ulcères gastro-duodénaux *Morris Binder* 459
—. Voy. aussi ARTÈRES FESSIÈRES, DIVERTICULE DE MECKEL, ESTOMAC, OVAIRE, ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX.
— **gastriques massives** au cours d'une tuberculose gastrique. *H. D. Schumann*. 67
— — **ulcéreuses**; résultats du traitement dans 86 cas. *G. B. Packard*, 168; *B. B. Crohn* et *Janowitz* 168
— **gastro-duodénales** et perforations. *Ciancarelli* 170
— — **massives.** *Lippe Milch* 546
— **gastro-intestinales**; diagnostic précoce. *Zamcheck*, 547; *Rossette* 681
— — par neurofibromatose. *P. W. Keitschl* 269
— —; après pancréatico-duodénectomie. *Hoffert* 994
— **massives** de l'ulcère aigu gastrique. *V. J. Downie* 359
— — des ulcères gastro-duodénaux; traitement chirurgical. *Frank Glenn* et *Ch. Harrison* 65
— —. Voy. aussi HÉPATOME, TRACTUS GASTRO-INTESTINAL SUPÉRIEUR.
— **mortelles.** Voy. CANAUX BILIAIRES.
— **œsophagogastro-intestinales**; scopie. *Desforges* 531
— **intra-opératoires**; réduction sous hypotension contrôlée. *Manni* 136
— **secondaires.** Voy. INTERVENTIONS GASTRIQUES.
Hémothorax post-opératoire en chirurgie pulmonaire: indications et moyens de traitement. *Imperati* 451
— — (TRAITEMENT). *Imperati* 668
Hépatectomie avec intra-hépatico-cholangio-jéjunostomie. *Bonilla Naar* 991
— **gauche réglée** pour kystes hydatiques. *J. Sénèque, Roux, Chatelin, Huguenard*. 900
— **partielle.** *Stone, Saypol* 693
— — dans les cancers propagés. *Delannoy*. 694
— — et régénération du foie chez le chien. *John H. Grindlay* 276
Hépatocholédoque dans les pancréatites. *J. Caroli* 991
Hépatome malin (RÉSECTION TRANSDIAPHRAGMATIQUE). *B. Roe* 901
Hernie. *Watson* 677
— (CHIRURGIE). *Vogeler* 542
. Voy. aussi HIATUS ŒSOPHAGIEN, HIATUS DE WINSLOW.
— **abdominale** (ANATOMIE CHIRURGICALE). *Velarde Perez Fontana* 677
— **congénitale.** Voy. DIAPHRAGME.
— **diaphragmatique.** *John Evans* . . . 794
— — par la fente de Larrey. *P. Santy* et *R. Margotton* 165
— — par l'hiatus œsophagien. *Harrington*. 543
— — avec œsophagite et sténose. *Barraya*. 888
— —; chez l'enfant. *Volk* 881
— — (ÉTRANGLEMENT); thoraco-phréno-laparotomie. *Lagache* 678
— — (RESTAURATION TRANSTHORACIQUE) chez le jeune enfant. *C. E. Koop* . . 794
— —. Voy. aussi ESTOMAC, FOIE.
— — **acquise.** Voy. ESTOMAC.
— — **congénitale.** Voy. FOIE.
— — **étranglée**; revue de 8 cas. *W. B. Hobbins* 266
— — **péricardique.** *E. Carsten Astrup*. 354
— — **parasternale.** *F. Gudjon* 794
— **discale intervertébrale** (FUSION INTERÉPINEUSE). *Spadea* 781
— **épigastrique** (HÉMORRAGIE GASTRIQUE). *Marwege* 887
— **étranglée.** Voy. DIAPHRAGME.
— **du foramen de Winslow.** *Smoot* . . 794
— **hiatale** (CHIRURGIE); 130 cas. *Sweet*. 888
— **lombaire.** *Bocchetti* 678
— **transmésocolique primitive**; un cas. *Scardi*. 166
— **obturatrice étranglée**; cause rare. *G. Schilder* 62
— **rétro-sternale transdiaphragmatique**; 1 cas de hernie contenant l'estomac, le côlon transverse et l'épiploon. *H. C. Saltzstein, L. Linkner* et *Schayel Scheinberg* . . 63
Hexagone de Willis (ANÉVRYSME); ligature de la carotide interne. *R. C. Bassett* et *H. H. Gass* 242
Histologie. Voy. GANGLIONS SYMPATHIQUES LOMBAIRES.

Hiatus œsophagien (HERNIE). *Harrington.* 543
— — —; étude de 111 cas. *R. H. Sweet.* 354
— — — et brachy-œsophage. *R. Wanke.* 444
— — —; cause obscure d'hémorragie massive à partir du tractus gastro-intestinal supérieur. *L. W. Ide* et *J. R. Mc Daniel.* 166
— — —; complications et traitement chirurgical. *D. B. Effler* 266
— **de Winslow** (HERNIE). *Von S. Wilk.* 459
Hibernation artificielle dans le tétanos. *Boudin* 635
— — dans le tétanos gravissime; 1er essai; 1er échec. *P. Mollaret, R. Bastin, J. J. Pocidalo* et *Fr. Besancon* 39
— —; quelques aspects expérimentaux. *Laborit, Jaulmes* et *Bénitte* 238
Hirsutisme par tumeur corticale. *L. Kinrell* et *H. Linee* 188
Homogreffes. Voy. AORTE, VEINE-CAVE.
— **conservées** après résection de l'aorte pour coarctation. *E. J. Beattie Jr.* 264
— **de valvules aortiques** étude expérimentale. *C. R. Lam.* 263
Homotransplantation de segments artériels conservés par la méthode de congélation-dessiccation. *A. G. Marrangoni.* . 139
Hormones folliculaires dans le traitement du cancer mammaire inopérable. *A. K. Schmauss.* 334
Hormonothérapie du cancer. *J. T. Nathanson* et *R. M. Kelley.* 41
Humérus (FRACTURES SUS-CONDYLIENNES) chez l'enfant. *J. Judet.* 1007
— (— SUS ET INTERCONDYLIENNES); résection arthroplastique. *S. L. Weissman.* 1008
Hydrothorax avec pseudokyste pancréatique. *R. J. Gross* 808
Hyperglycémie post-opératoire. *Zakovijevic.* 865
Hyperinsulinisme. *Berger* 907
— dans une tumeur insulaire du pancréas. *Cl. C. Blackwell* 89
— (TRAITEMENT). *Johan Holst* . . . 994
Hyperkaliémie. *Derot.* 962
Hypernéphrome; diagnostic par réno-vasographie. *C. E. Alken.* 285
Hypersplénisme par kyste pancréatique. *Hurwitz.* 907
Hypertension artérielle par affection cardio-vasculaire et influence de la splanchnicectomie. *R. H. Smithwick.* 243
— — avec ou par tuberculose surrénalienne. *R. Leriche.* 188
— — et phéochromocytomes. *H. J. C. Swan.* 374
— — dans les affections chirurgicales du rein. *J. Mombaerts.* 141
Hypertension artérielle; traitement chirurgical. *A. Clifford Abbot,* 140; *A. M. Boyd.* 141
— —; traitement chirurgical, d'après 135 cas. *P. Wertheimer.* 432
— — (CHIRURGIE). *R. Fontaine,* 644; *Goidsenhoven* 870
— — **essentielle** et tumeur chromaffine. *G. Lumb* 325
— — —; 53 cas opérés. *A. Lee Mc Gregor.* 46
— — **évolutive** (CHIRURGIE) par voie transpleurale transdiaphragmatique. *Tricerri.* 778
— — **expérimentale** et sclérose surrénale. *G. Guerreri d'Antone.* 373
— — —; traitement chirurgical par fistules artério-veineuses. *M. de Santis.* . . 46
— — **grave** (CHIRURGIE). *Franck d'Abreu,* 966
— — **maligne** et sclérose médullo-surrénale. *Riser* 703
— — —; surrénalectomie totale bilatérale. *J. H. Harrison, G. W. Thorn* et *Crisciliello* 91
— — **paroxystique.** *L. Lambert.* . . . 869
— — —; par cortico-surrénalome. *Benelli.* 997
— — **permanente grave**; création chirurgicale d'une fistule artério-veineuse. *C. Lian.* 432
— — **rénale**; résultats éloignés de la néphrectomie; 100 cas. *W. F. Braasch.* . . 378
— **portale.** *Bastos* 647
— — et maladie de Banti. *P. Croizat.* 996
— —; ligature de l'hépatique. *F. W. Taylor.* 988.
— —; ligature des artères hépatiques et spléniques; *W. F. Rienhoff Jr,* 80; *Jahnke.* 870
— —; ligature des artères hépato-spléniques et de la coronaire stomachique. *Lucio Galvão* 468
— —; anastomose porto-cave. *A. H. Blakemore* 244
— —; anastomose réno-gastro-épiploïque. *R. de Britto, O. Was, P. Abdala* et *R. Da Silva* 142
— —; 53 cas opérés dont 33 par anastomose spléno-rénale. *P. Santy* et *P. Marion.* 142
— — (CHIRURGIE); 11 anastomoses vasculaires. *A. R. Albanese.* 966
Hyperthyroïdisme; traitement chirurgical; revue générale personnelle. *Diego E. Zavaleta.* 441
Hypertrophie. Voy. PYLORE.
Hypoglycémie et dumping syndrome. *Hirschberg* 685
Hypopharyngo-gastrostomie après gastrectomie totale. *F. Spath.* 446
Hypopharynx (CHIRURGIE). *Grimes.* . 652

Hypophyse (Implantation) contre les douleurs d'origine trigéminale. *E. Bues.* 436
Hypotension contrôlée; moyen de réduction des hémorragies intra-opératoires. *Manni.* 136
Hypothermie contrôlée; en chirurgie cardiaque. *Bigelow* 974
Hystérectomie inter-annexielle avec conservation de l'artère utérine et de ses branches ovariennes. *P. Brocq.* 289
Hystérographie (Atlas d'—). *Brocq, Moulonguet.* 709

I

Ictère après gastrectomie pour ulcère duodénal. *Nicolo.* 893
— **hémolytique congénital.** *A. Lemaire.* 702
Iléite régionale. *Crohn.* 897
— — (Résultats éloignés). *J. H. Garlock* et *B. B. Crohn.* 799
— **terminale aiguë.** *R. O'Callaghan.* . 364
Iléo-œsophagoplastie préthoracique; facteurs anatomiques conditionnels. *Villemin, Dufour, Rigaud* et *Cabanic.* 150
Iléon sequestré (Expulsion spontanée). *Benson* 984
— **terminal** (Duplication). *Hardaway.* 555
Iléostomie dans la colite ulcéreuse. *R. Warren* et *Leland S. Mc Kittrick.* 77
Iléus par diverticule de Meckel. *J. Lampert.* 75
— **biliaire.** *Orlando Longo, Cesar Nani* et *A. Ahualli* 74
— —; étude de l'— chez huit malades. *P. Nemir* 271
— —; diagnostic et traitement. *R. M. Levine* et *Ch. P. Ripstein.* 74
— — (Récidives). *R. Gottlob.* . . . 362
— **post-opératoire** traité par la sonde de Miller-Abbott associée à l'A. C. T. H. *M. Andersen* 363
Ilots de Langerhans (Embryologie, Histologie, Physiologie). *Ferner.* . . 698
Image giganto-cellulaire. Voy. Pulpe splénique.
Immunisation contre antigène A (Causes). *André* 775
Imperforation. Voy. Anus.
Implantation. Voy. Artère mammaire interne, Hypophyse.
Incarcération chronique traumatique. Voy. Intestin grêle.
Inclusion. Voy. Pancréas.
Incontinence d'urine; traitement. *E. Gomer Jones* 287
— — **chez la femme** (Opération de Berkow-Burger). *Erik Secher.* . . . 1005
Indications controversées. Voy. Pancréatite stéato-nécrotique.
Infarctus. Voy. Estomac, Myocarde.
Infundibulum (Sténose) avec septum ventriculaire intact. *Kirklin.* 975
Injections intra-artérielles; contracture consécutive des extenseurs. *Lapeyre.* . 777
— **huileuses rectales**; granulomes huileux consécutifs. *D. A. Susnow.* 176
— **interstitielles.** Voy. Or radio-actif.
Innervation. Voy. Cœur, Rein.
Instrument pour commissurotomie. *Larzelère.* 673
Insuffisance. Voy. Artères coronaires.
— **post-opératoire.** Voy. Rein.
Insulinisme [Hyper]. Voy. Hyperinsulinisme.
Insulinome malin. Voy. Pancréas.
Interposition hépato-phrénique. Voy. Côlon.
Interventions chirurgicales (Douleur); prévention. *P. Moritsch.* 320
— — (Fonctions adréno-corticales). *Hayes* 909
— —. Voy. aussi Nerfs du cœur.
— **gastriques** (Hémorragies secondaires); prévention. *Jungbluth* 686
Intestin (Absorption) après urétéro-sigmoïdostomie. *C. D. Creevy.* 1004
— (Atrésie et sténoses); occlusion chez le nouveau-né. *Gaertner.* 896
— (Calcul biliaire géant) et obstruction. *Tangari.* 464
— (Étranglement) par orifices mésentériques. *Köle.* 679
— (Invagination) chez l'adulte. *Ch. H. Brown* et *A. G. Michels.* 174
— — avec élimination spontanée de l'anse; guérison. *Aldo Plotegher.* 271
— (Nécrose circonscrite). *Triska.* 555
— (Obstruction) par gros calcul biliaire; 2 cas. *Tangari.* 464
— — traitée par résection et anastomose chez un prématuré. *C. Warren Bierman.* 464
— (Occlusion). *P. Alexandre.* . . . 982
— — par calcul biliaire. *Fernando Paulino,* 897; *Cadena.* 982
— —; d'origine veineuse. *North.* . . 646
— —; traitement pré et post-opératoire. *Micharet, Michaud.* 749
— — chez le nouveau-né. *Gaertner.* . 896
— (— aiguë) par adhérences. *W. Becker.* 555
— (— par ascaris). *E. Benoldi.* . . 363
— (— expérimentale); déshydratation. *Morelli* 983
— (Effets de la pancréatectomie). *J. F. Weigen* 809
— (Plastie vésicale). *J. Cibert.* . . 812
— (Résection) chez le nourrisson et l'enfant. *R. Jonas.* 364
*— (Ulcérations post-opératoires). *Cl. Couinaud* 844
— **grêle** (Duplication congénitale). *Thomas C. Moore.* 686

Intestin (Eviscération). *Schink*. . . 678
— — (Hémangiome); 2 cas. *Edwin A. Hanck* 464
— — (Incarcération chronique traumatique). *F. Beckmann*. 363
— — (Invagination) par diverticule de Meckel avec débris pancréatiques aberrants. *J. A. Jensen*. 365
— — (Lymphosarcome). *Faulkner*, 556; *Bollinger* 898
— — (Néoplasmes malins). *J. Locke*. 687
— — (Résection étendue). *J. M. Johnston* 364
— — (— massive); courte survie. *Johnston*. 898
— — (Tumeurs). *Gunkler*. 557
— — (— lymphatiques). *Borja Araujo*. 687
— (— polypoïdes); résection étendue. *O. B. Camp* 799
*— — (Volvulus total). *R. Joyeux* et *A. Courty*. 290
— [Gros] (Cancer); analyse de 580 cas. *H. C. Spear* et *S. C. Brainard*. . . 175
— — —; critique opératoire. *W. W. Babcock* 465
— — (Perforation spontanée). *M. F. A. Woodruff* 365
Intra-hépatico-cholangio-jéjunostomie. *Bonilla-Naar*. 991
Invagination. Voy. Cæcum [Bosselures], Intestin, Intestin grêle.
— **cæco-colique** par tumeur. *Von H. Garbsch*. 465
— **entéro-colique**. *Consiglio*. 986
— **haustrale**. Voy. Cæcum.
— **de la bouche anastomotique** après gastrectomie. *F. Moutier*. 552
— **partielle**. Voy. Cæcum.
Inversion. Voy. Estomac.
Iode radio-actif dans le diagnostic du cancer de la thyroïde; 85 cas. *R. Coliez*. . 441
— —. Voy. aussi Goitre toxique.
Iodine radio-active de la tétraiodophénolphtaléine. *Copher*. 564
Irradiation pré-opératoire du cancer de l'endomètre. *H. E. Schmitz*. 479
Ischémie. Voy. Poumon.
Ischion (Ostéomyélite); résection. *Manzi*. 713

J

Jambe (Pseudarthroses) avec perte de substance. *E. Drost*. 819
Jéjunite et dumping syndrome. *Hirschberg*. 685
Jéjuno-iléite (Radiologie). *R. H. Marshall*. 798
***Jéjuno-œsophago-duodénoplastie** après gastrectomie. *R. Soupault*, *Al. Mouchet* et *Comey* 827
Jéjunum dans la création d'un néo-estomac. *Cl. J. Hunt* 270
Jéjunum (Adénome). *S. Roberts*. . . 897
— (Diverticulite hémorragique). *C. W. Mayo*, *Baskin* 687
— (Léiomyome). *W. Silber*. 74
— (— malin). *Mattheros*. 984
— (Lymphogranulome malin). *Citterio*. 553
— (Sténose) par ingestion d'ammoniaque. *Jameson L. Chassin*. 984
— (Ulcères multiples primitifs). *H. Hillemand* 362
Jonction cardio-œsophagienne (Léiomyome). *Schnug* 891
Jugulo-carotidienne. Voy. Anastomose.

K

Kystes. Voy. Glandes surrénales, Médiastin, Mésentère, Œsophage, Pancréas, Péricarde, Poumon, Rein.
— **bronchogènes**; symptomatologie. *E. Hasche* 440
— —. Voy. aussi Médiastin.
— **chyleux**. Voy. Mésentère.
— **congénitaux**. Voy. Canal cholédoque, Cou, Poumon, Voies biliaires.
— **doubles**. Voy. Pancréas.
— **hydatiques**. Voy. Foie, Os, Poumon.
— **médullaires calculeux**. Voy. Rein [Pôle supérieur].
— **rompus**. Voy. Endomètre.
— **vrais**. Voy. Foie.
— **[Pseudo-]**. Voy. Pancréas.
— — **traumatiques**. Voy. Pancréas.

L

Langue (Epithélioma); radiumthérapie; suites. *Gibert* 651
— (Sarcome) sur cicatrice d'épithélioma irradié. *Gibert*. 651
— [Base] (Tumeurs). *Pietrantoni*. . 528
Larynx (Chirurgie). *Grimes*. 652
— (Sténoses). *Guns*. 529
Lavement baryté (Complications); perforation du sigmoïde. *L. J. Kleinsasser*. 366
Léiomyome. Voy. Duodénum, Jéjunum, Jonction cardio-œsophagienne.
— **malin**. Voy. Espace rétro-péritonéal, Jéjunum, Rein.
Léiomyosarcome. Voy. Œsophage, Poumon, Pylore, Tractus gastro-intestinal.
Léiomyosarcome rétro-péritonéal simulant un sarcome du pancréas. *J. E. Struthers* et *H. Gausse*. 166
Lésions bénignes. Voy. Sein,
— **malignes**. Voy. Vagin.
— **opératoires**. Voy. Canaux biliaires.
Leucémie myéloïde (Splénectomie). *Stefanovic* 573
Lèvres (Cancer); technique chirurgicale. *Conde*. 651

Ligaments latéraux du genou (Rupture). *W. Dickson Williams*. 818
Ligature. Voy. Artère carotide interne, Artère carotide primitive, Artère coronaire stomachique, Artère hépatique, Artère hypogastrique, Artère mésentérique inférieure, Artère splénique, Artères hépato-spléniques, Veine cave, Veine cave inférieure, Veine cave supérieure, Veines.
Lipoïdose splénomégalique (Splénectomie). *Bousser*. 574
Liposarcome. Voy. Médiastin.
Lipothymome, variété rare de tumeur thymique. *Nolton H. Bigelow*. 330
Liquide céphalo-rachidien (Écoulements) dans les traumatismes crâniens. *A. Jentzer*. 47
Liquides extra-cellulaires; leur comportement dans les cardiopathies congénitales avant et après opération de Blalock. *G. Fr. Della Penna*. 159
Lithiase. Voy. Canal cholédoque.
— **biliaire** (Angiocholite suppurée). *Orecchia*. 696
— **récidivante.** Voy. Canal cholédoque, Voies biliaires.
Lobe frontal [Fibres blanches] (Blocage a la procaïne) pour prévenir les effets de la lobotomie préfrontale; étude expérimentale présentée par W. P. Wagenen. *O. T. Bailey, W. T. Small* et *D. Ingraham, W. P. Wagenen* et *C. T. Liu*. 143 et 144
Lobectomie pulmonaire; exploration fonctionnelle avant et après —. *J. K. Kraan*. 260
— — pour abcès mycosique. *Cl. L. Graves*. 256
— — pour bronchiectasie. *J. H. Forsee*. 878
— — pour kyste. *Mc Eachern*. . . 879
— — pour tuberculose. *J. Swierenga*, 257; *L. D. Eerland*, 257; *L. Johansson*, 337; *Forsee* 665
Lobotomie préfrontale; prévention de ses effets par blocage des fibres blanches du lobe; étude expérimentale présentée par W. P. Van Wagenen. *O. T. Bailey, W. T. Small* et *Ingraham, W. P. Wagenen* et *C. T. Liu* . . . . . 143 et 144
— — **bilatérale** (Résultats). *Greenblatt* 873
Lobstein. Voy. Maladie.
Localisations osseuses. Voy. Maladie de Hodgkin.
Luxation. Voy. Colonne vertébrale cervicale, Vertèbres cervicales.
— **congénitale.** Voy. Hanche.
— **récidivante.** Voy. Épaule.
Lymphangiome kystique massif (Chirurgie conservatrice). *G. C. Freeman*. . 876
Lymphatiques mammaires internes dans le cancer du sein. *Giacomelli*. 533
Lymphœdème après amputation élargie du sein. *M. Jessner, Fr. G. Zak* et *Ch. R. Rein* 152
Lymphogranulome malin. Voy. Jéjunum.
Lymphomatose diffuse (Formes uro-génitales). *Fruhling*. 704
Lymphome. Voy. Rate.
Lymphosarcome. Voy. Estomac, Intestin grêle, Mésentère, Pancréas.

M

Main (Ténosynovites); résultats. *M. Iselin*. 913
— **et doigts** (Fractures); fixation intramédullaire. *Vom Saal*. 714
Malades chirurgicaux (Déficits du potassium intra et extra-cellulaire chez les —). *R. Elman* 424
Maladie de Banti et hypertension portale. *Croizat* 996
— **de Buerger;** son traitement à la Clinique chirurgicale n° 1 de la Faculté de Prague. *Ladislav Koppl* 431
— **de Dupuytren.** *Pflüger* 714
— —; traitement par vitamine E. *H. J. Richards* 388
— —; excision limitée. *E. Hamlin*. . 388
— —; 30 cas opérés. *Peregalli*. . . 1009
— **de Gaucher** (Splénectomie). *Bousser*. 574
— **de Hodgkin** (Localisations osseuses). *L. Leger* 520
— —. Voy. aussi Estomac.
— **kystique.** Voy. Poumon.
— — **congénitale.** Voy. Poumon.
— **de Lobstein** (Caractéristiques) avec aperçus sur son hérédité et ses rapports avec l'ostéogenèse imparfaite. *Lo Sardo*. 321
— **de Paget.** Voy. Os, Sein, Vertèbres.
— **polykystique.** Voy. Foie.
— **de Recklinghausen nerveuse.** *P. W. Kleitsch* 269
— **thrombo-embolique** (Embolisme précoce). *Davis* 972
— **thrombosique** (Ligature de la veine cave). *Owens* 870
Malformations congénitales. Voy. Anus et Rectum, Cœur.
Mamelon (Écoulements séro-sanglants). *Moulonguet* 532
Manométrie biliaire (Anesthésie pour —) et dynamisme des voies biliaires extra-hépatiques. *L. Lorenzini* et *G. Eizenbaum*. 83
Marbadal intra-péritonéal dans les péritonites par perforation. *H. Knoblauch*. . . 64

Massage cardiaque dans le traitement de l'arrêt du cœur, d'après une étude de 350 cas. *Frank Cole* 58
— — **direct** pour la réanimation du cœur. *H. Baier* 350
Matériel chirurgical pour thyrotoxicose. *Edlung* 655
Médecine et Chirurgie pathogénique. *Mosinger* 516
Médiastin (Kystes) et tumeurs. *Conrad Hirschfeld*. 152
— (— bronchogéniques). *Laumonier*. 534
— (Liposarcome); revue générale des cas publiés. *Clifford, Storey* et *K. P. Knutson*. 254
— (Paraffinome); obstruction œsophagienne. *Kergin*. 877
— (Tuberculome); 6 cas vérifiés. *Cl. F. Storey* et *H. A. Lyons*. 253
— (Tumeurs); étude angiocardiographique de 65 cas vérifiés. *Ch. T. Dotter* et *J. Steinberg* 254
— — et kystes. *Conrad Hirschfeld*. . 152
— **antérieur** (Lipothymome); variété rare de tumeur thymique. *Nolton H. Bigelow*. 330
— — (Neurofibrome). *De Matteis*. . 663
Médullo-sclérose. Voy. Glandes surrénales.
Mégacôlon; colectomie totale. *Julio Bahr S.* 174
Mélanoblastomes; résultats de la radiothérapie. *Von H. Hergarten*. 425
— (Histogenèse et diagnostic histologique). *V. J. Mc Govern*. 39
Mélanomes. *J. R. Hall*. 630
— **malins**; aspect génétique. *E. P. Cawley*. 425
— —; radiothérapie. *P. H. Reitman*. 425
— — (Clinique). *Herbert Fanger*. . 516
— — (Résultats). *Pack*. 775
— —. Voy. aussi Rectum.
Mélanosarcome primitif. Voy. Œsophage.
Mélanose recto-colique. *Hillemand*. . 560
Membre inférieur (Artérite); sympathectomie. *D. Manfredi*. 967
— — —; chirurgie conservatrice. *Ducuing*. 578
— — (— oblitérante); procaïne intra-artérielle dans ses séquelles. *Ivo Macik*. 291
— — (Thrombophlébites-Phlébo-thromboses); traitement chirurgical. *M. Casanueva del C.*. 483
— — (Traumatismes); procaïne intra-artérielle dans leurs séquelles. *Ivo Macik*. 291
— — (Tumeurs métastatiques secondaires) au cours de l'évolution du cancer du col utérin. *M. Dargent*. 480
— **supérieur** (Blessures des nerfs périphériques); étude expérimentale et clinique. *G. Perret*. 290
Membre supérieur (Gangrène) après opération de Blalock utilisant l'artère sous-clavière. *Watts R. Webb* 290
Membres (Accidents vasculaires); littérature en chirurgie vasculaire; 175 cas. *Martorell* 241
*— (Fistules artério-veineuses congénitales). *Ch. Bourde*. 728
— (Veinoscopie). *May, Nibl*. . . . 779
— **fantômes** (Douleurs); résultats de la cordotomie. *J. C. White* et *W. H. Sweet*. 246
— [**Parties molles**] (Sarcome). *J. Ducuing, Estrade, Mallecaze* et *Planel*. . . . 136
Méniscectomie et régénération des ménisques après —. *J. Morel, P. Bastien* et *Vanvelcenaher* 195
—. Voy. aussi Genou.
Mésentère (Adénolymphite) chez l'enfant. *Laurence* 888
— (Kystes). *L. Zanetti*. 357
— (— chyleux). *Mendillo* 545
— (Lymphosarcome) simulant une tumeur génitale. *Bussallen*. 889
— (Orifices); étranglement intestinal. *Köle*. 679
— (Thrombose) après contusion. *Mc Cune*. 545
Mésocôlon transverse (Hernie primitive); un cas. *Scardi* 166
Métastases. Voy. Môle hydatiforme, Nerfs périphériques.
— **axillaires** d'un cancer du sein chez l'homme traité par Stilbœstrol. *G. Y. Graves*. 333
— **cérébrales**; diagnostic par artériographie. *R. Lorenz* 326
— **ovariennes** du cancer mammaire. *J. Jaki* et *B. Korpassy* 150
Méthode de Hahn-Brande pour pseudarthroses. *Drost* 819
— **de Kuntscher** (Pression intra-médullaire). *Peltier*. 520
— **de Pack** pour anévrysmes intra-thoraciques. *R. R. Linton* 521
— **de Phemister** pour pseudarthrose. *Graff*. 865
— **de Pribram** pour calculs résiduels. *Nasser*. 567
Moelle épinière (Angiomes); symptômes, diagnostic et résultats thérapeutiques. *K. Nittner* 327
— — (Compression) par discopathie cervicale. *Ricard*. 782
— — — par ostéite déformante, par tumeur à cellules géantes et par dysplasie fibreuse des vertèbres; syndrome d'Albright. *P. Teng, Sidney W. Gross* et *Ch. M. Newman*. 144
— — — par spondylose cervicale hypertrophique. *J. A. Epstein* et *L. M. Davidoff*. 51
— — (Suture). *Vogl* 650

Moelle épinière (Traumatismes). *D. Mahoudeau*. 50
— — (Tumeurs); diagnostic radiologique; 70 cas. *Guido Lombardi*. 437
Moignon gastrique (Cancer). *Pirner*. 895
— **prépylorique** (Évolution). *Serfling*. 892
Môle hydatiforme (Métastases). *H.* et *M. Hinglais* 1006
Morbidité tuberculeuse après gastrectomie. *Skjelbred* 685
Mortalité post-opératoire des affections biliaires bénignes. *Fr. Glenn*. 279
Muscle biceps brachial (Rupture du tendon inférieur). *H. Schjelderup*. . . . 290
— **grand pectoral** (Hémangiome caverneux). *Pelizzolo* 776
Muscles extenseurs du membre inférieur (Contracture) par injections intra-artérielles. *Lapeyre* 777
— **des membres** (Sarcome) des coulées conjonctives. *J. Ducuing, Estrade, Mallecaze* et *Planel* 136
*— **pectoraux** (Ablation) et triple curage mammaire dans une technique d'amputation large du sein. *Henri Redon* et *J. Lacour* 99
Myasthénie (Thymectomie). *Schwab* . 530
— **grave**; thymectomie. *R. T. Ross* . 330
Myélome; variations de l'aspect radiologique du squelette. *Saül Heiser*. 427
Myoblastome. Voy. Urètre périnéal.
Myocarde (Implantation de l'artère mammaire dans le —) pour insuffisance coronarienne. *A. Vineberg*. 261
— (Infarctus) par suture de l'artère interventriculaire. *Sirot* et *Bernasconi* . 791
— (Revascularisation) par artérialisation du système veineux coronaire. *M. L. Kim* 348
Myome. Voy. Estomac.
Myosarcome. Voy. Diverticule de Meckel.
Myxochondrome. Voy. Trachée.

N

Naso-pharynx (Tumeurs primitives). *Geist*, 783
N²H intra-artériel dans le cancer cervical et vaginal. *Cromer, Bateman, Neuill-Berry, Kennelly, Klopp* et *Platt*. . . 193
Nécrose. Voy. Foie, Pancréas.
— **aiguë**. Voy. Pancréas.
— **circonscrite**. Voy. Intestin.
Néo-estomac; sa création à l'aide du jéjunum après gastrectomie totale. *Cl. J. Hunt*. 270
Néoplasmes. Voy. Région pancréatico-duodénale.
— **malins**. Voy. Intestin grêle.
Néphrectomie; ses résultats éloignés dans l'hypertension rénale. *W. F. Braasch*. 378
Néphrectomie droite (Fistules duodénales secondaires). *Caffery* et *Masselman*. 93
— **partielle**; rapport au XLV^e^ Congrès français d'Urologie. *A. Dufour*. . . . 92
— — après rénovasographie dans un cas de kystes médullaires calculeux. *C. F. Aiken*. 286
— — pour tuberculose. *Petkovic*. . . 910
— — (Indication). *E. Mingazzini* . 93
Néphrétique [Péri]. Voy. Phlegmon.
Néphrite chronique; surrénalectomie totale bilatérale. *J. H. Harrison, G. W. Thorn* et *Criscitiello*. 91
Nerf mandibulaire (Élargissement). *Cuneo*. 872
— **récurrent** (Paralysie) après strumectomie. *E. Beck*. 52
— **trijumeau** (Neurotomie) par voie occipitale transtentorielle. *Otto Vosz*. . . 325
— — (Névralgie); expérience de 102 cas. *A. Asenjo*. 435
— — (Tic douloureux, Névralgie, Paresthésie); transplantation hypophysaire. *E. Bues* 436
Nerfs du cœur (Intervention). *Knudsen*. 881
— **périphériques** (Blessures); étude expérimentale et clinique. *G. Perret*. . 290
— — (Hémangiome intrinsèque). *E. J. Losli* 325
— — (Métastases cancéreuses). *Pirner*. 871
— — (Neurinomes malins). *Wise*. . 647
— **splanchniques** (Blocage) dans la pancréatite aiguë. *Dale*. 906
Neurinomes. Voy. Estomac, Plexus brachial.
— **malins**. Voy. Nerfs périphériques.
Neuroergonologie. Voy. Cancer.
Neurofibromatose avec hémorragies gastro-intestinales. *P. W. Kleitsch*. . . . 269
—. Voy. aussi Mésocôlon.
Neurofibromes. Voy. Médiastin antérieur.
— **intra-rachidiens**; étude de 60 cas à la « Mayo Clinic ». *J. Grafton Love* et *H. W. Dodge* 245
Neurotomie du trijumeau par voie occipitale transtentorielle. *Otto Vosz*. 325
Névralgies. Voy. Nerf trijumeau.
Nez (Plasties); voie nouvelle. *Schmidt*. 651
Nouveau-né (Gangrène des extrémités); 2 cas. *W. E. Askue*. 714
— **et nourrisson** (Chirurgie). *Duhamel*. 632
Nutrition des greffes vasculaires. *Mc Cune, Thistlethwaite, Keshishian* et *Blade*. 241

O

Oblitération. Voy. Vaisseaux mésentériques.

Oblitération congénitale. Voy. Voies biliaires.
— **huntérienne.** Voy. Artère fémorale.
Obstruction. Voy. intestin. Pylore, Veine cave supérieure, Voies biliaires intra-hépatiques.
— **bénigne.** Voy. Voies biliaires extra-hépatiques.
— **chronique.** Voy. Aorte abdominale.
— **intermittente.** Voy. Veine sous-clavière.
— **et sténose.** Voy. Voie biliaire principale.
Obturation chirurgicale. Voy. Septum interauriculaire.
Occlusion. Voy. Duodénum, Intestin, Vaisseaux mésentériques, Veines pulmonaires, Voies biliaires.
— **aiguë.** Voy. Duodénum, Intestin, Vaisseaux mésentériques.
— **par ascaris.** Voy. Intestin.
— **expérimentale.** Voy. Intestin.
— **partielle.** Voy. Artère carotide primitive.
— **temporaire.** Voy. Artère pulmonaire.
Œdèmes. Voy. Bras.
Œsophage (Achalasie); étiologie et traitement. *Earle B. Kay*. 247
— (Affections bénignes et malignes); cytodiagnostic. *Fr. G. Panico*. . . 267
— (Atrésie congénitale); pronostic et traitement. *M. Salamaa, L. Gripenberg* et *E. K. Abvenainen*. 147
— — —; tableau d'ensemble de 15 cas. *Dabadie*. 248
— — — avec fistule et son traitement chirurgical. *H. Weyers*. 147
— — — avec fistule œsophago-trachéale, atrésie duodénale et autres anomalies. *W. C. Mc Garity*. 331
— — — et anomalies vasculaires associées. *J. Longman*. 248
— — —; traitement. *Ten Kate*, 658; *Leven*. 659
— — —; œsophago-gastrostomie par voie transpleurale droite. *J. L. Madeen*. 249
— — —; méthode de suture opératoire. *J. Ten Kate*. 249
— (Brûlures par caustiques) chez l'enfant; traitement. *H. Weickardt*. . 331
— (Cancer). *A. J. Delario*. 148
— — et cancer du cardia; étude de 172 cas. *V. K. Wu* et *H. H. Loucks*. . . . 149
— —; radiothérapie. *Watson* et *Brown* 251
— —; chirurgie radicale et palliative. *Ravitch* 659
— (Chirurgie). *R. H. Franklin*. . 445
— (Corps étranger); épingle de sûreté. *Thornval* 969
— (Dilatation); traitement. *Wulff* et *Malm*. 657
— —; résultats. *Gertz*. 657
Œsophage (Dilatation idiopathique); traitement chirurgical. *Bretislav Brazda*. 443
— (Diverticules épiphréniques); revue générale de la littérature sur 126 cas publiés dont 43 opérés. *H. J. Goodman* et *J. H. Parnes*. 249
— — —; traitement chirurgical. *M. E. de Bakey*. 332
— (— thoraciques). *Nylander*. . . 658
— (— de traction) et fistule œso-bronchique. *Jaubert de Beaujeu*. . . . 787
— (Dystonie). *F. S. Cross*. 148
— (Kystes) et tumeurs bénignes intramurales. *Myers* et *H. Bradshaw*. . 251
— (Léiomyosarcome). *J. Badosa Gaspar*. 970
— (Mélanosarcome primitif). *J. M. Burnett*. 445
— (Obstruction) par paraffinome. *F. G. Kergin*. 877
— (Perforation). *B. Gay*. 786
— (— traumatique). *Adler*. . . . 970
— — —; traitement chirurgical. *W. Weisel* et *F. Raine*. 248
— Polype géant). *A. Bertieri*. . . 787
— (Résection); prothèse plastique. *Bermann*. 878
— — suivie du rétablissement de la continuité par tube taillé dans l'estomac. *I. Boerema* 251
— (Rétrécissement cicatriciel); œsophagectomie sub-totale avec anastomose œso-phago-gastrique intra-thoracique. *B. Oberhofer* 149
— (Rupture). *Anderson* 656
*— (— spontanée). *G. Cerbonnet* et *Cl. Couinaud*, 211; *Mackler*, 531; *W. P. Butler*. 786
— — —; contribution clinique et anatomo-pathologique. *Carlo Mauro*. . . . 54
— — —; 5 cas publiés. *Ch. A. Priviteri*. 443
— — —; discussion. *S. A. Mackler*. 442
— (Sarcome primitif). *P. Michaud*. 149
— (Sténose) dans la hernie diaphragmatique. *Barraya*. 888
— (— cicatricielle par caustique); traitement. *F. Rock, V. Sarnelli, A. Ventrella* et *L. Négro* 53
— (Tumeurs bénignes); sténose. *Nutgemann*. 785
— (— — intra-murales) et kystes. *R. T. Myers* et *H. H. Bradslaw*. . . 251
— (Ulcères) chez le nourrisson. *Havry* et *S. Hellins*. 786
— (— peptiques); étude de 6 cas. *M. H. Redish* et *B. Hertzner*. 148
— [**Brachy**]. Voy. Brachy-œsophage.
— [**Méga**]; indication opératoire. *F. X. Pellegrini* 785
— [**Segments**] (Remplacement expérimental) par tube plastique. *E. F. Berman*. 332

Œsephage cervical (Atrésie). *E. K. Johnson.* 444
— **supérieur** (Chirurgie). *Grimes.* . 652
— **thoracique** (Diverticule congénital). *Ten Kate.* 658
— — (Résection partielle) et gastrectomie totale pour carcinome. *J. Dryjski.* 172
— — (Sténose) consécutive à une œsophagite; chirurgie. *Ph. Thorek.* 250
— — **supérieur et cervical** (Cancer); traitement chirurgical. *Lyman A. Brewer.* 332
Œsophagectomie pour cancer. *Camara Lopes.* 660
— (Complications); ulcère et perforation gastrique. *V. S. Brookest.* 333
— **totale** suivie d'hypopharyngo-gastrostomie. *F. Spath.* 446
— **sub-totale** pour rétrécissement cicatriciel. *S. Oberhofer.* 149
Œsophagite et sténose consécutive. *Ph. Thorek.* 250
— après anastomose gastrique. *Ripley.* 531
— **post-opératoire** nécessitant un traitement chirurgical. *Th. H. Hewlett* et *A. Behrend.* 249
— **sténosante,** réalisation d'une fistule œsophagienne externe temporaire par drain en T pour son traitement. *Ph. Thorek.* 251
Œsophago-bronchiques. Voy. Fistules.
Œsophago-gastriques. Voy. Anastomoses, Fistules.
Œsophago-gastro-intestinales. Voy. Hémorragies.
Œsophago-gastrostomie transpleurale droite pour atrésie congénitale. *J. L. Madden.* 249
Œsophagoplastie avec le tube digestif. *Rudler, Lafargue* 765
— **expérimental** avec tubes aortiques. *Marcozzi* 970
— **pré-thoracique.** *Miller, Guisberg.* . 660
— —; résultats fonctionnels. *Dufour, Lafargue* et *Cabanie* 150
— **intra-thoracique** au moyen du côlon. *Camara Lopes.* 660
Œsophagoscopie pour hémorragies. *Desforges.* 531
Œsophago-trachéales. Voy. Fistules.
Œstrogènes dans le traitement du chorio-épithéliome. *L. Gagliardi.* 98
— **synthétiques** dans le cancer mammaire inopérable. *A. K. Schmauss.* . . . 334
Oléothorax; ses effets sur la fonction pulmonaire. *E. A. Gaensler.* 259
Opération de Berkow-Burger pour incontinence d'urine. *E. Secher.* 1005
— **de Blalock** pour cardiopathies congénitales; comportement des liquides extracellulaire. *G. F. Della Penna.* . . 159
Opération de Blalock avec la sous-clavière (Complications); gangrène du membre supérieur. *Watts R. Webb.* 290
— — **Potts** et **Brock** (Résultats). *Bret.* 538
— **de Brock,** 11 cas. *Sewelle, Soulié, Joly, Carlotti, Rougeulle, Nouaille, G. Vocl-Delahaye* et *M. Touche.* 160
— —; valvulotomie. *Tricerri.* . . . 976
— **de Crafoord,** 20 cas pour sténose de l'isthme aortique. *P. Santy.* . . . 353
— **d'Eden-Hybbinette.** Voy. Epaule (Luxation récidivante).
— **de Finsterer.** *Serfling.* 892
— **de Küntscher,** pour fractures de l'avant-bras. *Thomson,* 1008; *Robertson* . . 1008
— **de Terence-Millin** dans l'adénome et le cancer de la prostate. *F. Gallizia.* 189
— **de Neugebauer-Lefort;** 48 cas. *Akumada.* 1007
— **de conservation.** Voy. Sphincter anal.
Opératoires [Intra]. Voy. Hémorragies.
— **[Post].** Voy. Mortalité, Œsophagite.
***Opérés** (Surveillance). *Legrain.* . 507
Or radio-actif (Injection instertitielle) dans le cancer de la prostate. *R. H. Flocks.* 384
Orifices. Voy. Mésentère.
Os (Cavités ostéomyélitiques); traitement. *G. Bertele.* 86
— (Kyste hydatique), *Di Battista.* 964
— (Maladie de Paget); dégénérescence sarcomateuse; 4 cas. *S. de Sèze,* . 321
— (Tuberculose). *Heins May.* . . 638
— —; résultat de la streptomycine. *F. Parisel* 136
— (Tumeurs a cellules géantes). *Schajowicz.* 240
— **Articulations** (Radio-diagnostic); atlas avec illustrations. *Emeric Markovits.* 321
— **frontal** (Ostéomyélite); forme tumorale. *Pickl* 872
— **iliaque** (Plastie crânienne). *Mc Clintock.* 526
— **longs** (Fractures); enclouage par chevilles osseuses prélevées sur pièces d'amputation. *H. Schmorell* 426
— — (— et Pseudarthroses). *Scheffel.* 637
Ostéochondrite disséquante chez l'enfant. *Green* et *Banks* 637
***Ostéogénèse** dans un cas de fibrome diffus ossifiant. *L. Fruhling, Spehler* et *Wilhelm.* 821
Osteogenesis imperfecta; ses rapports avec la maladie de Lobstein. *Lo Sardo.* 321
Ostéomyélite. Voy. Bassin osseux, Branche ischio-pubienne, Ischion, Os frontal.
— **hématogène** 100 cas; pénicilline. *Waskönig* 963
Ostéomyélographie. *Pirastu.* 776
Ostéopétrose (Etiopathogénie). *Borellini.* 638

Ostéosarcome (Erreurs de diagnostic). *G. Rothe* 427
Ostéose parathyroïdienne (Opération. Guérison). *Lièvre* 656
Ostéosynthèse tibio-péronière pour pertes de substance du tibia. *L. Laurent*. . . 196
Ostéotomie primitive dans les fractures intra-capsulaires du col du fémur. *F. J. Ankner*. 484
— **de sécurité**. Voy. Diaphyses.
Ouraque (Affections); 3 cas personnels. *E. P. Carreau*. 477
Ovaire; son état dans le cancer mammaire. *Mc Manus* 533
— (Arrhénoblastome). *P. E. Hughesdon*. 1005
— —; étude du mécanisme de la masculinisation. *C. Y. Thomas*. 385
— (Carcinome); traitement par la chirurgie et la radiothérapie profonde. *H. Schmitz*. 478
— (Chorioépithéliome); puberté précoce. *Creyssel*. 911
— (Hémorragie) et invagination haustro-cœcale. *Giordanengo* 899
— (Tératomes hystiques); étude de 81 cas. *M. M. Silverman* 386
— (Tumeurs de Brenner); origines diverses. *Greene* 709
— (— homologues). *A. A. Marchetti* et *L. G. Lexis*. 190
— (— théco-cellulaires). *B. Tagliapietra*. 98
Ovariennes. Voy. Métastases.

P

Paget. Voy. Maladie.
Palais [**Fente**]. **Bec-de-lièvre** (Interventions); statistique de 70 cas. *J. Bourguet* 145
— [**Voile**] (Division congénitale); traitement chirurgical; étude de 209 cas opérés. *P. Dumas*. 146
Pancréas (Adénome kystique); synthèse et contribution clinique et histologique. *P. Tagariello* 280
— (Cancer); traitement. *Orr*. . . . 907
— —; chirurgie; 122 cas. *Clifton*. . . 570
— —; chirurgie; résultats. *Da Silva Bastos*. 571
— —; duodéno-pancréatectomie et résection de la veine porte. *Mc Dermott*. 809
— (— des cellules des îlots). *Nadal*. 570
— (Chirurgie); résultats. *Hess*. . . 572
— (Cystadénocarcinome). *Burk*. . 700
— (Cystadénome) dans son entité clinique, anatomo-pathologique et chirurgicale. *G. Marcozzi*. 474
— (Désordres); diagnostic de laboratoire. *Shingleton*. 699
Pancréas (Fonction) après sympathectomie et vagotomie. *Pfeffer*. 698
— (Ilots de Langherhans). *Ferner*. 698
— (Inclusion); obstruction pylorique. *Pernet* 890
— (Insulinome malin). *Dupérié*. . 569
— (Kystes); étude de cas publiés. *A. Sarra*. 372
— —; symptôme particulier. *J. Spotopt*. 993
— —; taux de l'antithrombine. *I. Innerfield, A. Angrist* et *J. M. Benjamin*. 186
— —; hypoglycémie par hyperinsulinisme. *Berger* 907
— —; cause d'hypersplénisme. *Harwitz*. 907
— —; chirurgie. *J. Erdely*. 88
— (— double); anastomose interne. *W. Kuhne*. 87
— (Pseudo-kystes); étude anatomo-chirurgicale. *S. Albertini*. 372
— — avec hydrothorax. *R. J. Gross*. 808
— (— traumatique). *David*. . . . 569
— (Lymphosarcome). *D. Navarro*. . 994
— (Névrose); prévention. *Popper*. . 699
— (— aiguë); traitement conservateur par blocage anesthésique. *K. Klump*. 473
— (Réticulo-sarcome primitif); contribution anatomo-clinique. *M. Zorzi*. 280
— (Sarcome); pancréatectomie totale. *H. E. Feather* et *C. L. Kuhn*. . . 186
— (— simulé) par léiomyosarcome rétro-péritonéal. *J. E. Struthers* et *H. Gauss*. 166
— (Sécrétion); effets de la banthine, de la vagotomie et de la gastrectomie sub-totale. *J. R. Thistlewaite* 86
— (Traumatismes). *A. L. Popper* et *H. Necheles*. 86
— (Tumeurs), anastomose bilio-digestive. *Zanetti* 185
— (— insulaire) avec hyperinsulinisme. *Cl. C. Blackwell*. 89
— **aberrant**; quelques cas. *Lennart Kjellman*. 473
— —; cause de syndrome duodénal. *Feldman* 568
— **annulaire**. *R. S. Silvis*. 372
— [**Tête**] (Cancer); opération radicale. *Fuchsig*. 907
— — — résection; guérison depuis 5 ans. *A. Senff* 89
— — —; survie de 5 ans après pancréato-duodénectomie. *E. M. Miller* et *Clagett*. 187
Pancréatectomie pour pancréatite chronique. *E.F. Mc Laughlin*. 808
— **totale**, ses effets métaboliques chez l'homme. *A. G. W. Whitfield*. . . . 282
— — (Effets gastriques et intestinaux). *F. J. Weigen*. 809

Pancréatectomie totale pour sarcome. *H. E. Feather* et *C. L. Kuhn*. . . 186
Pancréatico-duodénal. Voy. CANCER.
Pancréatico-duodénale. Voy. RÉSECTION.
— [**Région**] (NÉOPLASME MALIN); pancréatico-duodénectomie. *Brunschwig*. . 700
Pancréatico-duodénectomie (INDICATIONS). *C. Mathewson*. 809
— — en un temps pour cancer. *Mc Dermott* 809
— — pour cancer de la tête du pancréas et survie de 5 ans. *E. M. Miller* et *Clagett*. 187
— pour néoplasme. *Brunschwig*. . . 700
— suivie d'hémorragie massive. *Heffert*. 994
Pancréatico-kysto-viscérostomie; 5 cas étudiés. *Milone*. 475
Pancréatite; ses effets sur l'hépatocholécoque. *Caroli*. 991
— **aiguë**; étude étiologique. *M. Radakovich*. 279
— —; diagnostic et traitement. *W. E. Sullens*. 185
— —; dosage de l'antithrombine. *Innerfield* 568
— — et insuffisance post-opératoire rénale. *W. F. Renner*. 279
— —; indications chirurgicales. *Ciminata*. 473
— — (BLOCAGE DES SPLANCHNIQUES). *Dale* 906
— — (CLASSIFICATION CLINIQUE). *M. Carranetta* 993
— — (RADIODIAGNOSTIC). *Olivier* . . 569
— — **hémorragique.** *Kenwell*. . . . 699
— — **traumatique** associée à des fractures multiples. *I. Innerfield* et *F. Ciancimino*. 87
— **chronique**; diagnostic. *Von H. Fahrländer*. 474
— — et compression du cholédoque. *P. Mallet-Guy, L. Eicholz* et *R. Almasque Dedeu*. 185
— — (ANASTOMOSE BILIO-JÉJUNALE). *Portnylon*. 906
— — **calculeuse**; pancréatectomie. *E. F. Mc Laughlin*. 808
— — **récidivante** (SPLANCHNICECTOMIE GAUCHE); 52 cas. *P. Mallet-Guy*. 806
— **expérimentale**; action de la vagotomie. *Schafforzick, Ferran* et *Mc Cleery*. 87
— **récidivante** (SPHINCTÉROPLASTIE TRANSDUODÉNALE). *S. A. Jones*. 807
— **stéato-nécrotique** (INDICATIONS CONTROVERSÉES). *Tritto*. 699
Papillome. Voy. VÉSICULE BILIAIRE.
Papillostomie, comme drainage permanent des voies biliaires. *Biocca*. 183
Paraffinome. Voy. MÉDIASTIN.
Paralysie infantile. Voy. CERVEAU.
— **d'opposition.** Voy. POUCE.
Paraplégie traumatique (COMPLICATIONS GRAVES TARDIVES); méthodes chirurgicales. *A. M. Meirowsky* 326
Pariétal (KYSTE ÉPIDERMOÏDE). *Meinertz*. 872
***Parotidectomies totales élargies.** *J. C. Roux-Berger et P. Moÿse*. 122
P. A. S. pour ascite tuberculeuse. *Hamant*. 890
Patellectomie pour fractures. *A. Frank*. 819
Pathologie chirurgicale (ŒSOPHAGE, THORAX, RACHIS et SEIN). *Léger, Petit* . . . 631
Peau (CHIRURGIE PLASTIQUE). *Francillon*. 635; *Buff*. 636
— (HÉMANGIOMATOSE DIFFUSE) avec atteinte splénique. *A. Eckart*. 89
Pédicule pulmonaire (GAINES VASCULAIRES); anatomie chirurgicale. *Cordier* . . . 534
Pelvi-péritonite endométriale par kystes rompus. *Hyde Pratt, S. Huggins* et *Glenn Foust*. 191
Pénicilline pour abcès pulmonaire mycosique. *Cl. L. Graves*. 256
Pénicillinothérapie de l'ostéomyélite aiguë. *Waskönig* 963
Pénis (CANCER). *J. E. Colon*, 97; *P. B. Hudson*. 1005
Perforation. Voy. CÔLON SIGMOÏDE, ŒSOPHAGE, ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX, VÉSICULE BILIAIRE, VÉSICULE BILIAIRE ACCESSOIRE.
— **diastatique.** Voy. CÆCUM.
— **gastro-duodénales** et **Hémorragies**; traitement. *Ciancarelli*. 170
— **spontanée.** Voy. CÔLON, INTESTIN [GROS].
— **traumatique.** Voy. ŒSOPHAGE.
— **ulcéreuse gastro-duodénale** (COMPLICATION RARE). *F. Judmaier*. 169
Perfusion intra-abdominale pour ascite tuberculeuse. *Hamant*. 890
— **supra-diaphragmatique** en chirurgie intracardiaque chez le chien. *J. Kunlin*. 352
Péricarde (KYSTES). *Loehr*. 793
Péricardectomie et comportement de la pression intra-cardiaque. *Costante Bandiera*. 265
— pour péricardite constrictive. *Manzocchi*. 676
— **Décortication pulmonaire** pour péricardite constrictive avec pleurésie chronique associée. *R. H. Overholt*. 264
Péricardite chronique constrictive; étude de 20 cas. *V. A. Mc Kusick*. 458
— **constrictive.** *Dominguez Navarro*. . 886
— — et hémopéricarde. *Ehrenhakt*. 676
— — avec pleurésie chronique, traitée par péricardectomie et décortication. *R. H. Overholt* 264
— — (HYPERTENSION PULMONAIRE); signification. *Scannell*. 542
— — (PÉRICARDECTOMIE). *Manzocchi*. 676

Péricardite constrictive expérimentale; Physiopathologie. *J. P. Isaacs* 458
— **purulente**. *Menendez* 542
— — 3 cas personnels. *Ch. V. Menendez*. 264
***Périkyste** (Extirpation); méthode uruguayenne. *V. Perez Fontana*. . . 618
Péritoine (Adhérences); occlusion aiguë. *Becker* 555
— — prévention par la cortisone. *Hubay*. 680
— (Transplantation du tissu splénique). *W. Dent Wise*. 995
Péritonite biliaire après biopsie hépatique. *Haiang Leu Tseng*. 64
— — après ponction biopsie. *R. Boucher, J. Bernier, R. Lamarre* et *L. Trempe*. 177
— — consécutive à la perforation d'une vésicule accessoire intra-hépatique. *H. Wendt* 179
— — **sans perforation apparente de la vésicule**. *J. A. Boiras*. 64
— **chyleuse**. *Thompson*. 546
— — **aiguë**. *Zdenkovic* 680
— **encapsulante**; un cas. *Latteri*. . . 459
— **généralisée** par rupture d'abcès annexiels. *P. Pedowitz* et *L. B. Felmus*. . . 190
— **par perforation**; emploi du Mardabal intra-péritonéal. *H. Knoblauch*. . . 64
Persistance. Voy. Canal artériel.
Pertes de substance. Voy. Aorte, Artères, Cloison interauriculaire, Crane, Tibia.
Phéochromocytome. *Cope*. 575
— diagnostic et traitement. *C. A. Kuchn*. 374
— Voy. aussi Glandes surrénales..
Phlébographie pour le diagnostic de l'obstruction intermittente de la veine sous-clavière. *Pietro Tagariello*. 324
Phlébothrombose. Voy. Membre inférieur.
Phlegmon périnéphrétique; diagnostic par pneumo-rétropéritoine. *M. Rautureau*. 375
Pied (Gangrène) par embolie dans un anévrysme poplité. *H. W. Schega*. . . 196
Pied (Sarcome synovial). *Bodi*. . . 916
Placentaire. Voy. Thérapie tissulaire.
Plaies. Voy. Foie.
— **par coup de couteau**. Voy. Artère carotide primitive.
— **de guerre**. Voy. Vaisseaux [Gros].
— **pénétrantes**. Voy. Cœur.
— — **par arme blanche**. Voy. Poitrine.
— — **par coup de feu**. Voy. Cœur.
Plastie après épithélioma de la trachée thoracique excisé. *W. G. Cahan* . . 328
— Voy. aussi Nez.
— **cutanée**. Francillon. 635
— **cutanée**. *Francillon*, 635; *Buff*. . 636
— **iléo-colique** pour gastrectomie totale. *F. B. Mc Glone*. 981
— **à lambeau capsulaire**. Voy. Hanche.
Plastie à lambeaux tubulés dans la fermeture des fistules bronchiques. *L. Rathcke*. 441
— **reconstructive** pour sténose bronchique. *H. Métras, M. Grégoire* et *H. Longefait*. 156
— **par tube** dans le remplacement expérimental de segments réséqués. *E. F. Berman* 332
Pleurésie chronique associée à une péricardite constrictive. *R. H. Overholt*. . . . 264
— **purulente**; 100 cas chez le jeune enfant. *Marcel Long*. 973
Pleuro-pneumonectomie associée à la résection de l'hémi-diaphragme. *B. H. Cotton*. 258
Plèvre (Cancers primitifs); aspect radiologique. *Pfeifer* 791
— (Epanchement biliaire) après péritonite secondaire à une ponction-biopsie hépatique. *R. Boucher, J. Bernier, R. Lamarre* et *L. Trempe*. 177
Plexus brachial (Neurinome). *Mosetti*. 648
Plombage acrylique en collapsothérapie chirurgicale; 122 cas. *H. Joly* et *J. Villemin*. 156
— **extra-périosté** aux balles de méthylméthacrylate. *Galacteros*. 667
Pneumo-arthrographie du genou dans 80 cas de lésions méniscales. *Th. E. Keats*. 292
Pneumonectomie et modifications de la fonction pulmonaire. *E. A. Gaensler*. 259
— pour cancer bronchique. *Orie*. . . 880
— pour cancer bronchique; modifications cardio-pulmonaires. *de Coster* . . . 880
— avec évidement ganglionnaire médiastinal pour cancer. *E. Forster*. 339
— pour chorio-épithéliome chez un homme. *Guichard* 790
— pour léiomyosarcome. *Johnson*. . 880
— pour lésion post-radiothérapique grave du poumon. *Martin*. 342
— pour tuberculose. *J. Swierenga*, 257; *L. Johansson*, 337; *W. Gale*, 450; *E. B. Sive* 450
— (Séquelles tardives). *Nuboer*. . 881
— **droite** chez un malade opéré 7 ans auparavant, pour hémangiome caverneux à gauche, celui-ci récidivé à droite. *B. C. Charbon*. 255
— **élargie** pour cancer. *W. G. Cahan*. 258
— **totale** pour tuberculose. *L. D. Eerland*. 257
« Pneumonite chronique d'obstruction »; traitement chirurgical. *E. Wachs*. . . 449
Pneumorétropéritoine. *Stig. Fagerberg*. 795
— dans le diagnostic du phlegmon périnéphrétique. *M. Rautureau* 375
Pneumothorax artificiel; les effets sur la fonction pulmonaire. *E. A. Gaensler*. 259
— — **inefficace**; décortication associée à la résection. *A. O. Riley*. 338
— **extra-pleural** (Résultats éloignés) de 282 cas. *Le Foyer, Garnier*. 536

Poignet (Fractures) suivies de déformation grave et rupture tendineuse. *Herman Gladstone* 387
Poitrine (Plaie pénétrante par arme blanche); communication aorte-artère pulmonaire consécutive. *F. Cazals*. . 343
Poliomyélite (Troubles vaso-moteurs); sympathectomie. *B. Paus* 1010
Polypes. Voy. Estomac.
— **adénomateux.** Voy. Côlon, Rectum.
— **géants.** Voy. Œsophage.
— **malins.** Voy. Côlon sigmoïde, Rectum.
— **recto-coliques** (Cancer sur —). *Welch.* 560
Ponction-biopsie. Voy. Foie.
Porto-cave. Voy. Anastomose.
Portographie par voie splénique transpariétale. *Boulvin, Chevalier, Gallus* et *Nagel*, 243; *A. van Wien*, 244; *de Scoville* et *Leroux* 244
— **intra-splénique** par voie transpariétale. *A. van Wien* 244
Post-partum (Fistules vésico-vaginales du —); 34 cas en milieu africain. *M. Berlemont* 481
Potassium intra- et extra-cellulaire (Déficits en —) chez les malades chirurgicaux. *R. Elman*. 424
Pouce (Fracture de Bennett); réduction ouverte. *K. O. Gedda*. 1010
— (Paralysie d'opposition), transplantation tendineuse. *H. H. Bohr* . . . 1010
— (Reconstruction). *Merle d'Aubigné.* 715
Poumon (Abcès); thérapeutique et résultats. *J. S. Cavalcanti*. 255
— (— mycosique); action de la pénicilline et indications de la lobectomie. *Cl. L. Graves.* 256
— (Cancer); 100 cas étudiés par angiocardiographie. *I. Steinberg* et *Ch. T. Dotter.* 56
— —; radio-chirurgie. *Journée de Strasbourg*. 339, 537
— —; technique de l'évidement ganglionnaire après pneumonectomie. *E. Forster.* 339
— —; pneumonectomie élargie. *W. G. Cahan.* 258
— (— bronchique) multicentrique. *Mc Grath* 653
— (— bronchogénique); résultats du traitement. *Alton Ochsner*. 258
— (— irradié); étude anatomo-histologique et nécropsique. *C. M. Gros*, 341; *P. Oudet.* 341
— (— primitif); diagnostic précoce. *G. Bickel* et *Reutchnick* 155
— (Cavernes géantes); technique chirurgicale. *Agostini* 664
— (Chirurgie); traitement de l'hémothorax en —. *Imperati* 451
Poumon (Chorioépithéliome) et gynécomastie chez un homme. *Guichard.* . 790
— (Décortication); résultats fonctionnels. *W. C. Patton* 668
— — dans une pleurésie chronique associée à une péricardite constrictive. *R. H. Overholt* 264
— — dans la tuberculose. *J. J. Quinian.* 257
— — associée à la résection pour pneumothorax inefficace. *A. O. Riley*. . . 338
— (Embolie); angiocardiographie expérimentale. *Lochhead*. 789
— — après ligature veineuse. *W. G. Alnyan, F. H. Campbell, W. W. Shingleton* et *Clarence E. Gardner* 47
— —; ligature de la veine cave inférieure. *G. H. Pratt*. 255
— —; traitement par anticoagulants. *W. R. Merz*. 335
— (— précoce) post-opératoire. *Davis.* 972
— (Emphysème); chirurgie. *Grenshaw.* 664
— (Exploration fonctionnelle) avant et après lobectomie et résection segmentaire. *J. K. Kraan* 260
— (Fistules artério-veineuses); dissection et excision. *Parker*. 535
— (Fonctions) après décortication. *W. C. Patton* 668
— —; leurs modifications après pneumonectomie et autres opérations sur le poumon. *T. A. Gaensler*. 259
— (Hémangiome caverneux récidivé); pneumonectomie. *B. C. Charbon*. . 255
— (Ischémie); étude expérimentale; *B. Blades*. 448
— (Kyste); diagnostic et traitement. *L. D. Eerland*. 256
— (— congénital); lobectomie. *Mc Eachern.* 879
— (— hydatique); complications *Armand Ugon*. 879
— — — conception chirurgicale moderne. *G. Bendandi*. 338
— — —; chirurgie. *Fogliati Bruzzone.* 338
— — —; traitement chirurgical; étude clinique de 61 cas. *D. Spennati*. . . 157
*— — —; extirpation du périkyste, méthode uruguayenne. *V. Perez Fontana* . . 618
— (Léiomyosarcome). *E. K. Johnson.* 880
— (Lésion post-radiothérapique grave); pneumonectomie. *Martin* 342
— (Maladie kystique); polymorphisme anatomo-clinique. *F. N. Cooke*. . . 449
— (— — congénitale) et anomalies artérielles. *Fr. G. Kergin* 256
— (Pathologie et Structure). *Warembourg*. 663
— (Résection) pour bronchectasie; résultats. *Paterson*. 536
— —; indications chez les tuberculeux. *H. Joly*. 157

Poumon (RÉSECTION); 54 cas pour tuberculose [Lobectomie ou pneumonectomie]. *L. Johansson* 337
— — et thoracoplastie complémentaire pour tuberculose. *F. H. Ellis*. 337
— (— SEGMENTAIRE); exploration fonctionnelle avant et après. *J. K. Kraan*. . 260
— (STÉNOSE) dans la tétralogie de Fallot; attaque chirurgicale directe. *D. F. Downing, C. C. Fischer, Ch. P. Bailey, R. P. Glover* et *T. J. R. O'Neill*. . . . 62
— (— CONGÉNITALE); chirurgie cardiaque directe. *R. C. Brock*, 454; *J. Govaerts*. 455
— — —; valvulotomie pulmonaire. *R. C. Brock*, 454; *J. Govaerts*. 455
— (TUBERCULOSE); décortication. *J. J. Quinian* 257
— —; résultats de la thoracoplastie dans 278 cas. *W. L. Lee, S. C. H. Yang, Papoulakos, Alexander* et *Larralde*. . . . 254
— —; résultats éloignés de la thoracoplastie. *G. C. Adie, W. G. Childress, H. J. Bresing* et *D. Taylor* 253
— —; collapsothérapie par plombage sous-périosté. *Galacteros*. 667
— —; résection et thoracoplastie complémentaire simultanées. *F. H. Ellis*. 337
— —; indications de la résection. *H. Joly*. 157
— —; résection. *Rubin*, 665; *Zerbini*, 665; *E. B. Sive*, 450; *J. W. Gale*, 450; *Kelley*, 666; *A. Dumont* 878
— —; résection segmentaire. *L. D. Eerland*, 337; *Muboer*. 666
— —; lobectomie; résection segmentaire; pneumonectomie totale; 437 cas réséqués. *L. D. Eerland*. 257
— —; lobectomie et pneumonectomie dans 148 cas. *J. Swierenga*. 257
— —; exérèse. *Biancalani* 664
— —; exérèse et thoracoplastie. *De Winter*. 667
— —; lobectomie. *Forsee*. 665
— (TUMEURS BÉNIGNES); chirurgie. *Viking Olor Björk*. 339
— [PÉDICULES SEGMENTAIRES]; bases techniques nouvelles; étude personnelle de 60 cas. *G. J. Cordier* et *B. Cabrol*. 279
Pratique chirurgicale illustrée nouvelle. *J. Quénu*. 517
Pression intra-cardiaque; recherches expérimentales sur son comportement après résection du péricarde. *Costante Baundiera*. 265
— **intra-médullaire.** Voy. MÉTHODE DE KUNTSCHER.
Procaïne. Panthésin. Hydergin; leurs résultats cliniques dans la thrombose. *E. Rappert*. 434
— **intra-artérielle** dans les séquelles de traumatismes et artérites oblitérantes du membre supérieur. *Ivo Macik*. . . 291
Projectiles. Voy. CŒUR.
— **intra-cardiaques**; traitement opératoire tardif et leur déplacement embolique. *H. Zettel* et *M. G. Giebel*. 577
Prolapsus complet. Voy. RECTUM.
Prostate (ADÉNOME); opération de Térence Millin. *F. Gallizia* 189
— (CANCER); injection interstitielle d'or radio-actif [Au 198]. *R. H. Flocks*. 384
— —; surrénalectomie. *Hellström*. . 703
— —; opération de Térence Millin. *F. Gallizia* 189
— (CHIRURGIE); étude statistique de ses résultats; 866 cas. *G. Bulkley*. . 385
Prosupination (TROUBLES DE LA —) et pseudarthrose intentionnelle du cubitus. *M. Guilleminet* et *R. Lacour*. . . . 194
Prothèse. Voy. FÉMUR [TÊTE].
— **acrylique** après résection de la hanche. *Poli*, 914; *Arienti*. 914
— — Voy. aussi HANCHE (ARTHROPLASTIE).
— **au nylon** pour reconstruction de la hanche. *R. Charry*. 915
— **plastique** pour résection œsophagienne. *Bermann* 873
— **en polyuréthane.** Voy. FÉMUR.
Pseudarthrose (MÉTHODE DE PHEMISTER). *Graff*. 835
— Voy. aussi CUBITUS, FÉMUR [DIAPHYSE], JAMBE, OS LONGS.
Puberté précoce par chorioépithéliome ovarien. *Creyssel* 911
Pulpe splénique (IMAGE GIGANTO-CELLULAIRE). *Crosnier*. 908
Purpura thrombocytopénique; splénectomie. *A. P. Giannini* 282
— — **récidivant de l'Enfance**; dégradation par splénectomie. *Favre-Gilly*. . . 476
Pylore (HYPERTROPHIE) chez l'adulte. *Wallensten* 681
— (LÉIOMYOSARCOME); un cas. . . . 68
— (OBSTRUCTION) par inclusion pancréatique. *Pernet* 890
— (PROPAGATION DU CANCER GASTRIQUE). *Kühne* 892
— (STÉNOSE) avec calculs biliaires dans la paroi gastrique. *Halit Ziya Konuralp* 269

R

Rachidiens [Intra-]. Voy. NEUROFIBROMES.
Rachis (TUMEURS) chez l'enfant. *H. Hoff* 436
— (— A CELLULES GÉANTES) et compression médullaire. *P. Teng, S. W. Gross* et *Ch. M Neuman* 144
Racines cervicales (COMPRESSION); traitement chirurgical. *H. Junge*. . . . 437
— **rachidiennes** (COMPRESSION) par spondylose cervicale hypertrophique. *J. A. Epstein* et *L. M. Davidoff*. 51

Radio-Chirurgie des cancers bronchiques. *A. G. Weiss* 340
— du cancer pulmonaire. *Journée de Strasbourg*, 339; *C. M. Gros*. 341
— du cancer utérin. *Fr. L. Payne*. . 288
— du carcinome ovarien. *H. Schmitz*. 478
—. Voy. aussi SEIN (CANCER).
Radiodiagnostic des tumeurs médullaires; 70 cas. *Guido Lombardi*. 437
—. Voy. aussi PANCRÉATITE AIGUË.
— (TRAITÉ DE —). *Schinz*. 319
— —; os et articulations. *Emeric Markovits* 321
— **différentiel** (TRAITÉ DE —). *W. Teschendorf* 320
— **d'urgence**. Voy. HÉMATÉMÈSES.
Radiographie dans l'étude des synoviomes. *R. S. Sherman*. 428
Radiologie (VISUALISATION DU CANAL THORACIQUE). *Cesar Santos*. 779
—. Voy. aussi CANAL THORACIQUE, JÉJUNO-ILÉITE, PLÈVRE (CANCER PRIMITIF).
Radiomanométrie peropératoire en chirurgie biliaire; 260 observations. *Marcel Roux*. 906
Radioscopie urologique. *Gunther*. . . 704
Radiosensibilité. Voy. REIN (CARCINOME).
Radiothérapie des angiomes à l'Hôpital Universitaire de Leyde de Janvier 1946 à Mai 1949 [308 cas]. *P. J. L. Scholte*. 425
— des mélanoblastomes. *Von H. Hergarten*. 425
— des mélanomes malins. *P. H. Reitman*. 425
— des cancers du sinus maxillaire, de l'ethmoïde et des fosses nasales à la Fondation Curie. *F. Baclesse*. 438
— du cancer bronchique. *C. M. Gros*, 341; *P. Oudet* 341
— du cancer pulmonaire. *C. M. Gros*. 341
— pour cancer de l'œsophage. *Watson* et *Brown* 251
— de l'épithélioma du col utérin à la Fondation Curie [1929-1950]. *J. Baud* et *F. Blanchet* 192
—. Voy. aussi SEIN (CANCER), UTÉRUS [COL] (CANCER), UTÉRUS [COL] (ÉPITHÉLIOMA).
— **post-opératoire** après traitement chirurgical du cancer mammaire. *Bengt Fries*. 151
— **pré-opératoire**; indication et conduite générale du traitement. *Oudet*. . . 340
— — dans le cancer du sein. *L. Leger*, *P. Gibert* et *E. Wallon*, 252; *H. Welti* et *R. Huguenin* 253
— —. Voy. aussi SEIN (CANCER).
— **péri-pelvienne à 500 Kv-Radiumthérapie intra-cavitaire** dans le cancer du col utérin et leurs résultats à la Fondation Curie. *J. Baud* et *J. Courtial* 192
— **pulmonaire** (COMPLICATIONS); lésion grave. *Martin* 342
Radium (AIGUILLAGE) dans le cancer primitif de la vulve. *Von W. Mobins* . 387
Radium-Chirurgie dans le cancer du col utérin. *David W. Currie*. 386
Radiumthérapie du cancer du col utérin. *Sidney M. Silverstone*. 479
—. Voy. aussi LANGUE, UTÉRUS [COL] (CANCER).
Radius [TÊTE] (FRACTURES); traitement. *Cherry* 1008
Rate (ANÉMIE HÉMOLYTIQUE). *Knut Aas*. 702
— (ANGIOME); rupture. *Geelkerken*. . 701
— (CHIRURGIE) à la Clinique n° 1 de la Faculté de Prague [1939-1951]. *Otakar Horak* 476
— (ECHINOCOCCOSE); splénectomie. *E. Ruggeri* 810
— (HÉMANGIOMATOSE DIFFUSE) à début cutané. *A. Eckart* 89
— (LYMPHOME); un cas. *Kenneth C. Sawyer* 282
— (MALADIES); problème de la splénectomie. *S. P. Lucia*. 476
— (RUPTURE); diagnostic radiologique. *Gershon-Cohen* 475
— (— TRAUMATIQUE); transplantation du tissu splénique. *W. Dent Wise*. . . 995
— **palustre** (RUPTURE SPONTANÉE); ectomie, guérison. *Crosnier* 908
Rayons de Rœntgen (APPLICATIONS MÉDICALES); étude physique et technique. *H. Schoen*. 41
Réaction diagnostique de Nitsche par l'examen des urines dans le cancer. *A. Wuterle*. 38
— **organique** à l'agression et au choc. *H. Laborit* 319
Réanimation. Voy. CŒUR.
Récidive locale. Voy. CÔLON (CANCER), RECTUM (CANCER).
Reconstruction. Voy. HANCHE, POUCE.
Recto-colique. Voy. MÉLANOSE, POLYPE.
Rectosigmoïde (CANCER); extension intramuqueuse. *Quer, Dahlin*. 691
Recto-urétrales. Voy. FISTULES.
Rectum (ADÉNOMES) chez les alcooliques; étude sigmoïdoscopique. *Mortimer Diamond* 176
— (ANASTOMOSE SANS SUTURE). *Sauer*. 561
— (CANCER); étude statistique. *F. A. Coller*. 366
— —; extension intra-muqueuse. *Quer, Dahlin* 691
— —; résultats thérapeutiques. *Grinnell*. 690
— — de la partie haute; récidive locale. *Cole* 558
— —; chirurgie. *Edison de Oliveira*. . 558
— —; étude critique de l'exérèse élargie. *H. E. Bacon*. 274
— —; résection abdomino-anale avec conservation de la continence. *E. Ebner* . 367

Rectum (CANCER); conservation du sphincter. *Lahey*. 560
— (— **bas situé**); procédé d'extirpation élargie. *Illydio Sauer*. 466
— (CARCINO-SARCOME MÉLANIQUE). *Gabetti*. 900
— (CORPS ÉTRANGERS). *Seyffarth*. . . 690
— (ENDOMÉTRIOME); type néoplasique. *R. d'Alo*. 801
— (GRANULOMES HUILEUX) consécutifs à l'injection intra-rectale de produits à base d'huile minérale. *D. A. Susnow*. . 176
— (HÉMANGIOME CAVERNEUX). *Jaques*. 559
— (MALFORMATIONS CONGÉNITALES). *Moore*. 559
— (MÉLANOME MALIN). *S. Donald Weston*. 275
— (POLYPES ADÉNOMATEUX). *W. E. Demuth* 273
— (— MALINS); étude de quelques cas. *E. R. Fisher*, 273; *Lockhart-Mummery*. 899
— (PROLAPSUS COMPLET); chirurgie. *Brintmall* 899
— (REPLACEMENT ABDOMINO-PÉRINÉAL) pour imperforation anale. *Winkelsmith*. . 988
— (RÉSECTION); indications. *G. T. Pack*. 176
— —; irrigation du côlon terminal facilitée par artériographie per-opératoire de la mésentérique et de ses branches. *O. Goetz*. 465
— (— ABDOMINO-PÉRINÉALE). *W. B. Neal*. 987
— (TUMEUR CARCINOÏDE). *Curtice Rosser*. 78
— — —; étude de 7 cas. *M. C. Tavenner*. 274
— **et bas-sigmoïde** (CHIRURGIE). *Decker*. 987
Réduction ouverte. Voy. POUCE (FRACTURE DE BENNETT).
Reflux intestinal après anastomose du cholédoque avec le duodénum ou le jéjunum. *J. E. Musgrove* 278
Régénération. Voy. FOIE, GENOU [MÉNISQUES].
Région péri-anale (EPITHÉLIOMA MUCOÏDE). *J. F. Martin* et *M. Dargent* 177
Rein (AFFECTIONS); aortographie abdominale. *A. Palmlov*. 705
— (— CHIRURGICALES) et hypertension. *J. Mombaerts* 141
— (BLESSURES); résultats éloignés. *S. Burkert* 1001
— (CALCULS); migration exceptionnelle. *A. Loizzi*. 91
— (CANCER); essai de pronostic histologique. *M. Plauchu* et *F. Potton* 188
— (CARCINOME); radio-sensibilité. *Heinrich*. 812
— (ECHINOCOCCOSE). *P. L. Cereseto*. 1002
— (ENDOMÉTRIOSE); nouvelle entité anatomo-clinique; symptômes et pathogénie. *E. Blum* et *L. Fruhling*. 19
Rein (FONCTIONS) après ligature de la veine cave inférieure. *O. Mantero*. . . . 375
— (INNERVATION) et sympathectomie. *Z. M. Asfoury* 375
— (INSUFFISANCE POST-OPÉRATOIRE) dans une pancréatite aiguë. *W. F. Renner*. 279
— (KYSTES); diagnostic. *Torfium Deustad*. 378
— (LÉIOMYOME MALIN). *F. Minissale*. 378
— (TRANSPLANTATION) pour urémie expérimentale. *Lefebvre* 575
— (TUBERCULOSE); étude du foyer primaire cortical. *Hartwig Eufinger*. . . . 377
— —; indications. *C. Semb*. 812
— —; néphrectomie partielle. *Petkovic*. 910
— (TUMEURS); anatomo-pathologie; symptomatologie. *O. A. Nelson*. 285
— (— MALIGNES); diagnostic chez l'enfant. *Huguenin* 910
— — —; opérabilité. *W. Stotz*. . . . 447
— (— DE WILMS); rupture traumatique. *B. Levant* et *B. J. Feldman*. . . . 92
— (VASOGRAPHIE) en série. *E. Vogler*. 811
— **droit** (CHIRURGIE); blessure du duodénum. *J. W. Schwartz*. 376
— **en fer à cheval** (CALCULOSE); fusion des deux reins par le pôle supérieur. *d'Alessandro* 376
— — (CHIRURGIE). *Macquet*. 705
— **polykystique** (CANCER). *Johnson*. . 705
— — **anurique**; chirurgie conservatrice. *A. Ciminata*. 378
— **surnuméraire bilatéral** avec abouchement extra-vésical des uretères surnuméraires. *R. Budnick* 284
— [**Loge**] (TUMEURS); casuistique. *K. Sickinger*. 284
— [PÔLE SUPÉRIEUR] (KYSTES MÉDULLAIRES CALCULEUX); rénovasographie suivie de néphrectomie. *C. F. Alken*. . . . 286
Réinnervation. Voy. TRANSPLANT THYROÏDIEN.
Relaxation. Voy. DIAPHRAGME.
Réno-colique. Voy. FISTULE.
Réno-gastro-épiploïque. Voy. ANASTOMOSE.
Réno-vasographie dans le diagnostic de l'hypernéphrome. *C. E. Alken*. . . 285
— avant néphrectomie partielle dans un cas de kystes médullaires calculeux du pôle supérieur du rein. *C. F. Alken*. 286
Réparation plastique. Voy. VOIE BILIAIRE PRINCIPALE.
— **primitive.** Voy. TENDONS.
Replacement abdomino-périnéal. Voy. RECTUM.
Résection. Voy. AORTE THORACIQUE, AORTE THORACIQUE DESCENDANTE, CÔLON GAUCHE, ESTOMAC, FÉMUR, FOIE, GENOU, HANCHE, ISCHION (OSTÉOMYÉLITE), ŒSOPHAGE, POUMON, RECTUM, TRACHÉE, VEINE PORTE.
— **reconstruction.** Voy. HANCHE.

Résection abdomino-anale avec conservation dans le cancer rectal. *E. Ebner* . . 367
— **abdomino-périnéale.** Voy. RECTUM.
— **bilatérale.** Voy. VEINE JUGULAIRE INTERNE.
— **transdiaphragmatique.** Voy. HÉPATOME MALIN.
— **diaphysaire.** Voy. SYNDROME DE VOLKMANN.
— **étendue.** Voy. INTESTIN GRÊLE.
— **pour exclusion.** Voy. ESTOMAC.
— **massive.** Voy. INTESTIN GRÊLE.
— **pancréatico-duodénale** pour cancer. *Smith.* 571
— — pour tumeur ampullaire. *V. Principe.* 281
— **partielle.** Voy. ŒSOPHAGE THORACIQUE.
— **segmentaire.** Voy. POUMON (TUBERCULOSE).
Ressuscitation. Voy. CŒUR.
Rétablissement physiologique. Voy. CONTINUITÉ APRÈS GASTRECTOMIE.
Réticulo-histiocytome. Voy. ESTOMAC.
Réticulo-sarcome. Voy. CAECUM.
— **primitif.** Voy. PANCRÉAS.
Rétrécissement. Voy. AORTE, AORTE [ISTHME], VALVULES MITRALES, VOIE BILIAIRE PRINCIPALE.
— **bénin.** Voy. VOIES BILIAIRES.
— **cicatriciel.** Voy. ŒSOPHAGE.
— **post-opératoire.** Voy. VOIES BILIAIRES.
Revascularisation. Voy. MYOCARDE.
Rœntgenuroscopie. *Gunther.* 704
Rotule (FRACTURES); patellectomie. *A. Frank* 819
Rupture. Voy. DISQUES INTERVERTÉBRAUX, ESTOMAC, ŒSOPHAGE, RATE, TENDON BICIPITAL INFÉRIEUR, TENDONS EXTENSEURS DES DOIGTS.
— **complète.** Voy. BRONCHES.
— **sous-cutanée.** Voy. URETÈRE.
— **rétro-péritonéal.** Voy. DUODÉNUM.
— **spontanée.** Voy. CICATRICE DE LAPAROTOMIE, ŒSOPHAGE, RATE PALUSTRE, VESSIE.
— **traumatique.** Voy. BRONCHES, TUMEURS DE WILMS.

S

Sacro-coccyx (CHORDOME). *Littman.* . 875
Sacrum (CHORDOME), *O. de Lutto.* . . 99
*— (FRACTURES TRANSVERSALES). *A. Sicard* et *J. Natali.* 930
— **et Coccyx** (ABSENCE CONGÉNITALE). *Katz.* 912
Sanguine. Voy. FORMULE.
Sarcomatose dans la maladie de Paget. *S. de Sèze* 321
Sarcome (ERREURS DE DIAGNOSTIC). *G. Rothe.* 427
Sarcome. Voy. aussi LANGUE, MEMBRES [PARTIES MOLLES], PANCRÉAS, SEIN, SYNOVIALES ARTICULAIRES.
— **de Kaposi**; un cas avec manifestation viscérale unique. *B. Sherwin.* 357
— **des muscles et des coulées conjonctives des membres.** *J. Ducuing, Estrade, Mallecaze* et *Planel* 136
— **primitif.** Voy. ŒSOPHAGE, VÉSICULE BILIAIRE.
— **simulé.** Voy. PANCRÉAS.
— **synovial.** Voy. PIED.
Sclérodermie; clinique et traitement. *Zettel*, 871; *Evans.* 871
Sclérose. Voy. GLANDES SURRÉNALES.
Sécrétion. Voy. PANCRÉAS.
Sein (ADÉNOME); écoulement du mamelon. *Moulonguet* 532
— (AMPUTATION ÉLARGIE); angiosarcome après lymphœdème secondaire. *M. Jassner, Fr. G. Zak* et *Ch. R. Rein* 152
*— (— LARGE) avec ablation des muscles pectoraux et triple curage mammaire interne, sous-claviculaire et axillaire. *Henri Redon* et *J. Lacour.* 197
— (CANCER). *Donhauser* 971
— —; analyse statistique de 1 056 cas observés [1918-1947]. *Shimkin, Lucia, Stone* et *Glenn Bell.* 252
— —; état des ovaires. *G. Mc Manus.* 533
— —; diffusion par les lymphatiques mammaires internes. *Giacomelli* 533
— — avec métastases axillaires après traitement par stilbœstrol chez l'homme. *G. Y. Graves* 333
— —; métastases ovariennes. *J. Jaki* et *B. Korpassy.* 50
— —; étude chirurgicale de 136 cas. *J. J. Zellinger.* 334
— —; radiothérapie. *Gershon-Cohen.* 788
— —; radiothérapie pré-opératoire. *L. Leger P. Gibert* et *E. Mallon*, 252; *H. Welti* et *R. Huguenin*, 253; *Ash.* 972
— —; radiochirurgie; résultats. *Sluis.* 661
— —; intervention suivie de radiothérapie post-opératoire. *Bengt Fries.* . . . 151
— —; surrénalectomie. *Huggins* . . 704
— —; récidive locale après traitement chirurgical. *E. W. Demaree.* 151
— (—. TUBERCULOSE). *Mineo* . . . 661
— (— AVANCÉ); surrénalectomie et ovariectomie. *Ch. Huggins.* 1000
— (— INFECTÉ); rapport de 20 cas. *S. Milton-Chris.* 448
— (— INOPÉRABLE); indication des hormones folliculaires et des œstrogènes. *A. K. Schmauss.* 334
— (— UNILATÉRAL); résultats opératoires. *Stuart W. Harrington* 56
— (CYSTOSARCOME PHYLLODE). *Stephenson.* 660

Sein (Lésions bénignes); confrontation anatomo-clinique. *U. Ducuing* 447
— — —: potentiel dégénératif. *Ducuing*. 971
— (Maladie de Paget) chez l'homme. *E. L. Sarason*. 333
— (Sarcome); 16 cas. *P. Cogniaux*. 788
Semeiologie chirurgicale (Tête, Cou, Thorax, Racbis, Bassin osseux et Membres). *A. Sicard*. 633
— — **élémentaire**. *Y. Bourde*. . . . 633
Septicémie streptococcique et anévrysme artério-veineux traumatique. *M. H. Williams*. 242
Septum inter-auriculaire (Orifices); obturation. *Strun*, 883; *Gross*. 883
— **interventriculaire** (Défauts); correction. *C. P. Bailey* 792
Séquelles tardives. Voy. Pneumonectomie.
Sérum sanguin (Épreuve de la fluorescence) pour diagnostic précoce. *H. Przemek* et *U. Krause*. 38
Shunt artério-veineux pour arythmie complète. *Fontaine* 524
— **en polythène** après greffes aortiques. *Hardin* 523
Sigmoïdoscopie dans l'étude des adénomes du rectum et du sigmoïde chez les alcooliques. *Mortimer Diamond* 176
Sinus maxillaire (Cancer); radiothérapie; 10 guérisons sur 21 cas. *F. Baclesse*. 438
— — **Ethmoïde. Fosses nasales** (Cancer); classification et résultats de la radiothérapie à la Fondation Curie. *F. Baclesse*. 438
Situs inversus. Voy. Viscères.
Soins pré et post-opératoires. Voy. Glandes surrénales.
Sonde de Miller-Abbou avec A. C. T. H. dans l'iléus post-opératoire. *M. Andersen*. 363
Sphincter anal (Opérations de conservation) dans le cancer rectal. *Lahey*. 560
Sphinctéroplastie transduodénale pour pancréatite. *S. A. Jones*. 807
Sphinctérotomie pour dyskinésies biliaires. *L. J. Lesser* et *Ralph Colp*. 83
Splanchnicectomie gauche pour pancréatite. *P. Mallet-Guy*. 806
— **thoraco-lombaire**; son influence sur la mortalité par affection cardio-vasculaire hypertensive. *R. H. Smithwick*. . . 243
Splénectomie: pratique et conséquences. *H. C. Edwards* 283
—: résultats dans 140 cas consécutifs. *E. M. Miller* et *Hagedorn*. 187
— pour échinococcose. *E. Ruggeri*. 810
— dans les maladies de la rate. *S. P. Lucia*. 476
— pour anémie hémolytique. *Feldmen*. 573
— [illegible]émie myéloïde. *Stefanovic*. 573
— [illegible]se splénomégalique. *Bousser*. 574
Splénectomie dans le purpura thrombocytopénique. *A. P. Giannini*. 282
— pour purpura thrombocytopénique récidivant de l'enfant. *Favre-Gilly*. . . 476
— pour rate splénique rompue. *Crosnier*. 908
Splénoportographie transpariétale. *Abeatici*. 573
Spléno-rénale. Voy. Anastomose.
Spondylose cervicale chronique hypertrophique avec compression de la moelle et des racines. *J. A. Epstein* et *Leo M. Davidoff*. 51
Sports (Accidents et Lésions). *Breitner*. 637
Squelette (Aspect radiologique); ses variations dans le myélome. *Saül Heiser*. 427
Stéatonécrose sous-cutanée multiple. *Valentino*. 961
Sténose. Voy. Ampoule de Vater, Artère pulmonaire, Bronches, Cardia, Infundibulum, Jéjunum, Larynx, Œsophage, Œsophage thoracique, Poumon, Pylore, Uretère, Valvules mitrales.
— **aorto-pulmonaire orificielle**; traitement chirurgical par excision valvulaire suivie de prothèse sous contrôle de la vue. *R. S. Litwak* 453
— **par caustiques**. Voy. Estomac.
— **chirurgicale**. Voy. Artère pulmonaire.
— **cicatricielle par caustiques**. Voy. Œsophage.
— **congénitale**. Voy. Aorte [Isthme], Artère pulmonaire, Duodénum, Poumon.
— — **et acquise**. Voy. Valvules aortiques, mitrales et pulmonaires.
— **post-hépatique**. Voy. Veines.
— **mitrale** (Chirurgie). *E. Harken*, *L. Dexter*, *L. B. Ellis*, *R. E. Ferrand* et *J. F. Dickson*. 58; *F. H. Mills*, *J. K. Maddox*, *A. B. Blacket* et *A. J. Palmer*. 58
— **œsophago-gastrique** par ingestion de caustique. *J. Lois Perales*. 444
— **post-opératoire**. Voy. Canal cholédoque, Voies biliaires.
— **pure**. Voy. Artère pulmonaire.
— **valvulaire**. Voy. Artère pulmonaire.
Sternotomie médiane; pour goitre. *J. M. Dorsey*. 877
Sternum (Tumeurs), *F. Perussi*. . . 788
Stewart-Trèves. Voy. Syndrome.
Stilbœstrol (Complications); cancer du sein chez l'homme. *G. Y. Graves*. . . . 333
Streptococcique. Voy. Septicémie.
Streptomycine dans la tuberculose osseuse. *F. Parisel*. 136
Strumectomie (Avenir des paralysies récurrentielles après —). *E. Beck*. 52
Substances antimitosiques dans les tumeurs malignes; expérimentation et résultats. *H. Köhler*. 135

Surrénalectomie pour artérite. *Ducuing.* 578
— pour cancer du sein. *Huggins.* . . 704
— pour cancer prostatique. *Hellström.* 703
— pour tumeurs. *G. F. Cahill.* . . . 999
— (Observations nouvelles). *J. Hartwell Harrison.* 1001
— **et ovariectomie** pour cancer mammaire. *C. Huggins.* 1000
— **totale bilatérale** dans l'hypertension maligne et la néphrite chronique. *J. H. Harrison, G. W. Thorn* et *M. G. Criscitiello.* 91

Suture. Voy. Moelle épinière.

Sympathectomie pour artérite. *Ducuing.* 578
— pour troubles vasculaires périphériques. *Hendrick* 965
— et innervation du rein. *Z. M. Asfoury.* 375
— avec ligature cave inférieure. *Wiringer.* 882
— **lombaire**; ses limites dans l'artérite sénile; résultats précoces dans 100 cas successifs. *Glenn Smith, M. Gullickson* et *D. A. Campbell.* 45
— — pour troubles vasculaires périphériques. *Kirtley* 869
— — pour troubles vaso-moteurs. *B. Paus.* 1010
— — ses effets sur le testicule et la surrénale. *W. Weidenmann* 477
— **thoraco-lombaire** et fonction pancréatique. *Pfeffer* 698

Symptôme complexe pérityphlique dans l'ostéomyélite du bassin. *Brückner.* 913

Syndrome d'Albright et compression médullaire. *P. Teng, S. W. Gross* et *Ch. M. Newman* 144
— **après cholécystectomie.** *D. V. Troppoli.* 990
— **de Cushing** (Chirurgie surrénale). *E. F. Poutasse* 998
— — (Rémission) après hémiadrénalectomie. *Kupperman.* 703
— **de « dumping »** (Hypoglycémie et jéjunite). *Hirschberg* 685
— **duodénal** par pancréas aberrant. *Feldman.* 568
— **« gastro-iléostomie ».** *L. Sin* . . . 173
— **précoce** des gastrectomisés. *W. M. Capper,* 360; *T. J. Butler* 360
— **de Stewart-Trèves** secondaire aux amputations élargies du sein. *M. Jessner, F. G. Zak* et *Ch. R. Rein.* 152
— **de Volkmann** (Résection diaphysaire). *R. Fontaine.* 1009

Syndromes abdominaux aigus; diagnostic par urographie intra-veineuse. *J. Gibert, J. Marion et H. Gilbertas.* 167
— **cholédociens ou pseudo-cholédociens**; résultats chirurgicaux. *C. Popovici.* . 805

Syndromes douloureux. Voy. Charnière lombo-sacrée.
— — après cholécystectomie, traités par vagotomie. *E. P. Coleman.* 370
— — **post-opératoires gastriques.** *L. Bracco.* 685

Synovectomie totale ou sub-totale au cours des arthrites non spécifiques. *J. Kroh.* 43

Synoviales articulaires (Sarcome). *Stanley R. Maxeiner* et *B. H. Mc Laughlin.* 43
— — —; étude clinique et anatomo-pathologique. *W. Hage* 42
« Synoviomes »; étude radiographique. *R. S. Sherman* 428

Syphilis. Voy. Estomac.

Système cardio-vasculaire (Affection hypertensive); influence de la splanchnicectomie sur la mortalité. *M. H. Smithwick.* 243
— **nerveux central** (Chordomes); expérience de 13 cas. *J. L. Poppen* et *A. B. King.* 143
— **veineux coronaire** (Artérialisation) pour la revascularisation du myocarde. *M. L. Kim* 348

T

Technique des deux équipes pour résection abdomino-périnéale. *W. N. Neal* . 987
— **de Longmire-Sandford modifiée.** *Bonilla-Naar.* 991
— **de Milch.** *Manzi* 713
— **et Tactique chirurgicales.** Voy. Voies biliaires.

Tendon bicipital inférieur (Rupture). *H. Schjelderup.* 290

Tendons (Réparation primitive). *Jennings.* 639
— **extenseurs des doigts** (Rupture) après fractures du poignet, suivies de grosses déformations. *Herman Gladstone.* . 387

Ténosynovites. Voy. Main.

Tératomes kystiques. Voy. Ovaire.

Territoire liéno-hépatique (Hémodynamie). *Abeatici.* 692

Testicule; effets de la sympathectomie lombaire sur le —. *W. Weidenmann...* 477
— (Tumeurs homologues). *A. A. Marchetti* et *L. G. Lexis.* 190
— (— (Tumeurs malignes) chez l'enfant et le nourrisson. *W. Pfarschner.* . . . 384

Tétanie post-opératoire; 40 cas traités. *Wijnbladh.* 783

Tétanos; étude clinique et statistique de 141 cas; traitement. *Livio Casorzo.* 423
—; traitement par le curare. *P. Mellin.* 423
— après gastrectomie. *Hébraud.* . . 895
— (Complications); fractures vertébrales. *B. Follmer* 50
— (Guérison); hibernation et curare. *Boudin.* 635

Tétanos (Hibernation artificielle). *Aoustin, Couailler, Gaspar* et *Muhlethaler.* 39

gravissime; (Hibernation artificielle). *P. Mollaret, R. Bastin, J. J. Pociludo* et *Fr. Besançon* 39

- **splanchnique** simulé par Anurie post-abortum. *Derot* 962

Tétra-iodophénolphtaléine; irradiation directe du cancer hépato-biliaire. *Copher.* . . 564

Tétralogie de Fallot et sténose pulmonaire. *D. F. Downing, C. C. Fischer, Ch. P. Bailey, R. P. Glover* et *T. J. E. O'Neill.* 62

- ; traitement chirurgical. *F. d'Allaines.* 344

Thérapie tissulaire placentaire. *Saita.* 961

Thoraco-phréno-laparotomie pour hernie diaphragmatique. *Lagache.* 678

Thoracoplastie; ses effets sur la fonction pulmonaire. *E. A. Gaensler.* . . . 259

– pour tuberculose pulmonaire. *G. C. Adie, Childress, Bresing* et *D. Taylor.* . . 254

— ses résultats pour tuberculoses; 278 cas. *W. L. Lee, S. C. H. Yang, Papoulakos, Alexander* et *A. Larralde.* 254

— (Rapports avec exérèses) dans la tuberculose pulmonaire. *De Winter.* . . 667

— **complémentaire** de la résection pulmonaire pour tuberculose. *F. H. Ellis.* 337

Thorax (Chirurgie). *J. Johnson.* . . 334

— (Tumeurs) d'origine nerveuse. *M. Kostic.* 335

— **en entonnoir.** *King,* 661; *Lindskog.* 662

— [**Cavité**] (Tumeurs trachéales); techniques d'ablation. *Clagett.* 653

— [**Paroi**] (Hémangiome caverneux) avec fistule artério-veineuse. *T. Takaro* et *Theron Clagett* 253

Thrombo-angéite oblitérante; méthodes thérapeutiques. *L. E. Puech Leao.* . . 432

Thrombo-embolie; traitement anticoagulant. *W. Clotens* 434

– **post-opératoire** de 1940 à 1948. *Aldersten Jensen* 645

Thrombophlébite (Occlusion d'origine veineuse). *North.* 646

— Voy. aussi Membre inférieur.

Thrombose; traitement nouveau. *E. Rappert.* 139

—; traitement par anticoagulants. *W. R. Merz,* 335; *Mills* 524

—; traitement par procaïne, pauthésin et hydergin. *E. Rappert.* 434

— Voy. aussi Aorte [Bifurcation], Aorte abdominale, Aorte terminale, Mésentère.

– **mésentérique**; un cas guéri. *E. Kruger.* 64

- **veineuse** en chirurgie; étude statistique de 185 cas. *J. Westermeyer.* 433

— (Complications); gangrène des extrémités. *H. Ellegast.* 433

Thrombose veineuse (Dicoumarol ou dérivés); accidents. *G. Giraud* 324

Thymectomie pour myasthénie. *R. T. Ross.* 330; *Schwab.* 530

Thymus (Tumeurs); 5 cas personnels et revue générale. *E. R. Fisher.* 442

— —; variété rare. *Nolton H. Bigelow.* 330

Thyroïdectomie totale pour cancer papillaire. *Macdonald* 969

Thyroïdisme [**Hyper**]. Voy. Hyperthyroïdisme.

Thyrotoxicose (Matériel chirurgical). *Edlung* 655

Tibia (Pertes de substance); ostéosynthèse tibio-péronière. *L. Laurent* 196

— **et Péroné** (Transplantation) pour le fémur. *G. Dixon* 819

Tissu splénique (Transplantation) après rupture. *W. Dent Wise.* 995

— **thyroïdien** (Transplantation). *Kuhne.* 877

Tissus mous (Altérations intra ou periarticulaires); démonstration radiologique *G. H. Melot.* 428

Trachée (Chirurgie plastique reconstructrice). *P. W. Gebauer.* 329

— (Myxochondrome). *Byron H. Evans.* 328

— (Résection); pour cancer. *Cotton.* 653

— **thoracique** (Epithélioma); excision suivie de réparation par plastie de fascia lata doublée de gaze de tantale. *W. G. Cahan.* 328

Trachéo-œsophagiennes. Voy. Fistules.

Tractus gastro-intestinal (Léiomyosarcome). *Ch. B. Ripstein.* 796

— — **supérieur** (Hémorragie massive) par hernie du hiatus. *L. W. Ide* et *R. Mc Daniel.* 166

Traité de diagnostic différentiel radiologique. *W. Teschendorf* 320

— **de diagnostic radiologique.** *Schinz.* 319

Trajets fistuleux (Cancérisation). *Was König* 863

Transit colique et iléo-colique (Rétablissement) par la méthode de Pouchet dans le cancer du côlon droit. *Annibal Luz.* 465

Transplant thyroïdien (Réinnervation). *Kuhne* 877

Transplantations. Voy. Rein, Tibia et péroné, Tissu thyroïdien.

— **musculaire.** Voy. Deltoïde (Paralysie).

— **tendineuse.** Voy. Pouce (Paralysie d'opposition).

— **de tissu splénique.** Voy. Péritoine.

Transposition. Voy. Artères, Côlon, Vaisseaux [Gros], Veines pulmonaires.

Traumatique. Voy. Chylothorax.

Traumatismes. Voy. Crâne, Membre inférieur, Moelle épinière, Pancréas.

Traumatismes fermée. Voy. Crane.
Trilogie de Fallot; physio-pathologie post-opératoire; étude de 9 cas après valvulotomie pulmonaire. *P. Soulié*. . . . 345
— — (Diagnostic). *Provenzale*. . . 668
Trophoblastomes gravidiques et bénins. *H. et M. Hinglais*. 1006
Troubles. Voy. Vaisseaux périphériques.
— **duodénaux** après intervention sur la vésicale. *C. Hammesfahr* 470
— **vaso-moteurs**. Voy. Poliomyélite.
Tube digestif pour œsophagoplasties. *Rudlee, Lafargue* 765
— — (Tumeurs neurogènes). *R. Pape*. 797
— —. Voy. aussi Œsophagoplastie.
— **gastrique** pour rétablissement de la continuité après œsophagectomie. *I. Boerema*. 251
Tuberculome. Voy. Médiastin.
Tuberculose. Voy. Appareil génital de la femme, Appareil génito-urinaire, Articulation tibio-tarsienne, Articulations, Estomac, Genou, Glandes surrénales, Os, Poumon, Rein.
— **et cancer**. Voy. Estomac.
— **osseuse et articulaire**. *Heinz May*. 638
Tumeurs (Cytodiagnostic); cancer bronchique. *Gattner* 790
—. Voy. aussi Ampoule de Vater, Bassinet, Cardia, Cœur, Cordon spermatique, Corpuscule carotidien, Cou, Diaphragme, Estomac, Foie, Ganglion de Gasser, Glande parotide, Glandes surrénales, Glandes surrénales [Corticale], Glomus jugulaire, Granulosa ovarienne, Intestin grêle, Langue, Médiastin, Moelle épinière, Pancréas, Rachis, Rein, Rein [Loge], Sternum Thymus, Uretère, Ventricules cérébraux [III^e].
— **atypiques**. Voy. Glande parotide.
— **bénignes**. Voy. Œsophage, Poumon, Voies biliaires.
— — **intra-murales**. Voy. Œsophage.
— **de Brenner**. Voy. Ovaire.
— **caeco-coliques** et invagination. *Von H. Garbsch*. 465
— **à cellules géantes**. Voy. Os, Rachis.
— **carcinoïdes**; 38 cas. *Fareman*. . . 630
— — Voy. aussi Rectum.
— **chromaffines** et hypertension. *G. Lumb*. 325
— **génitales** simulées par lymphosarcome. *Bussallen* 889
— **glomiques**. *Gander* 630
— **homologues**. Voy. Ovaire, Testicule.
— **insulaires**. Voy. Pancréas.
— **lymphatiques**. Voy. Intestin grêle.
— **malignes**; expérimentation et résultats du traitement par substances antimitosiques. *H. Köhler* 135
Tumeurs malignes. Voy. aussi Diverticule de Meckel, Duodénum, Foie, Rein, Testicule.
— **métastatiques secondaires**. Voy. Membre inférieur.
— **myo-vasculaires**. *Gander*. 630
— **nerveuses**. Voy. Estomac.
— **neurogènes**. Voy. Tube digestif.
— **pancréatico-duodénales** (« Entité chirurgicale »), à propos d'un cas de résection d'un cancer de la tête du pancréas guéri depuis 5 ans. *A. Senff*. . . . 89
— **papillaires uniques**. Voy. Vessie.
— **polypoïdes**. Voy. Côlon [Segment inférieur], Intestin grêle 284
— **primitives**. Voy. Epididyme, Naso-pharynx, Uretère.
— **intra-rachidiennes**; symptôme, diagnostic et résultats thérapeutique; statistique de 101 cas. *K. Nittner*. 327
— **périrénales**; 2 cas. *K. Sickinger*. 284
— **théco-cellulaires**. Voy. Ovaire.
— **endo-thoraciques** d'origine nerveuse. *M. Kostic*. 335
— **trachéales**. Voy. Thorax [Cavité].
— **de Wilms** (Rupture traumatique). *B. Levant* et *B. J. Feldman*. 92

U

Ulcérations post-opératoires. Voy. Intestin.
Ulcères. Voy. Duodénum, Estomac. Œsophage.
— **aigus**. Voy. Estomac.
— **dégénérés**. Voy. Estomac.
— **gastriques** (Gastrectomie); statistique de 100 cas. *J. Sénèque, Debray, Pergola* et *Housset*. 917
— — **hémorragiques**; 223 cas. *B. O. Rosenak*. 795
— **gastro-duodénaux**; aspects chirurgicaux. *Lester. R. Dragstedt* 459
— —; traitement chirurgical; étude de 219 cas opérés. *M. Bjorneboe, H. Faber O. Mikkelsen* et *E. Tobiassen*. . . 66
— — résultats éloignés de la gastrectomie. *A. Drablos, V. Linden* et *P. Skjelbred*. 72
— — résultats éloignés de la gastrectomie; 100 cas. *D. Lazar*. 462
— — (Gastrectomie sub-totale); mortalité et résultats. *Berg*. 894
— — (Grandes hémorragies); chirurgie. *Cavina* 548
— — (Hémorragies massives); traitement chirurgical. *Frank Glenn* et *Ch. Harrison*. 65
— — **hémorragiques**; 100 cas. *Morris Binder*. 459
— — (Perforation). *Alexander Lyall*. 548; *Diethelm* 891
— — **perforés** (500 cas). *Anderson Bonar* et *David J. Livingstone* 66

Ulcères gastro-duodénaux perforés; traitement chirurgical; résultats immédiats. *A. Acquati* 65
— — —; gastrectomie d'urgence. *M. Xhigne.* 170
— — — (Complications rares). *F. Judmaier*. 169
— **hémorragiques.** Voy. Estomac.
— **multiples primitifs.** Voy. Jéjunum.
— **peptiques**; vagotomie. *I. F. Stain* et *Karl A. Meyer* 66
— — Voy. aussi Duodénum, Estomac, Œsophage.
— — **chroniques.** Voy. Estomac.
— — **perforés.** Voy. Diverticule de Meckel.
— **perforés**; 200 cas. *Alexander Lyall.* 548
— — (Chirurgie ou Conservation). *Chamberlain* 681
— — Voy. aussi Estomac.
Umbradil visqueux U pour uréthrographie. *L. Morales* 814
Urémie (Transplantation rénale). *Lefebvre*. 575
Uretère (Cancer primitif). *Petkovic.* . 911
— (Chirurgie plastique chez l'enfant). *J. K. Ormond*. 380
— (Greffe iléale). *Forel*. 1003
— (Implantation colique) dans l'exstrophie vésicale. *Bocchetti*. 1004
— (— intestinale). *David Annis*. . 1003
— (Rupture sous-cutanée). *Gentil Martins*. 911
— (Sténose) au cours du cancer utérin. *R. Ubelhor* 94
— (Tumeurs); casuistique. *H. Natush.* 379
— (— primitives). *P. Gausa* 380
— **rétro-cave**; diagnostic pré-opératoire. *A. Dufour* 706
— —; section de la veine cave inférieure. *Mc G. Cathro*. 94
— **surnuméraire** (Abouchement extra-vésical) dans un cas de rein surnuméraire bilatéral. *R. Budniok*. 284
Uretéro-colique. Voy. Anastomose.
Uretéro-cystonéostomie pour fistule uretéro-vaginale; résultats et reflux vésico-uretéral. *G. Nicolich*. 95
Uretéro-intestinale. Voy. Anastomose.
Uretéro-néocystostomie; ses résultats. *Sava Petkovic*. 381
Uretéro-sigmoïdostomie. *C. D. Creevy.* 708
—; absorption intestinale. *Creevy* . . 1004
Uretéro-vaginale. Voy. Fistule.
Urètre (Cancer primitif) chez l'homme. *E. Lino*. 97
— **périnéal** (Myoblastome). *Gunnar Thorsrud*. 190
Uréthrographie (Moyen de contraste visqueux hydro-soluble). *L. Morales*. 814
Urographie intra-veineuse dans le diagnostic des syndromes abdominaux aigus. *J. Cibert, J. Marion* et *A. Gilberton*. . . 167
Utérus (Cancer) et sténose uretérale. *R. Ubelhor* 94
— —; radiations et chirurgie; étude de 215 cas. *Fr. L. Payne* 288
— (Chorio-épithéliome); traitement par œstrogènes. *L. Gagliardi* 98
— [Col] (Biopsie) pour cancer in situ. *Hoffman* 912
— — (Cancer); évolution ganglionnaire latéro-pelvienne. *P. Moulonguet*. . 717
— — —; tumeurs métastatiques secondaires du membre inférieur, au cours de son évolution. *M. Dargent*. 480
— — —; traitement. *Hideo Yagi*. . 710
— — —; traitement au stade I. *S. Laborde*. 192
— — —; traitement par N^3H intra-artériel. *Cromer, Bateman, Berry, Kennelly, Klepp* et *Platt*. 193
— — —; 1 374 cas traités au Centre anticancéreux de Lyon. *M. Dargent, P. Ponthius, L. Eicholz* et *P. Rochet*. . . 191
— — —; radiothérapie. *Del Regato*. 815
— — —; rœntgenthérapie à 500 kV et ses résultats. *J. Baud* et *P. Courtial*. 192
— — —; rœntgenthérapie péripelvienne à 500 kV assossiée à la radiumthérapie intra-cavitaire à la Fondation Curie. *J. Baud* et *J. Courtial*. 192
— — —; radium-chirurgie associés. *David W. Carrie*. 386
— — —; radiumthérapie. *Mac Donald Bonebrane*. 815
— — —; radiumthérapie par un nouveau colpostat. *Sidney M. Silverstone*. . 479
— — —; causes de la mort chez les malades traités. *D. G. Morton*. 479
— — (— pré-invasif). *Greene* . . . 710
— — (— récidivé); traitement. *H. Zacherl*. 480
— — (— in situ); biopsie; 4 152 cas. *Hoffman* 912
— — (Epithélioma); radiothérapie à la fondation Curie. *Baud*. 713
— — — au cours de la gestation et traités par radiothérapie à la Fondation Curie [1929-1950]. *J. Baud* et *F. Blanchet*. 192
— [— **restant**] (Epithélioma); résultats de la curie-rœntgenthérapie associée dans 124 cas à la Fondation Curie [1919-1944]. *J. Baud* 193
— [**Corps**] (Cancer); biopsie par aspiration. *P. Guilhem* 710
— — —; rôle de la curiethérapie intra-cavitaire chez les malades traités à la Fondation Curie [1919-1946]. *J. Baud*. 479
— — —; opération. *Nordlander*. . . 1003

V

Vagin (CANCER); traitement par N²H intra-artériel. *Cromer, Bateman, Berry, Kennelly, Klopp* et *Platt*. 193
— (— PRIMITIF). *Messelt* 577
— (LÉSIONS MALIGNES); cytodiagnostic. *Kenneth Cuyler* 712
Vaginale testiculaire (FIBROLYMPHANGIO-ENDOTHÉLIOME); un cas rare. *W. Walter Fiaccavento* 384
Vagotomie (RÉSULTATS). *Grimson*. . 549
— et fonction pancréatique. *Pfeffer*. 698
— ; son action sur la sécrétion du pancréas. *J. R. Thistlewaite* 86
— ; son action sur la pancréatite expérimentale. *Schaffarzick, Ferran* et *Mc Cleery*. 87
— dans les syndromes douloureux des cholécystectomisés. *E. P. Coleman*. . 370
— pour ulcère peptique. *J. F. Stain* et *Karl A. Meyer*. 66
— **avec gastrectomie subtotale.** *Druckermann* 553
— **gastrique**; résultats comparés. *W. Walters* 796
Vaisseaux (ANOMALIES) associées à l'atrésie congénitale de l'œsophage. *A. Langman*. 248
— (GREFFES); application chez l'homme; étude expérimentale. *Ch. Dubost*. . 323
— (MALADIES); littérature et illustration. *Martorell* 241
— [**Gros**] (ANÉVRYSMES INTRA-THORACIQUES). *Cooley* 520
— — (PLAIES DE GUERRE EN CORÉE); traitement définitif. *E. A. Dickinson, Th. E. Ashley* et *Fr. Gerbode* . . . 137
— — (TRANSPOSITION). *R. F. Rushmer*. 793
— **mésentériques** (OBLITÉRATION); symptômes et diagnostic. *Beer*. 979
— — (OCCLUSION). *Longo*. 979
— — (— AIGUË); embolectomie. *A. A. Klass* 167
— — (THROMBOSE); un cas guéri. *E. Kruger*. 64
— **périphériques** (TROUBLES); sympathectomie. *J. A. Kirtley*, 869; *J. W. Hendrick*. 965
— **sanguins** (BANQUE DE —); segments artériels conservés pour transplantation homologue. *Tor Hiertonn*. 430
Valvules aortiques (HOMOGREFFES); étude expérimentale. *C. R. Lam*. 263
— — **mitrales pulmonaires** (STÉNOSE CONGÉNITALE ET ACQUISE); traitement chirurgical. 451
— **intra-cardiaques** (COMMISSUROTOMIE); instruments. *Larzelère* 673
— **mitrales**; anatomie et pathologie chirurgicales. *R. C. Brock*. 452
Valvules mitrales (VOIE D'ACCÈS PAR LE CŒUR GAUCHE); procédé expérimental. *G. H. A. Clowes* 160
— — (CHIRURGIE). *Prescott Jordan*. . 672
— — (COMMISSUROTOMIE). *L. Werko*, 160; *Glover* 672
— — — compliquée d'embolie cérébrale. *Bolton* 673
— — (RÉTRÉCISSEMENT); 30 cas opérés. *Tricerri* 976
— — —; commissurotomie. *H. Rodrigues, L. Murgel, E. B. de Araujo* et *J. de Medeiros*, 160; *P. Soulié*, 262; *Stas, Soulie*. 540
— — —; commissurotomie; 26 cas. *Servelle, Soulié, Joly, Carlotti, Rougeulle, Nouailles, G. Voci, Delahaye* et *M. Touche*. 160
— — (— ACQUIS); chirurgie intra-cardiaque. *Egbert H. Fell*. 262
— — (STÉNOSE). *Columbia University*. 884
— — —; 27 cas opérés. *P. David*. . 673
— — —; physiologie; chirurgie. *Fell, Paul*, 539; *Wylle*, 539; *Denk*. 539
— — —; fracture au doigt. *Gerbode*. 541
— — —; diagnostic et traitement. *Logan* 975
— — —; chirurgie. *E. Harken, L. Dexter, L. B. Ellis, R. E. Ferrand* et *J. F. Dickson*, 58, *F. H. Mills, J. K. Maddox, R. B. Blacket* et *A. J. Palmer*, 58; *L. Verko*, 453; *P. David*, 885; *C. Julian* . 885
— — —; commissurotomie. *Th. J. E. O'Neill* 262
— — —; étude circulatoire avant et après commissurotomie. *L. Werkö*. . . . 346
— — —; indications opératoires et résultat de la commissurotomie. *P. Soulié*. 346
— — —; valvulotomie. *Husfeldt*. . 975
— **pulmonaires** (COURT-CIRCUITAGE); techniques expérimentales. *T. J. Donavan*. 347
— — (VALVULOTOMIE). *Shumacker* . 673
Valvulotomie. *Hardy* et *Noon*. . . . 642
— pour sténose orificielle aortique et pulmonaire. *R. S. Litwak*. 453
— pour sténose pulmonaire. *Tricerri*, 976; *F. Therkelsen*, 977; *Sondergaard*. . 977
— pour sténose pulmonaire congénitale. *R. C. Brock*, 454; *J. Govaerts*. . . 455
—. Voy. aussi ARTÈRE PULMONAIRE.
— **pulmonaire**; ses indications dans les cardiopathies cyanogènes. *F. d'Allaines*. 345
— — pour trilogie de Fallot; étude de 9 cas. *P. Soulié*. 345
— — ou opération de Brock; 11 cas. *Servelle, Soulié, Joly, Carlotti Rougeulle, Nouaille G. Voci, Delahaye* et *M. Touche*. 160
Vascularisation des greffes; son étude. *Mc Cune, Thisthlewaite, Keshishian* et *Brian Blades* 241

Vasographie. Voy. REIN.
Veine cave pour greffe autogène aortique. *Nabatoff* 645
— — (HOMOGREFFES); conservation et évolution. *Sauvage* 643
— — (LIGATURE); dans la maladie thrombosique. *Owens* 870
— — **inférieure** (LIGATURE). *Rossi* et *Servello*, 646; *Wiringer*. 882
— — — —; anesthésie et soins pré- et post-opératoires chez les cardiaques décompensés. *Nadia du Bouchet*. . . 457
— — — (LIGATURE); résultats. *Zollinger*, 525; *Conforti*, 525; *D. del Pozo*. . . 779
— — — — dans l'embolie pulmonaire. *G. H. Pratt*. 255
— — — — pour embolies récidivantes au cours des derniers mois d'une grossesse. *J. Valls-Serra*. 435
— — — —; étude du fonctionnement rénal après. *O. Mantero* 375
— — — —; puis veinographie. *C. T. Surington* 870
— — — —; étude expérimentale. *Benedetto* et *Poletti* 46
— — — (SECTION) dans le traitement de l'uretère rétro-cave. *Mc G. Cathro*. 94
— — — **thoracique** (LIGATURE). *Mallet-Guy* 779
— — **supérieure**; étude angiocardiographique. *Douglas J. Roberts*. . . . 456
— — — (BLESSURE) opérée avec succès. *Th. R. Hudson* 457
— — — (LIGATURE). *F. Martorell*. . 324
— — — (OBSTRUCTION); un cas. *H. C. Ballon* 456
— **sous-clavière** (OBSTRUCTION INTERMITTENTE). *Tagariello* 643
— — — —; phlébographie dans son diagnostic. *Pietro Tagariello*. 324
— **fémorale** (GREFFE JUGULAIRE). *Bricker*. 524
— **jugulaire interne** (RÉSECTION BILATÉRALE). *Bricker*. 524
— **porte** (HYPERTENSION). *Bastos*. . 647
— — —; pathogénie. *Efskind*. . . . 647
— — (RÉSECTION) dans la pancréaticoduodénostomie. *Mc Dermott*. . . . 809
Veines (LIGATURE); complications : embolie pulmonaire. *W. G. Anlyan, F. H. Campbell, W. Shingleton* et *Cl. E. Gardner*. 47
— (STÉNOSE POST-HÉPATIQUE); ascite. *Mallet-Guy* 779
— **innominées**; étude angiocardiographique. *Douglas J. Roberts*. 456
— **pulmonaires** (OCCLUSION); étude expérimentale. *C. R. Hanion*. 455
— — (TRANSPOSITION); traitement chirurgical. *W. H. Muller*. 59
Veinographie. Voy. FOIE.
— **intra-abdominale** après ligature cave. *C. T. Surington* 870
Veinoscopie. Voy. MEMBRES.
Ventricules cérébraux [III^e] (TUMEURS) de la partie postérieure. *Rand*. . . . 874
Vertèbres (MALADIE DE PAGET) et compression médullaire. *P. Teng, S. W. Gross* et *Ch. M. Newman*. 144
— [**Corps**] (FUSION) pour rupture discale. *Cloward* 781
— **cervicales** (LUXATION); réduction favorisée par curare. *Dohr*. 649
— **lombaires** (CHORDOME). *H. W. Baker* 874
Vésico-vaginales. Voy. FISTULES.
Vésicule biliaire (CANCER) et situs inversus complet. *P. J. Shank*. 803
— — (— PRIMITIF). *M. Huertas*. . . 989
— — **double**; une observation clinique. *F. L. Duschl* 807
— — (MALADIES); étude critique et statistique du traitement pré et post-opératoire des deux dernières années. *K. Schulte* 82
— — (OPÉRATION) et troubles duodénaux consécutifs; intervention secondaire. *C. Hammesfahr* 476
— — (PAPILLOME); 8 cas. *Ch. F. Kane, Ch. H. Brown* et *Stanley O'Hoerr*. . 81
— — (PERFORATION). *Francisco Reyes*. 988
— — (SARCOME PRIMITIF). *V. Zaffagnini* 81; *Raffauf* 696
— — **accessoire intra-hépatique** (PERFORATION) et péritonite biliaire consécutive. *H. Wendt* 179
— — **calculeuse** (PERFORATION) en péritoine libre. *N. Lattari* 370
Vessie (CALCULS DIVERTICULAIRES). *L. Pfau* 385
— (CANCER); clinique et pathologie. *Hejtmancik* 813
— (DIVERTICULES) et calculs. *L. Pfau*. 385
— (EXSTROPHIE); 80 cas. *Gross*. . . 576
— —; implantation colique de l'uretère. *Bocchetti* 1004
— (PERFORATION) par cancer colique. *Taylor* 689
— (RUPTURE SPONTANÉE) chez l'homme. *M. N. Nemser*. 382
— — au cours des manœuvres endoscopiques. *F. Bilger* et *J. X. Müller*. . 183
— (TUMEURS PAPILLAIRES UNIQUES); chirurgie conservatrice. *D. R. Higbee*. 1004
— **rétractée tuberculeuse** (PLASTIE INTESTINALE). *J. Cibert*. 812
Viscères (SITUS INVERSUS) avec cancer vésiculaire. *P. J. Shank* 804
Vitallium [**Bagues de** —] dans les greffes homologues des grandes artères. *G. Guerrero d'Antona* 138
Voie d'abord postéro-externe dans la chirurgie de la hanche et du fémur. *H. Bremer* et *M. Wolkas*, 194; *Merle d'Aubigné, Ramadier* et *R. Timal*. 193
— — **postéro-latérale.** Voy. FÉMUR (FRACTURES TROCHANTÉRIENNES).

Voie d'abord splénique transpariétale pour la portographie. *Boulvier, Chevalier, Gallus* et *Nagel*, 243; *A. van Wien*, 244; *de Scoville* et *Leroux*. 244
— — **thoraco-abdominale** du cholédoque. *V. P. Satinsky*. 469
Voie biliaire principale (ABSENCE CONGÉNITALE). *Durell* 695
— — — (CALCULS). *N. Frédérick Kicken*. 991
— — — (EXPLORATION) au cours de la cholécystectomie. *J. W. Baker* et *J. J. Koutsky* 84
— — — (MOBILISATION RAPIDE DE LA PORTION INTRA-PANCRÉATIQUE). *L. P. Good* 277
— — — (OBSTRUCTIONS ET STÉNOSES); chirurgie. *Dogliotti*. 903
— — — (RÉPARATION PLASTIQUE). *Duschl*. 905
— — — (RÉTRÉCISSEMENT) après gastrectomie. *Fr. W. Bancroft*. 182
Voies biliaires. *Albot* et *Poilleux*. . . 694
— — (AFFECTIONS BÉNIGNES); mortalité post-opératoire. *Fr. Glenn*. . . . 279
— — (ATRÉSIE CONGÉNITALE). *Knorre*. 901
— — — —; 3 cas familiaux. *Whitten*. 695
Voies biliaires (CARCINOME); irradiation directe. *Copher* 564
— — (CHIRURGIE); cholangiographie. *Hight*. 566
— — —; tendances. *Cole*. 905
— — — sous contrôle radiomanométrique. *Marcel Roux* 906
— — —; drainage transpapillaire en —. *J. Hepp*, 183 et *Champeau*. 184
— — —; troubles consécutifs. *H. Markus*. 472
— — —; accidents opératoires. *N. Blixenkrone-Moller* 184
— — (DRAINAGE TRANS-DUODÉNAL) à la Voelcker. *W. Badde* 371
— — (— PERMANENT) à l'aide de la papillostomie. *Biocca*. 183
— — (DYSKINÉSIE); sphinctérotomie. *L. J. Lester* et *Ralph Colp* 83
— — (— POST-OPÉRATOIRE); cholédocoduodénostomie. *Kjaergaard* 697
— — (FISTULES EXTERNES); prophylaxie et traitement. *J. Knorre*. 85
— — (— INTERNES). *Ihgenfritz*, 566; *Woodman* 993
— — (FISTULISATIONS INTERNE ET EXTERNE) dans l'amibiase. *Bourgon* 803
— — (KYSTE CONGÉNITAL); un cas opéré et guéri. *K. Jonscher* et *R. Drews* . 182

ABONNEMENTS

SUR MICROFICHES OU MICROCARTES

A partir du 1er Janvier 1954, les Éditeurs du *Journal de Chirurgie* seront en mesure de fournir des abonnements par un procédé nouveau nécessitant un appareil de lecture spécial : la microfiche (positif transparent) ou la microcarte (positif sur papier).

Le format de la microfiche ou de la microcarte est de 75 mm × 125 mm (format international des fiches de bibliothèques) et chaque fiche comprend plusieurs pages avec *un titre de journal parfaitement lisible à l'œil nu*, ce qui a le grand avantage de faciliter la manipulation, le classement et le repérage.

Ces abonnements sont acceptés pour un an, à partir du 1er Janvier, aux conditions suivantes (frais d'envois mensuels recommandés compris) :

France et Union Française	**7.600** fr.
Belgique et Luxembourg	**1.350** fr. belges.
Autres pays. . . . . $ U. S.	**27**

(Également payables aux cours officiels dans les autres monnaies).

Voies biliaires (KYSTE HYDATIQUE) simulant la calculose. *Atlas* 563
— — (LITHIASE RÉCIDIVANTE) après cholécystectomie. *V. Reggianini*. . . 277
— — (OBLITÉRATION CONGÉNITALE). *L. Krahulik* 803
— — (OCCLUSION) par cancer. *Waddell*. 567
— — (OPÉRATION); constatations intéressantes et rares. *H. H. Hensel*. . . . 178
— — (RÉTRÉCISSEMENTS BÉNINS NON TRAUMATIQUES). *Hugues-Jones*. 565
— — (— POST-OPÉRATOIRES). *De Vernejoul* 697
— — (STÉNOSE POST-OPÉRATOIRE). *Spangler*. 901
— — (TECHNIQUE ET TACTIQUE CHIRURGICALES). *Champeau* 565
— — (TUMEURS BÉNIGNES). *Moore*. 902
— — **extra-hépatiques** (DYNAMISME); action médicamenteuse et problème anesthésique de leur exploration manométrique. *L. Lorenzini* et *G. Eizenbaum*. 83
— — — (OBSTRUCTION BÉNIGNE). *O'Malley, Aufses* et *A. O. Whiple*. 182
Voies biliaires extra-hépatiques (RECONSTRUCTION EXPÉRIMENTALE) par greffes veineuses libres. *Pearce, Ulin, Entine* et *Froio*. 184
*— — **intra-hépatiques** (ANATOMIE RADIOLOGIQUE). *M. Roux, E. Bernier, Ch. Debray, R. Le Canuet* et *J. Garret*. 5
— — — (OBSTRUCTION); aspects chirurgicaux. *J. Aird* 469
— **centrales** (CHIRURGIE) de la douleur dite centrale. *P. Wertheimer*. 135
Volvulus. Voy. CÆCUM, CÔLON SIGMOÏDE, ESTOMAC.
— **aigu**. Voy. CÔLON PELVIEN.
— **total**. Voy. INTESTIN GRÊLE.
Vulve (CANCER). *J. W. Newel*. . . . 712
— —; traitement. *W. G. Cosbie*. . . 194
— (— PRIMITIF); traitement; avec remarques sur l'aiguillage du radium. *Von W. Mobius*. 387

Y

Year Book of Orthopedics and Traumatic Surgery 1952. *L. Compère*. 775

Le Gérant : G. MASSON.

13.964. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1er trimestre 1954. — N° d'ordre 1667, MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia (Sao Paulo), vol. 63, n° 6, Juin 1952. — **H. Rucker** et **C. Lima Neto.** La streptomycine dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire (1). [168]
Vol. 64, n° 1, Juillet 1952. — **E. de Oliveira.** Le traitement chirurgical du cancer du côlon gauche et du rectum (2). — **E. Branco Ribeiro.** Détails de technique de la résection gastrique (3).

Revista Paulista de Medicina (Sao Paulo), vol. 41, n° 2, Août 1952. — **E. da Silva Bastos.** Progrès de la chirurgie du pancréas (1). — **H. Ardao** et **A. Carrion.** La méthode de rotation de Esser dans la correction des difformités faciales (2). [169]

Uruguay.

Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades (Montevideo), t. 40, n° 4, Avril 1952. — **R. V. Talice** et **A. Gonzalez-Ciapessoni.** Nouveaux cas de myiase furonculeuse humaine dans la région atlantique de l'Uruguay (1). — [*Société*]. **F. Hughes.** Les bases anatomiques de la cystectomie totale chez l'homme (2). — **J. A. Caeiro.** La thyroïdectomie totale dans l'hyperthyroïdisme (3). — **P. Larghero Ybarz.** Deux cas de hernie du hiatus diaphragmatique (4). — **W. R. Suiffet** et **J. Scherchener.** L'hypertension portale; ascite; dérivation spléno-rénale; résultat (5). — **P. Larghero Ibarz, J. Dighiero** et **E. J. Canabal.** Thorax en entonnoir; chirurgie et résultats; d'après un cas (6). [170]

Pérou.

Anales de la Facultad de Medicina (Lima), t. 35, n° 1, Janvier-Mars 1952. — **J. O. Trelles** et **J. Franco.** Clinique des traumatismes médullaires aigus (1). — **L. Carillo Maurtua.** Notes sur le cancer gastrique (2). — **F. M. Cabieses** et **R. C. Landa.** Sur l'angiographie cérébrale (3). — **J. M. Chirinos.** Sarcome idiopathique multiple hémorragique ou maladie de Kaposi (4). [171]

Afrique du Sud.

South African Medical Journal (Capetown), vol. 26, n° 34, 23 Août 1952. — **Lopis, Bothwell** et **Swerdlow.** Diabète insulino-résistant; un cas avec une tumeur à cellules interstitielles du testicule associée (1). [172]
N° 35, 30 Août. — **J. T. Louw.** Entérocèle (2). — **Sheldon Swift.** Choc anaphylactique dû au sérum antitétanique (3).
N° 36, 6 Septembre. — **G. S. Andrews** et **Denny.** Deux cas de stase veineuse; constatations radiologiques (4).
N° 37, 13 Septembre 1952. — **L. Fatti, G. R. Crawshaw** et **P. Marchand.** Technique de l'anastomose œsophago-gastrique haute (5).
N° 38, 20 Septembre. — **E. Kreft.** Un cas de neuroblastome (6).

Australie.

The Medical Journal of Australia (Sydney), an. 39, n° 8, 23 Août 1952. — **A. F. Dwyer.** Atrophie osseuse de Sudeck, et Cortisone (1). — **J. K. Mowat.** Quelques aspects de la cholécystectomie (2). [173]
N° 9, 30 Août. — **S. Nelson.** L'épaule douloureuse (3).

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

SEPTEMBRE 1952

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès amibiens, GRIZAUD [97], 1.
— hépatiques, NGUYEN HUU [97], 3; GRIZAUD [113], 7; KREDI DABAJ [162], 3.
Abdomen (Actinomycose), RASOVIC [148], 2.
— (Affections rares), MAGEE [151], 2.
— (Calcification), MACARINI [92], 5.
— (Chirurgie); pulvérisation intra-péritonéale par Tonil, KRACHEEL [6], 36.
— (Indications opératoires), BALTAR [60], 1.
— (Traumatisme non pénétrant); rupture duodénale, COHN [18], 5.
Accidents du travail, AITKEN [18], 1.
Acide trichloracétique dans les adénites suppurées, DARCISSAC [63], 3.
Acro-ostéolyse neurogénique, GIACCAI [93], 3.
A. C. T. H.-Cortisone dans la solution de problèmes chirurgicaux post-opératoires, SZILAGYI [20, 1.
— — (Cause d'ulcère gastrique), BUSBY [160], 3.
Actinomycose (Cas d'—), M. B. SALATITCH [63, 13.
— (Stilbamidine), MILLER [155], 19.
— abdominale, RASOVIC [148], 2.
— cervico-faciale (Infection mixte), LORENZ [119, 5.
Adamantinomes, HERTZ [35], 6.
— (Traitement conservateur), MAVROGORDATO [63], 18; MAUREL [63], 19.
Adénite mésentérique aiguë infantile, PRIM [60], 17.
— suppurée (Traitement par acide trichloracétique), DARCISSAC [63], 3.
Adéno-carcinome, POLLOCK [9], 22; ACTON [151], 4; LONGO [164], 7.
— appendiculaire, LAWTON [155], 24.
Adénolipomatose (Début cervical), GOUIRIC [57], 4.
Adénome bronchique, PERÄSALO [8], 7; CAUBARRÈRE [87], 2; KÄLLQVIST [141], 4; SPACEK [145], 2.
— jéjunal, ROBERTS [95], 6.
— trachéal, SACON [163], 19.
Adénopathies tuberculeuses externes (Streptomycine), V. A. VIAL [87], 7.
Adhérences intra-abdominales, GOMEZ DURAN [60], 9.
Albumine sérique radio-iodée, KRIEGER [19], 2.
Amibiase, GRIZAUD [97], 1.
Amnios (Greffe), GALANTE [11], 1.
— (Plastie vaginale), BORTINI [42], 1-
Amygdales (Tumeurs malignes); prothèse radifère, GRETHER [63], 8.
Analgésique par inhalation, BREAKEY [54], 29.
Anastomose gastro-duodénale, FINSTERER [97], 7.
— gastro-iléale (Stéatorrhée), BARRITT [129], 5.
— œsophago-sus-aortique pour sténose cicatricielle, P. RAZEMON [5], 4.
— œsophago-gastrique, PAULINO [167], 1.
— — haute (Technique), FATTI [172], 5.
— œsophago-jéjunale, PAULINO [167], 1.
— rectale sans suture, SAUER [22], 1.
— spléno-rénale, SUIFFET [170], 5.
— urétéro-colique, LASIO [14], 1.
— — (Déséquilibre chimique), PARSONS [129], 7.
Anémie en chirurgie (Cobalt), MEISSNER [6], 24.
— pernicieuse (Cancer gastrique), NORCROSS [161], 2.
Anesthésie (Étude de l'—), TRIESTE SMANIO [26], 1.
— (Problèmes nouveaux), HUNTER [6], 20.
— (Appareillage), SUN [147], 5.
— et hypotension contrôlée, MOLINA [163], 23.
— en petite chirurgie, BERNSTINE [18], 10.
— dans la tuberculose pulmonaire, STEINER [145], 11.
— au Pentothal (Dangers), LATAIX [98], 8.
— générale de l'enfant (Dispositif), SELDON [159], 7.
— locale en gynécologie, BONOLI [133], 6.
— — par infiltration (Action du facteur diffuseur), CALABI [14], 20.
— moderne dans l'ostéosynthèse des sujets âgés, A. LALLI [32], 5.
— rachidienne fractionnée, AHUMADA [45], 3.
— spinale continuée 11 jours, ANSBRO [163], 12.
— — hypotensive, GREENE [21], 6.
— du système neuro-végétatif, SAMAIN [98], 1.
Anesthésique de surface, DIETMANN [118], 9.
Anévrysmes aortiques (Opération), HOUEL [109], 2.

Anévrysmes artério-veineux, Lodin [93], 13.
— — (Transformations osseuses au cours de la croissance, Stenger [89], 4.
— — du poumon, U. Wetzel [89], 8.
— cérébraux, Furtado [139], 3.
— cirsoïdes, Van Bogaert [69], 2.
— disséquants, Ritama [128], 2; Spenser [129], 6; Ballantine [157], 4.
— traumatiques, Bellinazzo [14], 14.
Anévrysmorraphie, Bellinazzo [14], 14.
Angine de poitrine (Infiltration pré-aortique), de Stavola [69], 1.
— — (Pronostic), Block [155], 29.
— — associée à l'ulcère, Carasso [149], 1.
Angiographie (Technique), Vasconcelos Marques [139], 2.
— cérébrale, Lima [139], 1; [139], 5; Cabieses [171], 3.
— encéphalique, Chichorro [139], 4.
— du système vertébro-basilaire, Columella [14], 16.
Angiome splénique, Geelkerken [10], 7.
Angiosarcome pulmonaire, Barani [87], 8.
Anneau valvulotome pour commissurotomie mitrale, Dogliotti [13], 1.
Anomalies urétérales rares, J. Hüder [49], 2.
Ano-rectale (Fistule), Gorsch [67], 4.
Anse de Galien (Signification), Winckler [143], 1.
Anthrax du sein, R. Ercole [49], 9.
Antibiotiques et rein tuberculeux, Capacci [15], 8.
— (Injection intra-artérielle); méthode de Wenzl en chirurgie, G. Zorn [6], 35.
Anticoagulants, Favre-Gilly [2], 5; Osten [115], 2.
— (Recanalisation des veines thrombosées), Payling Wright [9], 14.
— de synthèse (Voie intra-musculaire), Leger [96], 6.
— nouveaux, Scholz [159], 1.
Anurie, Ottone [12], 11.
— (Décapsulation), Grizaud [113], 6.
— par néphrite aiguë (Décapsulation), Tuncel [120], 8.
Anus (Fistule) par maladie de Krohn, Burkitt [9], 21.
— (Malformations congénitales), Moore [21], 1.
Aorte (Anévrysme disséquant), Ritama [128], 2; Ballantine [157], 4.
— (— rompu), Spenser [129], 6.
— (Athéromatose), Camelot [105], 1.
— (Coarctation); érosions costales, Van Bogaert [69], 2.
— (Dextroposition), Welti [69], 3.
— (Embolectomie directe réussie), Thiessen [18], 18.
— (Embolie); 2 cas guéris, Milwidsky [71], 2.
— (Homogreffes), chez le porc en croissance, Sauvage [19], 10.
— [Bifurcation] (Affections), Natali [99], 5.
— [Crosse] (Anévrysme); opération, Houel [109], 2.
— [Isthme] (Rétrécissement), Vanset [112], 4.
— — — avec canal artériel persistant, R. Legrand [5], 5.
— abdominale (Thrombose); occlusion des rénales, Barnum [157], 9.
Aortographie abdominale, Denstad [93], 12.
— — (Complications), Larsson [93], 8.
Apodie (2 cas), Peter [138], 3.
Aponévrose palmaire (Rétraction), James [27], 9.
Apophyse odontoïde (Absence); obstruction intermittente des vertébrales, Ford [158], 1.
Apophyses épineuses (Syndrome), Gardella [92], 2.
— transverses lombaires (Fractures); évolution, Caraven [88], 3.
Appareil génital de la femme (Carcinome inopérable); hormonothérapie, Tischer [81], 4.
Appareil génital de la femme (Tuberculose) et stérilité, Najmr [145], 12.
— urinaire (Diagnostic); pneumo-péritoine, Uhlir [145], 1.
— — — par pneumopyélographie, Tana [15], 11.
— — (Granulome malin), Scrufari [53], 1.
— du docteur Jourdan, Dauphin [88], 12.
Appendice épiploïque (Torsion), Hamburg [9], 16.
— iléo-cæcal (Adéno-carcinome), Lawton [155], 24.
— — (Recherche de l'histoplasma), Christopherson [155], 14.
— — (Polypes adénomateux), Martineau [155], 5.
Appendices auriculaires (Lésions rhumatismales), Sabiston [158], 2.
Appendicectomies difficiles (Voies d'accès), Cortès Liado [60], 5.
Appendicite et thrombose veineuse mésentérique, Miller [155], 10.
— (Péritonite), Zocchi [116], 11.
— aiguë (Concepts nouveaux dans ses indications opératoires) chez l'enfant, Garrido-Lestache [30], 1.
— — dans la menstruation, Levi [157], 7.
— — des vieillards, Manera [14], 12.
— — infantile, Prim [60], 17.
— chronique (Concepts nouveaux dans ses indications opératoires) chez l'enfant, Garrido-Lestache [30], 1.
— gangréneuse aiguë chez un prématuré, J. F. Meyer [38], 7.
— perforée (Péritonite), Maj [16], 7.
— récidivante dans la grossesse, Jorgensen [18], 13.
Arachnoïdite opto-chiasmatique (Neuro-chirurgie); résultats, Milletti [73], 4.
Arcade zygomatique (Fractures), W. Holler [6], 33.
Artère carotide (Ligature); thérapeutique sympathique, Arnulf [96], 5.
— fémorale (Anévrysme traumatique), Bellinazzo [14], 14.
— maxillaire interne (Particularités sur le trajet de l'—) en relation avec les interventions sur l'articulation temporo-maxillaire, Marziani [63], 10.
— pulmonaire (Pulsatilité); troubles dans le cancer broncho-pulmonaire, Kourilsky [64], 1.
— rétro-duodénale (Sur l'—), Fumagalli [13], 12.
— utérine (Artériectasie), P. J. Berlin [44], 4.
Artères (Blessures de guerre), Jenssen [142], 1.
— (Homogreffes conservées), Hiertonn [95], 1.
— (Oblitérations aiguës), Tingaud [104], 6.
— cérébrales (Pathologie), d'Eshougues [110], 1.
— coronaires (Section) au cours de la commissurotomie valvulaire mitrale, Lane [18], 14.
— mésentériques (Athéromatose); nécrose intestinale, Camelot [105], 1.
— vertébrales (Occlusion intermittente) par absence d'apophyse odontoïde, Ford [158], 1.
Artériectasie utérine, P. F. Berlin [44], 4.
Artériogramme (Tumeurs de la fosse crânienne postérieure vues sur l'—), Tönnis [74], 2.
Artériopathies du membre inférieur (Sympathectomies lombaires basse, puis haute), Lindström [17], 5.
Artério-sclérose (Chirurgie), Julian [19], 11.
Artérite (Injections intra-artérielles d'oxygène, Lemaire [165], 2.

Artérite temporale, RITAMA [128], 1; D'ANTUONO [136], 3.
Arthrodèse transarticulaire, TRIVELLI [34], 18.
Arthroplastie par interposition inerte, BODART [107], 1.
— coxale, POLI [34], 12; PONZONI [34], 13.
Arthrose, BOOS [120], 3.
— costo-vertébrale, FRANCHINI [91], 2.
Articulation de Lisfranc (Luxation); 2 cas, P. GAUTIER [5], 7.
— lombo-sacrée (Ostéosynthèse), AGRIFOLIO [34], 1.
— mandibulaire, (Névralgie), BEYERS [156], 1.
— métacarpo-phalangiennes (Raideurs), BENASY [27], 1.
— scapulo-humérale (Découverte), C. ABBOTT [19], 6.
— temporo-maxillaire (Intervention), particularités sur le trajet du nerf facial et de l'artère maxillaire interne, MARZIANI [63], 10.
— tibio-tarsienne (Tuberculose) chez l'adulte, RICHARD [27], 4.
Articulations (Fractures), MONTICELLI [32], 2.
Acryténo-fixation, FERRARI [164], 6.
Ascite (Splénectomie), MARTIARENA [164], 1.
— par sténose veineuse, MALLET-GUY [2], 1.
Ascorbinémie, VARA LOPEZ [60], 23.
Aspiration endo-trachéale post-opératoire, FORSTER [106], 1.
Athéromatose aortique, CAMELOT [105], 1.
Atrésie congénitale, DUARTE [60], 6.
Attelle d'Anderson, STEIN [21], 2.
Autoplastie par lambeaux en pont, FLOHR [55], 3.

B

Bactéries (Résistance); intérêt chirurgical, TUOHIMAA [8], 4.
Banque d'os (Homogreffes), HUSSENSTEIN [27], 5.
— de vaisseaux sanguins, HIERTONN [35], 1.
Bantine, DOSAL [126], 3.
Bassin osseux (Chondrome); compression uréthrale, MUSIANI [52], 3.
Bassinet (Tumeurs primitives), BELLAVIA [53], 3.
Bec-de-lièvre (Déformations secondaires); opération d'Estlander-Abbe, PIERRA [63], 16.
Bezoard (Ulcération de la grande courbure), GOINARD [88], 9.
Bile blanche, SZCPIENIC [16], 8.
Biopsie à l'éponge, GLADSTONE [155], 27.
— extemporanée, FERRARI [164], 5.
Blessures par coup de feu, GURDIN [63], 9; SACON [163], 20.
— de guerre, JENSSEN [142], 1.
— occipito-pariétales, HUMPHREY [70], 1.
Boule de Bichat (Cellulites), E. CADENAT [63], 4.
Bronches (Adénomes), PERÄSALO [8], 1.
— — aspects radio-cliniques, CAUBARRÈRE [87], 2.
— (Cancer); son problème, E. SUTZ [90], 1.
— [Grosses] (Chirurgie réparatrice); conservation et utilisation du tissu trachéal, GOFFRINI [13], 11.
Bronche inférieure gauche (Sténose tuberculeuse), BAUMANN [78], 5.
— souche (Reconstruction plastique), BAUMANN [78], 5.
Bronchodilatation réflexe expérimentale par distension vésiculaire, STAJANO [87], 5.
Broncho-pulmonaire [Cancer], KOURILSKY [64], 1.
Bronchoscopie pour cytodiagnostic du cancer broncho-pulmonaire, GALY [100], 3.
Brucellose, INGLESE [133], 2.
Brûlés (Hormones surrénales et perméabilité capillaire chez les —), WIGHT [20], 9.
Brûlures, TELESZYNSKI [16], 3.
— (Mortalité); influence de la radiation externe corporelle, BROOKS [19], 17.
— étendues (Macrodex et oxygène), GELIN [17], 3.
— au 3e degré (Plasma expanders ou sang et plasma), MCCARTHY [19], 18.
Bucco-pharynx (Paresthésies), ROBIN [56], 2.
Bursites (Injections de Cortisone), ORBACH [22], 3.

C

Cæcum (Diverticule congénital), FORNI [134], 3.
Caillots du pneumothorax (Enlèvement), LE FOYER [78], 3.
Calcification abdominale, MACARINI [92], 5.
— hétérotopique sous-cutanée (Syndrome de —), PIETROGRANDE [32], 1.
Calcinose universelle, SCHWINGER [95], 7.
Calculs du canal de Wirsung et obstruction, TORACENA DEL PINAL [30], 4.
— cholédociens restants, RIBEIRO DE MENDONÇA [26], 2.
— salivaires, PIALOUX [55], 7.
— urinaires, MACARINI [92], 5.
Calculose biliaire (Iléus), TABANELLI [14], 10.
— — (Occlusion intestinale), THOMAS [22], 10.
— — simulée par kystes hydatiques, ATLAS [153], 1.
— rénale, HOLLIDAY [130], 8.
— réno-urétérale (Ablation), PEARLMAN [18], 6.
— uréthrale, GIGLIOLI [15], 9; BOZIN [148], 7.
Canal artériel ouvert (Infundibulum), JONSSON [93], 2.
— — (Persistance), LOPEZ TRAVIESO [162], 1.
— — — et rétrécissement de l'isthme aortique, S. R. LEGRAND [5], 5.
— cholédoque (Calculs restants); méthode de Pribram, RIBEIRO DE MENDONÇA [26], 2.
— — (Dilatation kystique), G. GILI [13], 3.
— déférent (Anomalie du —), E. BLOCH [18], 21.
— de Wirsung (Obstruction calculeuse), TORACENA DEL PINAL [30], 4.
Canaux biliaires (Kystes échinococciques), ATLAS [153], 1.
Cancer (Diagnostic précoce), JUCA [166], 2.
— (Mortalité), variations géographiques, LEGON [130], 7.
— (Test de Bolen), B. H. WHITE [18], 17.
— auriculaire, GOUIRIC [57], 5.
— biliaire, LEMON [161], 6.
— bronchique, RAVAULT [88], 7.
— — (Problème du —), E. STULZ [90], 1.
— broncho-pulmonaire, GALY [100], 3; AYAS [163], 18.
— — et troubles de la pulsatilité artérielle (Diagnostic par cinédensigraphie), KOURILSKY [64], 1.
— du cardia inopérable, VENZONI [14], 23.
— colique, HEMLEY [62], 4; DE OLIVEIRA [168], 2.
— — récidivé, W. H. COLE [20], 4.
— gastrique, KYRLE [6], 9; THOMSON [21], 7; MAYNER [60], 2; HERNANDO [60], 10; MARTIN LAGOS [60], 12; HOLLER [81], 1; BISSI [84], 1; KENNEDY [95], 3; NORCROSS [161], 2; LEMON [161], 6; CARILLO MAURTUA [171], 2.
— hépatique, SANDFORD [161], 1.
— laryngien, GRIMES [68], 5; JACOBSSON [93], 10.
— mammaire, VERHAGUE [5], 1; RENNE; [17], 4; ROSS [18], 8; ALLOUCHE [110], 4. SMITHERS [129], 1; MARTINOTTI [134], 2;

Ferrando [136], 4; Kane [157], 8; Nogues [163], 15.
Cancer des muqueuses irradiées, Wildeberg [124], 1.
— œsophagien, Grimes [68], 5; Ravitch [68], 6; Jorgsholm [93], 7; Plauchu [101], 2.
— pancréatique, Dörken [6], 4; McCrea [22], 2; Lemon [161], 6.
— pharyngien, Grimes [68], 5.
— prostatique, Nicol [9], 15; Flocks [54], 13; Kimbrough [54], 28; Ubelhör [117], 2; Clifton [154], 1.
— pulmonaire, Baldry [65], 2; Lachapèle [88], 16; Merlier [97], 14; Allouche [110], 4.
— rectal, Santy [60], 22; Zenker [118], 3; Chalnot [2], 2; de Oliveira [168], 2.
— — récidivé, W. H. Cole [20], 4.
— recto-sigmoïdien, Carrapatoso [167], 4.
— rénal, Greenberg [156], 2.
— scrotal, Coleman [54], 16.
— thyroïdien, Picco [137], 1; Ferrari [164], 6.
— trachéal, Cotton [68], 4.
— urétéral, Creecy [54], 22.
— uréthral, Gladstone [155], 27.
— utérin, Zinser [40], 1; Ingiulla [42], 3; Nowosad [43], 2; Scheffey [44], 1; Arnold [54], 7; Zacherl [81], 2; Hasslein [81], 3; Tischer [81], 4; Odeblad [93], 5; Petersen [93], 6; Linell [93], 14; Laumonier [104], 3; Zuckerman [127], 1.
— — (Classification des cas opérés), J. V. Meigs [44], 8.
— vésical, Dukes [50], 14; Boeminghaus [120], 2; Menville [160], 5.
— des voies aéro-digestives, Dargent [114], 1.
Cancérisation, Sveida [146], 4.
Capsulectomie, Benasy [27], 1.
Carcinomatose péritonéale, Dayle [155], 3.
Carcinome bronchogénique, J. S. La Due [25], 2.
— à cellules squameuses développé sur dermoïde ovarien marsupialisé, W. O. Ackley [44], 12.
— colloïde, Muir [9], 17.
— hépatique, Shaffer [20], 12.
— mammaire occulte, C. Massimo [13], 4.
— pancréatique, Clifton [20], 7.
— résiduel vaginal, J. B. Graham [44], 6.
Cardia (Cancer inopérable); jugement radiologique, Venzoni [14], 23.
— (Chirurgie); résultats, Szoege [138], 5.
— gastrique (Impuissance du gastroscope à franchir le —), Selesmick [61], 1.
Cardio-œsophage (Jonction); léiomyome, Schnug [20], 13.
— (Sténose bénigne et maligne), Gütgemann [89], 6.
Cardiopathies (Aggravation par traumatismes), Staemmler [116], 1.
— acquises (Chirurgie), Luisada [12], 1.
Cardiospasme, Michaud [2], 6; Lanzara [66], 2.
Carpe (Exostose articulée), Forni [33], 2.
Causalgie, Suermondt [10], 6.
Cavernes tuberculeuses perforées (Exérèse), Chalnot [97], 12.
Cavité pelvienne (Lymphadénectomie extrapé péritonéale), Ingiulla [42], 3.
Cavités restantes après thoracoplastie, Miczoch [123], 1.
Cellulite de la boule de Bichat, E. Cadenat [63], 4.
Céphalées (Étiologie), Rebattu [101], 3.
Céphalhématome associé à une fracture du crâne, N. Kendall [38], 1.
Cerveau (Anévrysmes), Furtado [139], 3.
— (Angiographie), Lima [139], 1; Cabieses [171], 3.
— — dans les tumeurs, Lima [139], 5.
Cerveau (Blessure occipito-pariétale); effets chez un gaucher, Humphrey [70], 1.
— (Chirurgie); ganglioplégiques, Petit-Dutaillis [7], 1.
— (— pré-frontale), Le Beau [96], 2.
— (Hématomes spontanés), Gros [96], 1.
— (Lésions); effets de la fistule carotido-jugulaire chez l'enfant, Larsson [93], 11.
— (Métastases néoplasiques); diagnostic et traitement, Heppner [74], 1.
— (Œdème) et pression cérébrale avec gonflement, J. Zuleh [74], 5.
— (Pathologie artérielle), d'Eshougues [110], 1.
— (Résection étendue) dans l'hémiplégie spastique infantile avec syndrome épileptique, Fasiani [14], 19.
— (Suppurations); angiographie, Chichorro [139], 4.
— (Tumeurs); diagnostic par isotopes radioactifs, Castorina [76], 1.
— — localisation au phosphore radio-actif, Morley [130], 3.
Chiasma optique (Atrophie) par crânio-pharyngiome méconnu, Dejean [73], 3.
Chirurgie (Étiopathogénèse et thérapeutique rationnelle en —), A. Bobbio [13], 5.
— (Fautes de pratique), Reichle [120], 1.
— (Novocaïne intra-veineuse en —), Hackethal [119], 1.
— (Problèmes post-opératoires); cortisone et A. C. T. H. dans leur solution, Szilagyi [20], 1.
— (Progrès), Griesser [118], 2.
— de l'Avant au Tonkin, Sainz [97], 2.
— abdominale (Relâchant musculaire), Lautner [122], 6.
— endo-cardiaque, Vaysse [98], 5.
— cérébro-spinale, Massebeuf [112], 6.
— conservatrice du rein polykystique anurique, Ciminata [13], 13.
— digestive (Problème des adhérences), Gomez Duran [60], 9.
— esthétique du nez, Wodak [22], 6.
— gynécologique (Anesthésie locale); voie abdominale, Bonoli [133], 6.
— — (— rachidienne fractionnée), Ahumada [45], 3.
— — (Incision pré-pubienne), Ferraris [42], 6.
— œsophagienne (Pathologie), Resano [3], 1.
— réparatrice des difformités cicatricielles, Monticelli [32], 6.
— — de la trachée et des grosses bronches, Goffrini [13], 11.
— thoracique (Aspiration endo-trachéale post-opératoire), Forster [106], 1.
— à thorax ouvert, Brunet d'Aubiac [98], 2.
— urologique (Analgésique de complément), Breakey [54], 29.
— viscérale du nourrisson, Lasserre [104], 2.
Choc (Réactions coronariennes), Ross Veal [19], 13.
— analphylactique au sérum antitétanique Sheldon Swift [172], 3.
— traumatique (Effets de la rutine), Boschi [136], 12.
Cholangéite oblitérante chronique (Durée de vie), Hawhins [161], 3.
— suppurée, de Quadros Tejeiro [18], 60.
Cholangiogramme dans l'atrésie biliaire, Swenson [157], 1.
Cholangiographies (Dangers des radiations), Liden [93], 1.
— opératoire (Erreurs), Hilario [167], 3.
— per-opératoire (Statistique de 2 années), Vaghi [14], 24.
Cholangioscopie directe post-opératoire, Casanova Seco [60], 4.
Cholécystectomie, Dwyer [173], 2.
Cholécystite calculeuse (Clinique), Alonso-Alegre [126], 4.
— chronique récidivante, Bourmer [118], 8.

Cholécysto-duodénales [Fistules] (Origine néoplasique), Rocha [60], 19.
Cholécystographie (Diagnostic), Hemley [62], 4.
— (Médium nouveau) : le télépaque, F. M. Spencer [61], 3.
Cholécystopathies (Conservation ou chirurgie), Schmorell [6], 21.
Cholestéatome, Gibson [50], 6; Gouiric [57], 5.
Chondro-lipodystrophie, Gilliland [131], 1.
Chondromé pelvien, Musiani [52], 3.
Chorio-carcinome cervical utérin primitif, Rashbaum [44], 13.
Chorio-épithéliome, Busser [97], 17.
Chrome radio-actif, Neukomm [93], 15.
Cicatrisation des plaies (Action de la Vitamine B6), Astorri [11], 3.
Cinédensigraphie pour le diagnostic des troubles de la pulsatilité artérielle pulmonaire dans le cancer, Kourilsky [64], 1.
Cingulectomie, Le Beau [96], 2.
Circoncision (Technique conservatrice), Abramowicz [97], 6.
Circulation (Troubles) dans la paralysie infantile, Kivilaakso [35], 5.
— périphérique (Mesure) par le radio-iode, Krieger [19], 2.
— — (Troubles); état du sang, Smolarek [16], 2.
Clavicule (Fractures non consolidées), Powell [130], 6.
Cobalt dans les anémies en chirurgie, Meissner [6], 24.
Cœur (Arrêt); ressuscitation, Volk [155], 28.
— (Chirurgie endo-cardiaque), Vaysse [98], 5.
— (Communication interventriculaire); fermeture par greffe, Welti [69], 3.
— (Contrôle) par stimuli électriques, Herrod [19], 15.
— (Défaillance aiguë per-opératoire), Dark [130], 1.
— (Ectopie), Becker [6], 3.
— (Fibrillation ventriculaire) et arrêt, McMillan [65], 1.
— (Maladies); chirurgie actuelle, Dry [155], 16.
— (Massage); ressuscitation, Letac [113], 3.
— (Plaies), Castel [112], 3.
— (— pénétrante par coup de feu), P. Bastien [5], 9.
— [Oreillette] (Myxome) simulant une sténose mitrale, Block [159], 6.
— — (Suture) au cours d'une pneumonectomie, Petriat [104], 4.
— artificiel (Survie expérimentale), Fischer [19], 12.
Colique abdominale (Diagnostic), Ascoli [14], 7.
Collafil, Sabaino [34], 9.
Côlon (Cancer) récidive après résection, W. H. Cole [20], 4.
— (Diverticulose); symptômes atypiques, Boccardi [136], 10.
— droit (Cancer); diagnostic, Hemley [62], 4.
— gauche (Cancer), de Oliveira [168], 2.
— sigmoïde (Carcinome); métastase comprimant l'uretère, Krause [155], 7.
Colonne vertébrale (Blocage) dans la cyphose, Schuknecht [119], 3.
— — (Chirurgie); rachi-anesthésie, Cole [18], 11.
— — (Fractures), Odena [163], 21.
— — (Fusion) après cure de la hernie discale, Ingebrigtsen [35], 3.
— — (Lésions); tomographie, Tricomi [88], 2.
— — (Ostéotomie); 26 cas, Herbert [35], 4.
— — (Rhumatisme) ou ostéo-arthrite hypertrophique, Francon [112], 2.
— — cervicale (Spondylose), Börmer [141], 6.
— — dorsale (Métastases) dans le cancer bronchique, Ravault [88], 7.
Colonne vertébrale dorso-lombaire (Fractures-luxations), Castillo Odena [163], 7; Castillo Odena [163], 11.
Commissurotomie mitrale (Anneau valvulotome pour —), Doglotti [13], 1.
— valvulaire mitrale (Blessure opératoire), section d'une artère coronaire, Lane [18], 14.
Condylomes vulvaires, Van Eyck [55], 1.
Cordotomie, Miserocchi [14], 3; Riechert [14], 6.
— cervicale haute, Massebeuf [112], 6.
— latérale, Chiasserini [14], 4.
Cordotomisés (Troubles consécutifs), Poppi [14], 5.
Corps étrangers non opaques, Gagliardi [95], 8.
— — pulmonaires, Magiera [16], 4.
— — thoraciques, Cermak [145], 6.
— — vésicaux, Sternthal [145], 5.
Corpuscule carotidien (Tumeurs), G. T. Pack [25], 1.
Corticule osseuse (Architecture en voussoirs) après fractures de surcharge), Voluter [88], 6.
Cortisone dans l'atrophie osseuse, Dwyer [173], 1.
— et adhérences tendineuses, Carstam [35], 2.
— et accroissement tumoral, Green [130], 2.
— (Injections locales) pour bursite, Orbach [22], 3.
— per-orale, Davis [155], 18.
Côtes (Érosions), van Bogaert [69], 2.
— (Fractures) avec pneumothorax, Amundsen [142], 2.
— (— contro-latérales) au cours de la thoracoplastie, Rothstein [86], 1.
— (Granulome éosinophile), Sniffen [157], 10.
Cotyle [Toit] (Plastie), Fontanillas [34], 7.
Cou (Évidement ganglionnaire), Dargent [114 , 1.
— (Fistules branchiales), D. L. Gorni [24], 6.
Cou-de-pied (Tumeur synoviale), U. R. Marottoli [24], 4.
Coude (Endo-prothèse acrylique), Tessarolo [34], 15.
— (Flexion artificielle), Boines [155], 15.
Coxarthrose (Terrain goutteux), Louyot [79], 1.
Coxite (Raideur de hanche consécutive), Kinzler [116], 4.
Crâne (Fracture) et céphalhématome, N. Kendall [38], 1.
— (Ostéomyélite) par pansinusite, Bouchet [55], 5.
— (Traumatismes); encéphalographie, Planques [102], 1.
— [Base] (Fracture); paralysie de la 6e paire, Andrès Ribeiro [166], 4.
— [Cavité] (Tumeurs), Lima [139], 5.
— — — isotopes radio-actifs, Davis [19], 5.
— [Voûte] (Tumeur), Oehlecker [6], 1.
Crânio-encéphaliques (Traumatismes), Rezende [165], 5.
Crâniopharyngiome atypique méconnu, Dejean [73], 3.
Cri de l'ombilic, Navarranne [113], 1.
Criminalité et lobotomie, Linnemann [141], 2.
Croissance (Anévrysmes artério-veineux au cours de la —) et transformations osseuses, Stenger [89], 4.
Cryptorchidie (Chirurgie), Meloni [22], 11.
Curarisant de synthèse, Bodman [129], 2.
Cycle menstruel (Comportement de la muqueuse du col), Cataldi [41], 1.
Cylindromes parotidiens, Eigler [117], 3.
Cyphose des adolescents, Schukneeht [119], 3.
Cystectomie totale, Gil Vernet Vila [47], 3.
— — (Bases anatomiques), Hughes [170], 2.
— sub-totale pour atonie, Houtappel [50], 10.

Cystographie de l'urétérite tuberculeuse, A. Perez Coutino [49], 10.
Cystopathies endocrines chez la femme, Couvelaire [47], 1.
Cytodiagnostic (Applications nouvelles), Lemon [161], 6.

D

Décubitus en pronation (Dispositif ajustable aux tables d'opération standard), J. J. Boretti [24], 2.
Dégénérescence spino-médullaire après cordotomie, Poppi [14], 5.
Démonstrateurs royaux, Hardouin [108], 3.
Dent de sagesse et tétanos, Tramuset [63], 5.
Dentome, Robin [56], 3.
Dermites de l'éther, Michel [101], 1.
Diabète insulino-résistant avec tumeur testiculaire, Lopis [172[, 1.
— sucré (Altérations osseuses), Hernberg [140], 1.
Diaphragme (Éventration), Filipelli [15], 3.
— (Fibro-myxolipome), Desaive [7], 3.
— (Hernie para-sternale), Gudjonds [89], 7.
— (— non traumatique) avec éviscération complète du foie, R. P. Dutlinger [18], 20.
— (Lacunes); greffes cutanées, Geever [21], 4.
— droit [Profil] (Variations), Cappello [136], 1.
Diaphyses (Fractures); enclouage, Mensa [12], 3.
Difformités cicatricielles (Chirurgie réparatrice par transplants libres), Monticelli [32], 6.
Dimenhydrinate, Garsten [141], 5.
Disque intervertébral (Rupture) dans l'industrie, Aitken [18], 1.
— — lombaire (Protrusion), Henderson [130], 4.
Diverticules duodénaux, Borri [15], 4; Centola [166], 1.
— gastriques, Lortat-Jacob [98], 4; Toubiana [110], 2.
— œsophagiens, Servello [66], 3; Gili [136], 5.
— — (Hernie par l'hiatus), Nemours-Auguste [88], 5.
— — [Faux], Meruelle [55], 6.
— du calice rénal, Secrétan [48], 4.
— de traction, Jaubert de Beaujeu [2], 3.
— vésicaux (Léiomyosarcome), Thomas [54], 9.
Diverticulose colique, Boccardi [136], 10.
Douleur (Ablation partielle du gyrus postcentral pour —), W. Lewin [75], 1.
— (Chirurgie cérébro-spinale), Massebeuf [112], 6.
— sous-costale gauche provoquée, Josserand [100], 1.
— lombaire, Houli [167], 2.
— post-opératoire (Irgapyrine), Nartschik [6], 7.
— trigéminale (Implantation d'hypophyse), Bues [6], 12.
Drainage externe biliaire, S. San Julian [60], 21.
Duodénum (Corps étranger non opaque); radio-démonstration, Gagliardi [95], 8.
— (Diverticules), Borri [15], 4; Centola [166], 1.
— (Rupture rétro-péritonéale), Cohn [18], 5.
— (Sondage), Fogliati [12], 7.
— (Sténose sous-vatérienne), S. Teneff [13], 7.
— (Troubles) après opération vésiculaire, Hammesfahr [6], 23.
— (Tumeurs malignes), Hirsch [59], 1.
— (Ulcère) cause d'ictère par obstruction, Stephenson [61], 6.
Duodénum (Ulcère) gastrectomie pour exclusion, Sicard [99], 6.
— [Paroi postérieure] (Ulcère pénétrant); chirurgie, Bentley [9], 3.
Dyskinésies (Chirurgie), David [72], 3.
Dysostose cléido-crânienne, Gambier [33], 2
Dysplasie (Prophylaxie des séquelles), Stracker [122], 4.
— fibreuse, Fochem [122], 5.
— — poly-ostéotique, R. H. Vines [31], 1.
Dysurie après prostatectomie (Cure), Bloch [15], 10.

E

Échinococcose rénale, Bauris [54], 5.
École de chirurgie de Rennes (Démonstrateurs royaux), Hardouin [108], 3.
Électrocardiographie, de Stavola [69], 1.
— de la réanimation par transfusion, Cavalcanti [12], 10.
Électro-encéphalographie des traumatisés crâniens, Planques [102], 1.
Embolectomie aortique directe réussie, Thiessen [18], 18.
Embolie aérienne (Traitement avec succès), Musgrove [155], 17.
— — du pneumothorax, Stangl [85], 2.
— aortique; 2 cas guéris, Milwidsky [71], 2.
— gazeuse, Cafiero [136], 8.
— graisseuse par enclouage, Schuttemaier [6], 18.
— périphérique, Boerema [132], 2.
Emphysème mésentérique, Dorado [163], 10.
Encéphalocèle et spina bifida, Bravo [30], 3.
Enclouage cervical fémoral, Dauphin [88], 12.
— médullaire (Complications graves), G. Heins [6], 34.
— — (Embolie graisseuse), Schuttemaier [6], 18.
Endartérite oblitérante (Parathyroïdectomie), Garbon [147], 2.
Endocrinothérapie du cancer prostatique, Nicol [9], 15.
Endomètre (Implantation vaginale), Halder [116], 5.
Endométriose (Œstrogènes), Hurxthal [157], 6.
Endoprothèse acrylique, Tessarolo [34], 15.
Endoscopie en gynécologie, Mac Fadyen [44], 3.
Endothélium veineux (Rôle dans la thrombose), Samuels [19], 9.
Enfance (Tumeurs malignes), Pricolo [84], 3.
Entérite segmentaire aiguë, Marsiglia [14], 13.
Entérocèle, Louw [172], 2.
— (Réparations) avec préservation du vagin, R. I. Hiller [44], 7.
Épaule douloureuse, Nelson [173], 3.
— (Luxation récidivante), Dickson [21], 9.
— (Tendinite calcifiante); radiothérapie, Plenk [95] 4.
Épididyme (Cholestéatome), Gibson [50], 6.
Épilepsie (Chirurgie), Obrador-Alcade [126[, 2.
— traumatique, Thiébaut [106], 2.
Épinéphrine (Test pré-opératoire), Steele [157], 3.
Épiphyse humérale (Altérations), Chiappe [91], 1.
Épiphysiolyse de la tête fémorale, J. M. Paez [39], 2.
Épiphysite, Wardle [9], 19.
Épiploïte suppurée, Rodriguez de Sanctis [24], 1.
Épispadias, Gross [54], 10.
Épithéliomas primitifs tubaires, Doutre [4], 2
Espace épidural rachidien (Varices), Christensen [163], 6.
— sous-dural (Hématome), Bergman [155], 2.

Espace rétro-péritonéal (Hématome), L. E. Smale [44], 11.
Estomac (Anastomose iléale), Barritt [129], 5.
— (— œsophagienne haute), Fatti [172], 5.
— (Biopsie); instrument nouveau pour —, Tomenius [61], 4.
— (Cancer), Carillo Maurtua [171], 2.
— — cytodiagnostic, Lemon [161], 6.
— — diagnostic avec la gastrite, Kennedy [95], 3.
— — évolution, Hernando [60], 10.
— — dans l'anémie pernicieuse, Norcross [161], 2.
— — et polypes, Mayner [60], 2.
— — ectomie totale, Martin Lagos [60], 12.
— — résection subtotale, récidive, Thomson [21], 7.
— — double, Bissi [84], 1.
— — sur ulcère), Vaugh [161], 7.
— (Diverticules), Lortat-Jacob [98], 4.
— — radiologie, Toubiana [110], 2.
— double, de Castro Barbosa [155], 6.
— (Ectopie partielle), Roviralta [60], 20.
— (Hémorragie); origine splénique, Figueras [60], 16.
— (Léiomyome); hématémèses, Tempest [9], 18.
— (Maladies du grand âge); cancer. Holler [81], 1.
— (Opérations); maladies consécutives, Schrade [118], 6.
— (Polypes) et cancer, Mayner [60], 2.
— (Résection); technique, Branco Ribeiro [168], 3.
— (Sécrétion); action de la gastro-jéjunostomie, J. M. Zubiran [20], 2.
— (Ulcération) par bezoard, Goinard [88 , 9.
— (Ulcère); dégénérescence maligne, Sveida [146], 4.
— — transformation maligne, Vaugh [161], 7.
— — phrénicotomie et vagotomie, Grant Dailey [96], 3.
— (— dystrophique), Wagner [118], 12.
— (— hémorragique), Morris Binder [62], 3.
— (— peptique); physiopathologie après gastrectomie, Pera [60], 15.
— (Peptic ulcer refractaire au traitement), Kirshner [67 , 1; Miller [67], 2.
— (— — hémorragique), S. Kruger [61], 2.
— (— — multiples hémorragiques), Davis [155], 18.
— (Ulcère perforé), Du Toit [157], 5.
— (Ulcus); résection totale, Plagge [6], 31.
— (Volvulus), Frebet [1], 2.
— [Petite courbure] (Niche ulcéreuse simulée par diverticule), Toubiana [110], 2.
— — (Ulcère calleux); ectomie, Kosanovick [148], 5.
— opéré (Radiologie), Linguerri [91], 3.
Éther (Dermites), Michel [101], 1.
Éventration diaphragmatique, Filipelli [15], 3.
Excipan Curare pour narcose prolongée, Jirzik [6], 25.
Exophtalmie (Inhibition pituitaire thérapeutique), Okie [22], 4.
Exophtalmos progressif (Chirurgie), Mc K. Craig [19], 3.
Exostose carpienne articulée, Forni [33], 3.
Extra-pyramidalotomie sous-pallidale, Fénelon [72], 4.
Extrémités (Gangrène) par thrombose veineuse, Ebel [156], 3.

F

Face (Difformités); méthode de rotation, Ardao [169], 2.
— (Ostéosarcome) chez un jeune enfant, J. W. Otte [30], 2.
— (Tumeurs bénignes et malignes), Lindeman [63], 12.
Fémur (Allongement opératoire), Contargyris [34], 8.
— (Maladie de Paget), Voluter [88] 6.
— [Col] (Enclouage), Dauphin [88], 12.
— — — complications graves, G. Meins [6], 34.
— — (Fractures); amélioration des résultats, Dubois [27], 2.
— — — vissage, fil guide, Colombani [33], 5.
— — (— internes); statistique du traitement par vissage, Pietrogrande [32], 7.
— [Diaphyse] (Pseudarthrose) Cauchoix [27], 3.
— [Tête] (Épiphysiolyse), J. M. Paez [39], 2.
Fibro-lipo-myxome, Desaive [7], 3.
Fibrome sous-muqueux iléal, M. T. Pheils [9], 6.
— utérin, Daniel [88], 11.
Fibromyomes extra-pelviens, Canavese [12], 5.
Fibrose ischémique, Miller [18], 9.
Fièvre obscure par cancer rénal, Greenberg [156], 2.
Fils non absorbables, Finochietto [163], 5.
Filet de Perlon pour hernies abdominales, Nusselt [6], 15.
Fistules (Diagnostic), Henck [120], 6.
— par fils non absorbables, Finochietto [163], 5.
— anales, Burkitt [9], 21.
— ano-rectales, Gorsch [67], 4.
— artério-veineuse (Effets sur la croissance du membre), Janes [159], 2.
— — congénitales, Jouve [97], 9.
— biliaires internes (Démonstration radiologique), L. Fischer [89], 9.
— — — spontanées, Mirizzi [60], 13.
— branchiales, D. L. Gorni [24], 6.
— carotido-jugulaires (Effets cérébraux), Larsson [93], 11.
— cholécysto-duodénales, Rocha [60], 19.
— œsophago-bronchiques, Jaubert de Beaujeu [2], 3.
— trachéo-œsophagiennes, Duarte [60], 6.
— urinaires chez la femme, W. Dzieszko [43], 1.
— vésico-vaginales, Baird [54], 24.
— — (Chirurgie), Berlemont [113], 5.
Flanedil (Chute tensionnelle imputable au—); Grégoire [5], 6.
Foie (Abcès), Kredi Dabaj [162], 3.
— (— amibiens), Grizaud [97], 1.
— (Blessure par arme à feu), Sacon [163], 20.
— (Carcinome); résection, J. O. Shaffer [20], 12.
— (Éviscération complète) par hernie; suture au fil de tantale, R. P. Dutlinger [18], 20.
— (Hernie diaphragmatique), Arnheim [21], 3.
— (Histochimie) dans les affections biliaires, Edlung [17], 2.
— (Kyste hydatique), Carro [60], 3; Sohier [113], 2.
— (Lithiase biliaire), Nguyen Huu [97], 3.
— (Maladie maligne primitive), Sandford [161], 1.
— (Ponction-biopsie); diagnostics permis, Girard [100], 2.
— (Problèmes anatomo-chirurgicaux du —), C. Scartozzi [13], 16.
— (Résection) pour carcinome, Shaffer [20], 12.
— (Troubles); pethidine, Dundee [130], 9.
— [Lobe gauche] (Abcès) type anthrax, Grizaud [113], 7.
Fosse crânienne moyenne (Tumeurs) vues sur l'artériogramme, Tönnis [74], 2.
— ptérygo-maxillaire (Tumeur), Chatellier [55], 9.
Fractures, Sicard [1], 1; Brinckmann [6], 11; Stein [21], 2; Dubois [27], 2; A. Nasser

[26], 3; Voluter [88], 6; Nidecker [94], 2; Grugni [135], 1; Odena [163], 2; [163], 21.
Fractures (Revue de 4284 cas), Miyakawa [18], 15.
— (Enclouage), Mensa [12], 3.
— (Fixation médullaire), Allredge [160], 6.
— (Foyers de —); substances ostéogénétiques pour —, Barba-Inclan [39], 1.
— (Ostéosynthèse), Decker [143], 4.
— (Vissage), Colombani [33], 5.
— de l'arcade zygomatique, W. Holler [6], 33.
— articulaires et para-articulaires, Monticelli [32], 2.
— non consolidées, Powell [130], 6.
— costales au cours de la thoracoplastie, Rothstein [86], 1.
— du crâne, N. Kendall [38], 1.
— expérimentales (Traitement à l'Ossopan), Cavazza [34], 10.
— internes (Vissage), Pietrogrande [32], 7.
— luxations, Branciforti [33], 4; Castillo Odena [163], 7; [163], 11; [163], 24.
— mandibulaires, Van de Vyder [63], 11.
— maxillaires, M. J. Boden [63], 7.
— spontanées, Bass [155], 25.
Frottis vaginaux dans le contrôle de l'irradiation du cancer utérin, Nowosad [43], 2.
Furoncle, Villafane [164], 4.

G

Gaine du droit abdominal (Hématome spontané), Schönherr [6], 5.
Ganglions lymphatiques envahis dans le Wertheim, Zeitz [40], 2.
— — pelviens (Dissection) dans l'hystérectomie radicale, J. B. Graham [44], 6.
Ganglionectomie stellaire pour sclérodermie, Berkay [147], 1.
Ganglioneurome lombaire en sablier (Erreur de diagnostic), K. Nittner [74], 4.
Ganglioplégiques en chirurgie cérébrale, Petit-Dutaillis [7], 1.
Gangrène d'une extrémité (Thrombose veineuse), Ebel [156], 3.
Gastrectomie, Kosanovich [148], 5.
— (Anastomose gastro-duodénale), Finsterer [97], 7.
— (Cancer du moignon), Kyrle [6], 9.
— (Fonctionnement du grêle après —), Glazebrook [9], 4.
— pour exclusion, Sicard [99], 6.
— pour ulcère (Résultats éloignés), Zagorski [16], 6.
— — Thyroïdectomie associée (Modifications expérimentales de l'hémopoïèse), Gallone [14], 21.
— partielle (Technique de —), T. O'Neil [9], 11.
— de remplacement, F. A. Henley [9], 5.
— totale (Moignon gastrique), Kline [22], 12.
— — pour cancer, Martin Lagos [60], 12.
— — pour ulcus, Plagge [6], 31.
Gastrectomisés (Physiopathologie des —), Pera [60], 15.
— (Traitement diététique), Schenk [120], 5.
Gastrite (Diagnostic) avec le cancer, Kennedy [95], 3.
— (Radio-diagnostic), Stampfli [95], 1.
— chronique (Évolution), Ingersoll [95], 2.
— polypeuse, Kosanovich [148], 5.
— séreuse, Teichmann [59], 2.
Gastro-duodénaux [Ulcères] associés à l'angor, Carasso [149], 1.
— — (Gastrectomie), Finsterer [97], 7.
— — (Méthodes opératoires), Lazar [6], 10.
— — perforés], L. Santa [13], 14.
— — — 100 cas, Giordanengo [12], 4.
Gastro-duodénaux [Ulcères] au Massachusetts General Hospital, Burbank [157], 11.
Gastro-jéjunostomie; étude quantitative de son action sur la sécrétion gastrique, J. M. Zubiran [20], 2.
Gastroscope (Causes de son impuissance à franchir le cardia), Selesmick [61], 1.
Gaz intra-rénal, Winstead [54], 2.
Gelures (Physiopathologie) et traitement, Laborit [96], 7.
Gencives (Tumeurs malignes), J. J. Conley [25], 5.
Genou (Attitudes vicieuses non traumatiques) ostéotomie, Herbert [97], 11.
— (Contracture en flexion) par arthrose, Boos [120], 3.
— (Paralysie infantile); transplantation du fascia lata, Giomi [34], 4.
— (Pneumo-arthrographie), Keats [23], 1.
— (Synovectomie); réaction articulaire, Kroch [6], 8.
Genu-flexum (Chirurgie), Herbert [97], 11.
Glande sous-maxillaire (Tumeur mixte), Giraud [57], 3.
— parotide (Tumeur massive), Barondes [23], 3.
— — (— mixtes et cylindromes); irradiation ? Eigler [117], 3.
— pituitaire (Inhibition) par stéroïdes, Okie [22], 4.
— thyroïde (Cancer), Picco [137], 1; Ferrari [164], 6.
— — (— métastatique), Dempsey [54], 19.
— — (Chirurgie); résultats, Anker Edvall [141], 7.
— — linguale (Évolution après transplantation), Bocca [14], 2.
Glandes salivaires (Calcul géant), Pialoux [55], 7.
— — (Tumeurs); classification, Gricouroff [97], 18.
— surrénales (Transplantation), Hérionen [128], 4.
— — (Tumeur maligne) sous forme de tumeur osseuse radio-sensible, O. Wichtl [89], 5.
Glomus (Tumeurs douloureuses multiples), Tom Rowntree [9], 9.
Glucose (Injections intraveineuses) pré- et post-opératoires, Zoll [62], 2.
Goitre lymphomateux, Craig [18], 4.
— — de Hashimoto, Lerman [157], 2.
— pénétrant dans le thorax, Luchetti [163], 14.
— rétro-sternal, Berkol [147], 4.
— intra-thoracique, Luchetti [163], 14.
— thyroïdien (Dégénérescence myxomateuse), Tachella Costa [164], 2.
Graisses totales et cholestérol (Comportement pulmonaire et hépatique) après pneumonectomie, Ursini [11], 2.
Granulome ésosinophile, Sniffen [157], 10.
— — (Radiothérapie), R. Töppner [90], 2.
— malin, Scrufari [53], 1.
Greffes d'amnios, Galante [11], 1.
— cutanées, Geever [21], 4.
— — et tumeur maligne, Dufourmentel [99], 4.
— — (Excision); technique simple pour — à épaisseur totale, de dimensions et de formes différentes, Gelbke [20] 5.
— endocarditiques, Welti [69], 3.
— osseuses avec pédicule musculaire, J. B. Davis [20], 11.
— — (Vascularisation), Kiehn [19], 7.
— rachidiennes (Fracture), Sicard [1], 1.
— vasculaires, Sauvage [19], 10.
Grossesse, Madlener [132], 1.
— et appendicite, Jorgensen [18], 13.
— avec hématome rétro-péritonéal, L. E. Smale [44], 11.
— ovarienne, W. F. Baden [44], 5.
— tubaire à terme, de Gavaller [46], 2.
Gynécologie (Endoscopie en —), Mac Fadyen [44], 3.

Gyrus post-central (Ablation partielle), pour douleur, W. Lewin [75], 1.

H

Hallux valgus (Chirurgie), Ponzoni [34], 16.
Hamartome chondromateux, Latteri [66], 1.
— sous-pleural, Leval [97], 19.
Hanche (Arthrodèse transarticulaire), Trivelli [34], 18.
— (Arthroplastie), Ponzoni [34], 13.
— — 100 cas, Bodart [107], 1.
— (Endoprothèse acrylique), Poli [34], 12.
— (Luxation congénitale); prophylaxie, Le Damany [108], 2.
— (Prothèse acrylique); voie postérieure, Bremen [29], 2.
— (Raideur en flexion abduction), Kinzler [116], 4.
— (Réduction-reconstruction), Bohlmann [18], 2.
Hémarthrose (Radiologie) d'après 136 clichés, Fonio [94], 1.
Hématémèses par léiomyome, Tempest [9], 18.
Hématome intra-cérébralspontané, Gros [96], 1.
— sous-dural, Bergmann [155], 2.
— rétro-péritonéal durant la grossesse, L. E. Smale [44], 11.
— spontané, Schönherr [6], 5.
— tubaire, Quaini [42], 7.
Hémiplégie spastique infantile avec syndrome épileptique (Résection cérébrale étendue), G. M. Fasiani [14], 19.
Hémisacralisation lombaire, Monateri [136], 9.
Hémopoïèse expérimental (Modifications) après gastrectomie et thyroïdectomie combinées), Gallone [14], 21.
Hémorragies digestives, Garcia Moran [60], 8.
— gastriques, Figueras [60], 16.
— massives par ulcères, Davis [155], 18.
— — gastro-intestinales, Jacobson [154], 2.
— utérines, Gianaroli [42], 4.
— — fonctionnelles (Hormonothérapie), Pescetto [42], 5.
Héparine (Action vasculaire), Matis [7], 4.
Hépato-cholédoque (Lésions), S. San Julian [60], 21.
Hernie abdominale (Filet de Perlon), Nusselt [6], 15.
— crurale étranglée, Bellinazzo [14], 14.
— diaphragmatique, Volk [155], 28.
— — congénitale, Arnheim [21], 3.
— — étranglée, Meloni [15], 2.
— — para-sternale, Warwick Brown [65], 4; Gudjons [89], 7.
— — non traumatique, R. P. Dutlinger [18], 20.
— discale (Opération); fusion spinale immédiate, Ingebrigtsen [35], 3.
— — (Sciatique), Griva [136], 7.
— — intra-spongieuse, Zseliök [6], 27.
— étranglée (Dangers du taxis), Casini [133], 1.
— hépato-cæco-appendiculaire du hiatus, Doyle [163], 16.
— du hiatus, Nemours-Auguste [88], 5.
— — diaphragmatique, Larghero Ibarz [170], 4.
— inguinale, Moss [160], 7.
— — (Étranglement diverticulaire), Forni [134], 3.
— interne et externe combinées, Thiessen [155 ,13.
— volumineuse ou irréductible (Pneumopéritoine pré-opératoire), Berlemont [113], 4.
— rétro-xiphoïdienne (Étranglement), Frebet [1], 2.
Hernie chez l'enfant (Chirurgie), Hendrick [160], 2.
Hexaméthonium, Brunet d'Aubiac [98], 2.
Hiatus (Pneumocèle) par pneumopéritoine, Friedman [155], 26.
— de Morgagni (Hernie hépato-cæco-appendiculaire), Doyle [163], 16.
— œsophagien (Syndrome), Eisenbeth [109], 1.
Histoplasma capsulatum, Christopherson [155], 14.
Homogreffe artérielle conservée, Hiertonn [35], 1.
— osseuses de banque d'os, Hussenstein [27], 5.
Hormones surrénales et perméabilité capillaire chez les brûlés, Wight [20], 9.
Hormonothérapie du cancer mammaire et de ses métastases, Verhague [5], 1.
— du cancer utérin inopérable, Tischer [81], 4.
— de l'hémorragie utérine, Pescetto [42], 5.
Huile iodée (Accidents), Themel [6], 13.
Huméro-scapulaire [Périarthrose] (Pronostic), Meulengracht [140], 2.
Humérus (Fracture sus-condylienne); compression vasculaire, Brinckmann [6], 11.
— [Épiphyse distale] (Altérations), Chiappe [91], 1.
Hydradénome, Kinnunen [8], 3.
Hydrocèle (Voie inguinale), Finochietto [163], 22.
— essentielle, Finocchietto [163], 13.
Hydrocéphalies congénitales, Shockaert [125], 3.
Hydronéphrose (Néphrostomie modelante de l'uretère), Abramowicz [97], 5.
Hypercalcémie (Syndrome clinique), Roch [143], 2.
Hypernéphrome (Masses secondaires), Schofield [50], 7.
— (Métastase), Dempsey [54], 19.
— et néphrectomie, G. A. Humphreys [25], 4.
Hyperplasie lymphoïde rectale bénigne, W. P. Barber [38], 6.
Hypertension artérielle par ligature vasculaire rénale, Cacchi [51], 2.
— portale, Hidalgo Huerta [60], 11.
— — (Chirurgie), Nabatoff [62], 1.
— — (Dérivation spléno-rénale), Suiffet [170], 5.
— pulmonaire (Importance chirurgicale), Muller Jr [19], 14.
Hyperthyroïdie (Chirurgie), Terracol [103], 1.
Hyperthyroïdisme (Thyroïdectomie totale), Caeiro [170], 3.
Hypoparathyroïdisme post-opératoire (Transplantation surrénale), Hérionen [128], 4.
Hypophyse (Implantation) pour douleur trigéminale, Bues [6], 12.
Hypospadie, Erdély [145], 3.
Hypotension contrôlée, Petit-Dutaillis [7], 1; Molina [163], 23.
Hystérectomie (Implantation vaginale de l'endomètre), Halder [116], 5.
— radicale avec dissection des ganglions (Carcinome résiduel), J. B. Graham [44], 6.
Hystérosalpingographie, Mac Gregor [129], 4.

I

Ictère par anomalie biliaire, Severo da Costa [165], 1.
— par obstruction dans l'ulcère, Stephenson [61], 6.
Iléo-cæcale [Région] (Tuberculose), Rankine [22], 8.
Iléon (Fibrome sous-muqueux), cause d'invagination, M. T. Pheils [9], 6.
Iléus biliaire, Tabanelli [14], 10.
— de fermentation, Bader [40], 4.

Iléus du gros intestin par kyste rénal, E. Ochs [89], 10.
— paralytique (Intubation intestinale), Sambaelli [52], 7.
Incision de Pfannenstiel, Calcano [46], 1.
— prépubienne gynécologique, Ferraris [42], 6.
— transrectale en coulisse dans les opérations de la vésicule, Knappe [6], 32.
Incontinence d'urine orthostatique, Angeli [15], 6.
Infarctus osseux, Betoulières [88], 15.
Infection mixte actinomycosique, Lorenz [119], 5.
Infiltration anexthésique pour l'anesthésie locale, Cablai [14], 20.
Infundibulum du canal artériel (Signe diagnostique), Jonsson [93], 2.
Infusion intra-veineuse de glucose, Zoll [62], 2.
Injections intra-artérielles d'oxygène, Lemaire [165], 2.
— intra-tumorales d'or colloïdal, Brownell-Wheeler [20], 6.
Instrument nouveau pour biopsie gastrique sous contrôle de la vue, Tomenius [61], 4.
Interférences neuro-vasculaires du défilé thoracique, Cl. Jones [9], 5.
Intestin (Hernie diaphragmatique à droite), Arnheim [21], 3.
— (Incarcération), Thiessen [155], 13.
— (Invagination); élimination spontanée, Welsh [129], 3.
— — par fibrome sous - muqueux, M. T. Pheils [9], 6.
— (— chez le malade âgé); type iléo-iléal avec auto-amputation spontanée et expulsion du segment nécrosé, G. C. Coe [61], 5.
— (— iléo-colique), Castiglione [14], 15.
— (— irréductible du jeune enfant), Matthew White [9], 7.
— (Nécrose) par athéromatose mésentérique, Camelot [105], 1.
— (Occlusion aiguë); symptômes, Bachmann [144], 2.
— (— biliaire), Thomas [22], 10.
— (Plastie vésicale), Cibert [2], 1.
— grêle (Adéno-carcinome) Acton [151], 4.
— — (Fonctionnement) après gastrectomie, Glazebrook [9], 4.
— — (Pathologie) après gastrectomie, Arullani [136], 14.
— — (Perforation sous-séreuse); emphysème, Dorado [163], 10.
— — (Résection étendue); fonction d'absorption, Solerio [12], 8.
— — (Tumeurs), Gunkler [152], 1.
— — — radio-diagnostic, Reussi [163], 3.
— [Gros] (Iléus), E. Ochs [89], 10.
— — (Radio-diagnostic), Schlegel [120], 7
Intubation gastro-intestinale dans l'iléus, Sambaelli [52], 7.
Invagination intestinale, Welsh [129], 3.
— — chez le malade âgé, G. C. Coe [61], 5.
— — par fibrome sous - muqueux, M. T. Pheils [9], 6.
— — double, Castiglione [14], 15.
— irréductible du jeune enfant, Matthew White [9], 6.
Iodisme des urographies, Babaiantz [143], 3.
Irgopyrine, Nartschik [6], 7.
Irradiation du cancer utérin sous contrôle des frottis vaginaux, Nowosad [43], 2.
— du cancer du col utérin durant 22 ans, Scheffey [44], 1.
— des muqueuses (Cancer), Wildeberg [124], 1.
Ischion [Tubérosité] (Épiphysite), Wardle [9], 19.
Iso-agglutinines (Augmentation) par sérum de Bogomoletz, Messerlin [112], 5.
Isotopes radio-actifs dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, Castorina [76], 1.
Isotopes radio-actifs dans les tumeurs intra-crâniennes, Davis [19], 5.

J

Jéjuno-œsophagoplastie rétro-sternale, Cavalcanti [165], 3.
Jéjunum (Adénome), Roberts [95], 6.
— (Ulcère peptique), Litricin [148], 6.
— (— primitifs multiples), J. Driessens [5], 2.
Jonction cardio-œsophagienne (Léiomyome), G. E. Schnug [20], 13.
Jumeaux crâniopages, Dure [155], 20.

K

Kystes bronchogéniques, Ayas [163], 18.
— cholédociens, G. Gili [13], 3.
— cœlomiques du médiastin, Bencini [14], 17.
— dermoïdes, Ian Muir [9], 10.
— — ovariens marsupialisés (Carcinome à cellules squameuses développé sur —), W. O. Ackley [44], 12.
— échinococciques (Rupture dans les voies biliaires), Atlas [153], 1.
— hydatiques (Chirurgie), Stoyanovitch [7], 2.
— — hépatiques, Carro [60], 3; Sohier [113], 2.
— — du névraxe, Goinard [72], 1.
— — pulmonaires, J. Dor, [3], 2; Ugon [87], 3; Loubeyre [109], 2.
— maxillaires géants, R. Vincent [63], 14.
— mésentériques, Zanetti [13], 8.
— mésothéliaux, Krieger [18], 12.
— ovariens, Daniel [88], 11.
— [Pseudo] pancréatiques, Gondard [88], 14.
— prostatiques, Servetto [54], 4.
— pulmonaire, Lodge [131], 3.
— du rein, Hryniuk [16], 9; Meyer [23], 2; E. Ochs [89], 10.

L

Labyrinthe (Vascularisation), Scuderi [58], 1.
Lambeau cutané pour plastie thoracique, Vianna [22], 7.
Laryngectomie sub-totale reconstitutive, Hofmann-Saguez [96], 4.
Laryngocèle, Brobeck [141], 8.
Laryngotomie exploratrice, Ferrari [164], 5.
Larynx (Cancer), Grimes [68], 5.
— — téléradiothérapie, Jacobsson [93], 10.
— (Papillomes), Van Eyck [55], 1.
Lavements et excrétion des moyens de contraste, Steinert [93], 4.
Léiomyome, Tempest [9], 18.
— de la jonction cardio-œsophagienne, Schnug [20], 13.
Léiomyosarcome, Thomas [54], 9.
Leucémie (Altérations squelettiques), Uehlinger [89], 1.
Lèvre supérieure (Herpès cataménial); tétanos, Godlewski [99], 2.
Ligament croisé antérieur (Plastie rétro-synoviale), Mommsen [6], 26.
— rond (Fibromyomes), Canavese [12], 5.
Ligatures artérielles, Arnulf [96], 5.
— veineuses, P. Mallet-Guy [2], 4.
Lipomatose péripyélique, Corentino [51], 5.
Liquide céphalo-rachidien (Otorrhée), A. C. de Vet [74], 3.
Lithiase biliaire (Chirurgie); résultats éloignés, Poupa [145], 9.
— — (Fistules internes), Mirizzi [60], 13.
— — (Guérison spontanée), Moreau [164], 3.
— — intra-hépatique, Nguyen Huu [97], 3.
— pancréatique, Leroudier [112], 7.
— rénale, E. A. Luque [49], 5.
— vésiculaire, Snyder [155], 12.
Lobectomie pulmonaire pour cancer suppuré, Laumonier [104], 3.

Lobotomie, Linnemann [141], 2.
— pré-frontale, Kane [77], 1.
Luxation, Roth [146], 1; Odena [163], 2.
— congénitale, P. Gautier [5], 7; Le Damany [108], 2.
— récidivante, Dickson [21], 9.
Lymphadénectomie pelvienne, Ingiulla [42], 3.
Lymphadénie après mastectomie (Lymphangiosarcome), Vos [10], 3.
Lymphangiome kystique, Berland [10], 2.
Lymphangiosarcome, Vos [10], 3.
Lymphangite carcinomateuse, Chandler [130], 5.
Lymphoblastomes (Manifestations cutanées), Jeff Davis [25], 6.
Lymphogranulomatose maligne, Vinditti [34], 2.
Lymphomes, Santos Sylva [165], 6.

M

Mâchoires (Blessures par coup de feu); restauration, Gurdin [63], 9.
— (Tumeurs bénignes et malignes), Lindeman [63], 12.
Macrodex et oxygène dans les brûlures, Gelin [17], 3.
Maffee (Traitement de la constipation post-opératoire), Hellstern [119], 2.
Magnésium métal dans la tuberculose ostéo-articulaire, Chiari [121], 1.
Main (Traumatismes), Pulvertaft [163], 25.
Mal de Pott [Anneau vertébral restant] (Résection), Béraud-Picard [27], 7.
Malades chirurgicaux (Constipation), Hellstern [119], 2.
— — (Déficience de potassium), Lans [21], 5.
— urinaires à opérer, Godena [53], 2.
Maladie d'Albers-Schönberg, Metelka [146], 2.
— de Basedow; et adéno-carcinome, Longo [164], 7.
— de Betcherew, Van der Meer [132], 3.
— de Crohn, Burkitt [9], 21; Immink [10], 4.
— de Dupuytren, James [27], 9; Waller [54], 27.
— de Hand-Schuller-Christian chez l'enfant, F. W. Nash [31], 5.
— de Hashimoto, Craig [18], 4.
— de Hirschsprung (Radiologie), Leboucharp [88], 4.
— de Jaffe-Lichtenstein, Fochem [122], 5.
— de Kaposi, Chirinos [171], 4.
— de Moeller-Barlow, Giomi [34], 3.
— d'Ollier, Perale [34], 11.
— de Paget osseuse, Voluter [88], 6.
— de Peyronie, Waller [54], 27.
— polykystique et ovaire unilatéral, Siegler [44], 10.
— de Quervain, P. Gautier [5], 8.
— de Recklinghausen, Ducroquet [80], 1.
— de Sudeck, Nurra [34], 5; Dwyer [173], 1.
— ulcéreuse (Perforations récidivantes), Pechmann [145], 4.
Maladies consécutives aux opérations gastriques, Schrade [118], 6.
— circulatoires des extrémités, Duryee [152], 2.
— purulentes (Traitement fermé), Zesenkovic [6], 29.
Malformations congénitales, Liban [36], 1; Blackman [125], 1.
— — ano-rectales, Moore [21], 1.
Mamelle surnuméraire, Sabbattini [134], 1.
Manométrie spléno-portale transcutanée, Ferrero [136], 13.
Mastectomie (Lymphangiosarcome de la lymphadénie), Vos [10], 3.
— suivie de carcinomatose péritonéale, Doyle [155], 3.
Maxillaire inférieur (Fractures), Stein [21], 2.
— — — suppression du blocage, M. J. Boden [63], 7.
— — — avantages de l'ostéosynthèse. Van de Vyver [63], 11.
— — (Tumeurs malignes), J. J. Conley [25], 5.
— supérieur (Dentome), Robin [56], 3.
Maxillaires (Adamantinomes); traitement conservateur, Mavrogordato [63], 18; Maurel [63], 19.
— (Kystes géants); chirurgie, R. Vincent [63], 14.
— (Tumeurs chez le jeune enfant), Hermann [63], 20.
Maxillites [Sous] non lithiasiques, Dumas [63], 2.
— — réflexes, Finochietto [163], 1.
Maxillo-faciales [Plaies de guerre], Sitbon [57], 2.
Médecine légale des traumatismes crâniens, Planques [102], 1.
Médiastin (Kystes cœlomiques), Bencini [14], 17.
— (Ostéosarcome), Noriega [126], 1.
— (Tumeurs), Rives [160], 1.
— antérieur (Tératome) chez un enfant, Starer [31], 4.
— — (Voie d'accès extra-pleurale), Darmaillacq [4], 3.
Mélanome malin, King [77], 2.
Membre inférieur (Fibrose ischémique) chez l'enfant, Miller [18], 9.
— — (Inégalité de longueur), Contargyris [34], 8.
— — (Traumatismes), Odena [163], 4.
— supérieur (Chirurgie) dans la paralysie spastique, W. Cooper [37], 1.
Membres (Artérite); injections d'oxygène intra-artérielles, Lemaire [165], 2.
— (Croissance); effets de la fistule artério-veineuse, Janes [159], 2.
— (Fistules artério-veineuses congénitales), Jouve [97], 9.
— (Maladies circulatoires, Duryee [152], 2.
Méningiome (Région du torcular), Borgas Fortes [166], 3.
— en plaques, Buffat [73], 1.
— supra-sellaire (Lésions osseuses), Di Chiro [93], 9.
Menstruation (Appendicite aiguë), Levi [157], 7.
Mésentère (Emphysème), Dorado [163], 10.
— (Kystes); étude étiopathogénique, anatomo-pathologie, clinique et un cas d'intérêt particulier, Zanetti [13], 8.
— (Thrombose), McCollum [161], 9.
— (— veineuse) et appendicite, Miller [155], 10.
Mésothéliome pleural, Clagett [68], 3.
Métaplasies malpighiennes prostatiques, Gouygou [47], 2.
Métastases (Aspects du problème des —), C. Sylvestre [24], 5.
— axillaires primitives d'un cancer occulte mammaire, C. Massimo [13], 4.
— du cancer mammaire, Verhague [5], 1.
— lombo-abdominales géantes d'une tumeur du testicule, J. P. Irezabal [49], 4.
— néoplasiques cérébrales, Heppner [74], 1.
— pulmonaires, Victorica [87], 4.
— tumorales, Dossogne [48], 6.
Méthode de Goni-Moreno, Berlemont [113], 4.
— des injections plastiques, Nguyen Huu [69], 4.
— de Koleszar, Chiari [121], 1.
— de Moszkowicz, Lindemayr [122], 1.
— de Pribram dans les calculs restants du cholédoque, Ribeiro de Mendonça [26], 2.
— de rotation de Esser, Ardao [169], 2.
— de Wenzl, G. Zorn [6], 35.
Méthylthiouracil, Johanessen [141], 1.

Métrorragie juvénile, Gikic [148], 1.
Moelle épinière (Compression); par tuberculome, Guiot [78], 4.
— — (Mélanome malin), King [77], 2.
— — (Traumatismes aigus), Trelles [171], 1.
— — (Tuberculome), Cordova [162], 3.
— — (Tumeurs chez l'enfant), W. R. Chambers [38], 4.
— osseuse et carcinome prostatique, Clifton [154], 1.
Moignon gastrique, Kline [22], 12.
— — (Cancer), Kyrle [6], 9.
— du col restant (Anatomie pathologique), Candiani [42], 2.
Mortalité du cancer (Variations géographiques), Legon [130], 7.
Moutarde à l'azote, Plauchu [101], 2.
Mouvements anormaux (Neuro-chirurgie), Fénelon [72], 4.
Moyens de contraste (Excrétion) en urographie, Steinert [93], 4.
— hydrosoluble, Morales [93], 16.
Muqueuse gastrique (Prolapsus transpylorique), Rappaport [155], 23.
— — (Radiologie des plis) dans la gastrite, Stampfli [95], 1.
— du col utérin [Réticulum fibrillaire] (Comportement), Cataldi [41], 1.
Muqueuses irradiées (Cancer), Wildeberg [124], 1.
Muscle deltoïde (Tripartite), C. Abbott [19], 6.
— droit abdominal (Rupture spontanée), Zaloga [16], 5.
— trapèze (Paralysie post-opératoire), Woodhall [19], 4.
Muscles [Pédicule] et greffe osseuse, J. B. Davis [20], 11.
Myasthénie (Forme pharyngo-laryngée), Bader [55], 8.
Myélographie (Dommages de l'huile iodée), Themel [6], 13.
Myiase furonculeuse, Talice [170], 1.
Myocarde (Apport sanguin); augmentation expérimentale, Donald [159], 1.
Myomètre (Tuberculose), F. dos Santos [45], 1.
Myosite ossifiante (Pathogénèse), Hoppe [6], 19.
Myxome auriculaire, Block [159], 6.

N

Narcose (Indications), Wassner [118], 1.
— (Vomissements); prévention, Bloemertz [118], 4.
— prolongée à l'évipan curare, Jirzik [6], 25.
Naso-pharynx (Plasmocytome), Bystrzanowska [138], 1.
Nausée post-opératoire (Dimenhydrinate), Garsten [141], 5.
Nécrose osseuse aseptique, Semmelroch [89], 11.
— papillaire rénale, Slipyan [54], 3.
Néoplasme [Pseudo] brucellosique, Inglese [133], 2.
Néphrectomie pour hypernéphrome, Humphreys [25], 4.
— pour tuberculose, Nedelec [48], 1; Chaset [54], 17.
— partielle, Mingazzini [15], 5.
— transthoracique, Perez Castro [49], 1.
Néphrectomisés pour tuberculose (Tableau spermatique), Ballerio [51], 6.
Néphroblastome, Shute [151], 3.
Néphrostomie atraumatique, Boone [54], 18.
— modelante, Abramowicz [97], 5.
Nerf cubital (Paralysie tardive), Picchio [33], 1.
— facial (Particularités sur le trajet du —) en relation avec les interventions sur l'articulation temporo-maxillaire, Marziani [63], 10.
Nerf facial (Préservation), Byars [19], 8.
— obturateur (Écrasement), Muschat [54], 15.
— optique (Atrophie) par crâniopharyngiome méconnu, Dejean [73], 3.
— trijumeau (Douleur), Bues [6], 12.
Nerfs (Régénération) dans les implantations de tissus, Dragoni [84], 2.
— crâniens (Suture), Woodhall [19], 4.
— [VI^e Paire] (Paralysie par fracture), Andres Ribeiro [166], 4.
— érecteurs (Section sacrée), Darget [52], 1.
Nettoyage enzymatique, Madden [155], 8.
Neuroblastome, Ariel [25], 3; Kreft [172], 6.
Neuro-chirurgie, Ferey [98], 7.
— de l'arachnoïdite opto-chiasmatique, Milletti [73], 4.
— des mouvements anormaux, Fénelon [72], 4.
Neurofibromatose (Lésions osseuses), Ducroquet [80], 1.
Neurofibrome solitaire primitif du poumon, Amistani [14], 18.
Névralgie de l'articulation mandibulaire, Beyers [156], 1.
Névraxe (Kyste hydatique), Goinard [72], 1.
Nez (Chirurgie esthétique); en Israël, Wodak [22], 6.
Noma (Séquelles), Giraud [57], 1.
Novocaïne intra-veineuse, Hackethal [119], 1.
Nucleus pulposus (Hernie); compression nerveuse, Wise [77], 3.

O

Occlusion intestinale aiguë, Bachmann [144], 2.
— biliaire, Thomas [22], 10.
— des vaisseaux mésentériques, Ficarra [67], 5.
Œdème cérébral, Züleh [74], 5.
Œsophage (Anastomoses gastrique et jéjunale), Paulino [167], 1.
— (Atrésie congénitale), J. Dabadie [4], 1; Ten Cate [10], 1.
— — — et fistule, Duarte [60], 6.
— (Cancer), Grimes [68], 6.
— — action de la moutarde à l'azote, Plauchu [101], 2.
— (Chirurgie et pathologie actuelles), Resano [3], 1.
— (Diverticules) Gili [136], 5.
— — hernie par l'hiatus, Nemours-Auguste [88], 5.
— (— de traction), Jaubert de Beaujeu [2], 3.
— (Faux diverticule), Maruelle [55], 6.
— (Fistule bronchique), Jaubert de Beaujeu [2], 3.
— (— trachéale), Duarte [60], 6.
— (Lésions); voie d'accès thoracique, Hollingsworth [68], 2.
— (Maladies); résultats chirurgicaux, Szoege [138], 5.
— (Motilité), Conti [66], 5.
— [Méga-], Hitze [141], 9.
— — par cardiospasme, Michaud [2], 6.
— — infantile (Complications pleuro-pulmonaires), Barani [87], 6.
— (Rupture spontanée), Mackler [21], 8.
— (Sarcome), Resano [163], 9.
— (Sténose cicatricielle), Lortat-Jacob [98], 3.
— — — anastomose, P. Razemon [5], 4.

Œsophage (Sténose par plombage paraffiné), KRAUSE [118], 10.
— (Voie thoracique droite), GASPAR [18], 7.
— [Tunique musculaire] (Physiopathologie), CONTI [66], 4.
— supérieur (Cancer), GRIMES [68], 5.
— thoracique [Diverticule] (Anatomie pathologique), SERVELLO [66], 3.
— extra-thoracique (Cancer); radiothérapie, JORGSHOLM [93], 7.
Omotransplantation réfrigérée, AGRIFOLIO [34], 1.
Opération césarienne (Incision de Pfannenstiel), CALCANO [46], 1.
— — post-mortem, SPENSER [129], 6.
— de Delitala, MENSA [12], 3.
— d'Estlander-Abbe pour déformations secondaires du bec-de-lièvre, PIERRA [63], 16.
— de Fracassi, RAO [163], 8.
— de Hryntschak, LE CLERC DANDOY [48], 2; J. FORET [48], 3.
— de Langenbeck-Axhausen, FLOHR [55], 3.
— de Millin (100 cas), GAVET [47], 5.
— de Putti, COLOMBANI [33], 5.
— de Sabadini pour ruptures et rétrécissement de l'urèthre, SALAVERRI ARRUZA [49], 11.
— vaginale, WERNER [122], 3.
— d'Amreich, INGIULLA [42], 3.
— de Victor Veau, FLOHR [55], 3.
— de Wertheim (Constatations ganglionnaires positives), ZEITZ [40], 2.
Opérés (Déficience protéique), DA CASTRO BARBOSA [165], 4.
Orchiépididymites traumatiques, LOMBARDO [13], 15.
Or colloïdal radio-actif (Injections intratumorales); précautions à prendre, BROWNELL-WHEELER [20], 6.
Oreille moyenne (Épithélioma), GOUIRIC [57], 5.
— — (Sarcome), LEMARIEY [55], 4.
Organes (Infusion antibiotique) par voie artérielle; méthode de Wenzl, G. ZORN [6], 35.
Orthopédie maxillo-faciale du prognatisme, TIMSIT [111], 1.
Os (Altérations) dans les maladies du sang; radio-diagnostic, COCCHI [89], 2.
— (Atrophie osseuse); cortisone, DWYER [173], 1.
— (Cancer métastatique), RENNES [17], 4.
— (Dysplasie fibreuse), FOCHEM [122], 5.
— (Infarctus), BETOULIÈRES [88], 15.
— (Kystes solitaires); diagnostic, BECKER [116], 2.
— (Lésions) dans les méningiomes, DI CHIRO [93], 9.
— — dans la neurofibromatose, DUCROQUET [80], 1.
— (Nécrose aseptique) à localisation double, SEMMELROCH [89], 11.
— (Réticulosarcome), CENTENERA FONDON [126], 5.
— (Tumeurs à cellules géantes); diagnostic, BECKER [116], 2.
— (— apparemment malignes), FAUGERON [27], 6.
— de l'épaule et du bras (Fractures et luxations), ODENA [163], 2.
— de la jambe (Fractures obliques), DECKER [143], 4.
— longs (Adamantinome), HERTZ [35], 6.
— — (Fractures), NASSER [26], 3.
— — — fixation médullaire, ALLREDGE [160], 6.
— (Pertes de substance); chirurgie, PALMER [17], 6.
— malaire (Enfoncement), STUTEVILLE [55], 2.
— pisiforme (Luxation), ROTH [146], 1.
— congelé (Stérilisation), STRATA [34], 17.
Ossopan, CAVAZZA [34], 10.
Ostéite pubienne post-opératoire, CIBERT [50], 8; MATTEA [52], 4; MUSCHAT [54], 15.
Ostéo-arthrite hypertrophique, FRANCON [112], 2.
Ostéo-arthropathie hypertrophique, EFRENCH [151], 5.
Ostéo-articulaire [Tuberculose], CARABELLESE [32], 4; BLANKOFF [82], 1; HALZMANN [120], 4.
— — magnésium métal, CHIARI [121], 1.
— — streptomycine, BRANCIFORTI [34], 6; RUCKER [168], 1.
Ostéomyélite par pansinusite, BOUCHET [55], 5.
— chronique (Transformation maligne), M. B. DEVAS [9], 8.
Ostéomyéloradiographie, PIRASTU [92], 1.
Ostéomyosclérose (Bases du radio-diagnostic), STODTONEISTER [89], 3.
Ostéopétrose, METELKA [146], 2.
Ostéopoékilie, METELKA [146], 2.
Ostéoporose méta-traumatique, DIAMANT-BERGER [99], 1.
Ostéosarcome facial, J. W. OTTE [30], 2.
— médiastinique, NORIEGA [126], 1.
Ostéosynthèse (Anesthésie moderne) chez des sujets âgés, A. LALLI [32], 5.
— par cerclage, DECKER [143], 4.
— au Collafil, SABAINO [34], 9.
— dans les fractures articulaires et para-articulaires, MONTICELLI [32], 2.
— pour fractures mandibulaires, VAN DE VYDER [63], 11.
— lombo-sacrée, AGRIFOLIO [34], 1.
— intra-médullaire, A. NASSER [26], 3.
Ostéotomie épiphyso-diaphysaire, HERBERT [97], 11.
— vertébrale, HERBERT [35], 4.
Œstrogénothérapie de l'endométriose, HURXTHAL [157], 6.
Otorrhée cérébro-spinale (Un cas), A. C. DE VET [74], 3.
Ouraque (Adéno-carcinome); calcification, POLLOCK [9], 22.
Ovaire (Aplasie congénitale), RUSSELL [131], 2.
— (Dermoïde marsupialisé), W. O. ACKLEY [44], 12.
— (Kyste) et fibrome ovarien, DANIEL [88], 11.
— (Sarcome ostéogénique), L. M. STOVE [44], 9.
— (Tératome malin); différenciation chorio-épithéliomateuse, BUSSER [97], 17.
— (Torsion chez l'enfant), SALWIN TAYLOR [31], 3.
— unilatéral avec maladie polykystique; A. M. SIEGLER [44], 10.
Oxygène (Injection intra-artérielle), LEMAIRE [165], 2.

P

Palais (Division); méthodes de Victor Veau et Langenbeck, FLOHR [55], 3.
— [Fente] (Plastie en pont), AXHAUSEN [6], 2.
— —; traitement chirurgical, prothétique phonétique, orthodontique au centre de la Parole d'Amsterdam, VAB OMMEN [63], 15.
— [Voûte] (Pertes de substance); chirurgie, CUPAR [63], 17.
Pallesthésie, WISE [77], 3.
Pancréas (Cancer), DORKEN [6], 4.
— —; cytodiagnostic, LEMON [161], 6.
— (Carcinome), CLIFFTON [20], 7.
— — métastase rénale, MCCREA [22], 2.
— (— colloïde), MUIR [9], 17.
— (Chirurgie), DE SILVIA BASTOS [169], 1.
— (Pseudokyste), GONDARD [88], 14.
— (Lithiase), LEROUDIER [112], 7.
— (Tumeurs insuliniques), J. MORLEY [9], 1; FORSHALL [9], 20.
— exocrine (Tumeurs malignes), GALLART-ESQUERDO [60], 7.

Pancréatectomie totale, GOUREVITCH [9], 2.
Pancréatite aiguë et grossesse, MADLENER [132], 1.
— — hémorragique, STEPHENSON [20], 8.
— chronique dans l'enfance, Th. JAMES [31], 2.
— hémorragique, OGAN [147], 3.
Pancréato - kysto - viscéro - anastomose, MILONE [136], 12.
Pansinusite (Ostéomyélite), BOUCHET [55], 5.
Papillome cervical utérin, MARSH [44], 2.
— laryngien, VAN EYCK [55], 1.
Paraganglíomes, G. T. PACK [25], 1.
Paralysie cubitale tardive, PICCHIO [33], 1.
— infantile, GIOMI [34], 4.
— — (Troubles circulatoires); sympathectomie, KIVILAAKSO [35], 5.
— de la VI[e] paire, ANDRÈS RIBEIRO [166], 4.
— spastique (Chirurgie du membre supérieur), W. COOPER [37], 1.
— du trapèze, WOODHALL [19], 4.
Paramètre (Infiltrations), BERMOND [136], 6.
Paralysie (Reflux vésico-uretéral), HUTCH [54], 8.
— traumatique, FONTAINE [72], 2.
Parathyroïdectomie pour endartérite, GARBON [147], 2.
— pour sclérodermie, BERKAY [147], 1.
Paresthésies bucco-pharyngées, ROBIN [56], 2.
Parodite chronique, HENNION [63], 1.
— réflexe, FINOCHIETTO [163], 1.
Peau (Pertes de substance]; greffe d'amnios, GALANTE [11], 1.
— (Tumeur maligne); greffe, DUFOURMENTEL [99], 4.
Pendiomid dans les vasculopathies périphériques, E. CIOCATTO [13], 9.
Pénis (Section accidentelle), PRICE [54], 26.
Pentothal intra-veineux, LATAIX [98], 8.
Peptic ulcer (Résultats de la résection gastrique), ZAGORSKI [16], 6.
— — hémorragique (Volume du sang dans le —), KRUGER [61], 2.
— — rebelle, KIRSHNER [67], 1.
Périarthrose huméro-scapulaire, MEULENGRACHT [140], 2.
Péricarde fibreux après péricardite, FREILICH [161], 4.
Péricardite aiguë non spécifique, FREILICH [161], 4.
Période post-opératoire (Accidents veineux); anticoagulants, FAVRE-GILLY [2], 5.
— — (Douleur); irgapyrine, NARTSCHIK [6], 7.
— — (Iléus de fermentation), BADER [40], 4.
— — (Sérum alcoolisé), QUESADA [162], 2.
— pré-opératoire (Test à l'épinéphrine), STEELE [157], 3.
— pré- et post-opératoire (Ascorbinémie), VARA LOPEZ [60], 23.
— — — (Infusions intraveineuses de glucose), ZOLL [62], 2.
Péritoine (Carcinomatose) après mastectomie, DOYLE [155], 3.
— (Kystes mésothéliaux), KRIEGER [18], 12.
— pariétal antérieur (Stimulation nociceptive), MANGIONE [15], 1.
Péritonite aiguë purulente (Thérapeutique rationnelle); ses bases, A. BOBBIO [13], 5.
— appendiculaire, ZOCCHI [14], 11; MAJ [16], 7.
— expérimentale (Sulfathiazol), GRIEVE [22], 9.
— tuberculeuse, COGNASSO [136], 2.
— — chez l'enfant (Aspects cliniques), IMBERT [28], 1.
Perlon pour sutures, VOLKMANN [6], 28.
Perméabilité capillaire chez les brûlés, WRIGHT [20], 9.
Pertes de substance osseuse, PALMER [17], 6.
— — de la voûte palatine, CUPAR 63], 17.
Péthidine, DUNDÉE [130], 9.
Pharynx [Hypo] (Cancer), GRIMES [68], 5.
Phéochromocytome, KRUEHN [54], 1.
— (Test par la régitine), GIFFORD [155], 9.
Phosphore radio-actif, KIEHN [19], 7; MORLEY [130], 3.
Phrénicotomie avec vagotomie, GRANT DAILEY [96], 3.
Pied-bot varus équin congénital, CABANAC [27], 8; ESTÈVE [97], 10.
— — — — (Forme particulière), DE MORAES [29], 1.
— creux talus (Correction) par technique particulière, MARINO [32], 3.
— (Décalcification) chez un goutteux, MULLER [79], 2.
Plaies (Infection) retardée par suture au Perlon, VOLKMANN [6], 28.
— (Traitement local), STENGER [116], 3.
— expérimentales (Cicatrisation); action de la vitamine B6, ASTORRI [11], 3.
— de guerre, SITBON [57], 2.
— pénétrantes, CASTEL [112], 3.
— — par coup de feu, P. BASTIEN [5], 9.
Plasma expanders, MCCARTHY [19], 18.
Plasmocytome, BYSTRZANOWSKA [138], 1.
Plastie en pont, AXHAUSEN [6], 2.
— rétrosynoviale, MOMMSEN [6], 26.
Pleuro - pulmonaires [Complications] d'un méga-œsophage infantile, BARANI [87], 6.
Pleuroscopie, BRAILLON [97], 15.
Plèvre (Cancer métastatique) verue du sein, KANE [157], 8.
— (Endoscopie), SACCO [136], 11.
— (Mésothéliome), CLAGETT [68], 3.
Plexus préaortique (Infiltration) pour angine, DE STAVOLA [69], 1.
Plombage acrylique, HERTZOG [78], 2.
— paraffiné (Sténose œsophagienne), KRAUSE [118], 10.
Pneumo-arthrographie, KEATS [23], 1.
Pneumocèle du hiatus, FRIEDMAN [155], 26.
Pneumo-médiastin compliquant un pneumopéritoine aigu, BAGGOTT [18], 19.
Pneumonectomie (Fonctions du poumon restant); graine et cholestérol, URSINI [11], 2.
— élargie, PÉTRIAT [104], 4.
Pneumopathie huileuse avec hamartome, LEVAL [97], 19.
Pneumopéritoine (Embolie gazeuse), CAFIERO [136], 8.
— (Fonctions rénales), ROUJEAU [78], 1.
— (Pneumocèle du hiatus), FRIEDMAN [155], 26.
— avec spléno-contraction, ROSSI [92], 4.
— dans la cure herniaire, BERLEMONT [113], 4.
— en urologie, UHLIR [145], 1.
— aigu compliqué de pneumo-médiastin, BAGGOTT [18], 19.
— spontané (Sur le —), MANZOCCHI [14], 22.
Pneumo-pyélographie, TANA [15], 11.
Pneumothorax artificiel (Embolie aérienne), STANGL [85], 1.
— extra-pleural (Enlèvement des caillots), LE FOYER [78], 3.
— intra-pleural (Interventions complémentaires), PICARD-LEROY [97], 13.
— spontané (Complication évitable), STANGL [85], 2.
— traumatique par fractures de côte, AMUNDSEN [142], 2.
Poignet (Radiologie) dans la polyarthrite, FORESTIER [88], 1.
Poliomyélite antérieure simulée par tumeurs intra-spinales, W. R. CHAMBERS [38], 4.
Polyarthrite chronique (Radiologie), FORESTIER [88], 1.
Polypes appendiculaires, MARTINEAU [155], 5.
— gastriques, MAYNER [60], 2.
Ponction biopsie hépatique, GIRARD [100], 2.
— — prostatique, BILGER [47], 4.
Potassium (Déficience) en chirurgie, LANS [21], 5.

Pouls artériel pulmonaire dans le cancer broncho-pulmonaire; détection par cinédensigraphie, KOURILSKY [64], 1.
Poumon (Adénome bronchique), KALLQVIST [141], 4; SPACEK [145], 2.
— (Anévrysmes artério-veineux); tomographie, LODIN [93], 13.
— — et malformations semblables, WETZEL [89], 8.
— (Angiosarcome), BARANI [87], 8.
— (Atélectasie post-opératoire et post-traumatique); rôle de l'appareil bronchique, STAJANO [87], 5.
— (Cancer); cytodiagnostic, GALY [100], 3.
— (— bronchique); métastases vertébrales, RAVAULT [88], 7.
— (— bronchogénique); radiothérapie, ADELMAN [95], 5.
— (— métastatique), ALLOUCHE [110], 4.
— — —; chirurgie, MERLIER [97], 14.
— (— — suppuré); ectomie, LAUMONIE [104], 3.
— (Carcinome); métastase pulmonaire, LAMBERT [155], 4.
— (— bronchogénique), J. S. LA DUE [25], 2.
— (Corps étrangers); chirurgie, MAGIERO [16], 4.
— (Exérèse) pour cavernes tuberculeuses, CHALNOT [97], 12.
— (Foyers congestifs essadatifs) par distension aiguë d'un viscère abdominal, STAJANO [87], 1.
— (Hamartome), LEVAL [97], 19.
— (— chondromateux), LATTERI [66], 1.
— (Kyste), LODGE [131], 3.
— (— bronchogénique), AYAS [163], 18.
— (— hydatique); diagnostic, LOUBEYRE [109], 3.
— — — et tuberculose, J. DOR [3], 2.
— — —; traitement, UGON [87], 3.
— (Lobectomie) pour sténose tuberculeuse, BAUMANN [78], 5.
— (Métastases); traitement, VICTORICA [87], 4.
— (Neurofibrome solitaire primitif), AMISTANI [14], 18.
— (Pièces d'exérèse) et radiologie pré-opératoire, LIARAS [88], 8.
— (Résection) pour métastase d'un cancer pulmonaire, LAMBERT [155], 4.
— — pour tuberculose, J. J. BORETTI [24], 3.
— — en milieu marocain, IMBERT [112], 1.
— (— segmentaire), VOSSCHULTE [118], 11.
— (Tuberculose); dissémination par l'anesthésie, STEINER [145], 11.
— —; localisation segmentaire, LAITINEN [128], 5.
— —; chirurgie, BURNS AMBERSON [161], 5.
— —; chirurgie actuelle, DEPAULIS [104], 1.
— —; résection, J. J. BORETTI [24], 3; TAKARO [159], 3.
— [Apex] (Cancer), LACHAPÈLE [88], 16.
— [Lobe moyen] (Carcinome), BALDRY [65], 2.
— (Symphyses) (Désinsertion extra-pleurale), BRAILLON [97], 15.
Précancérose, PETERSON [93], 6.
Pression cérébrale avec œdème du cerveau, J. ZÜLEH [74], 5.
— coronarienne (Réaction au choc), ROSS VEAL [19], 13.
— endo-biliaire (Sa valeur algésiogène), L. LODDI [13], 10.
Priapisme, GIORDANO [52], 5.
Prognatisme (Chirurgie), KINN [22], 5.
— (Orthopédie), TIMSIT [111], 1.
Projectiles (Inclusion), TRAMUSET [63], 6.
Pronostic post-opératoire, BRENER [146], 3.
Prostate (Cancer), FLOCKS [54], 13; ÜBELHÖR [117], 2.
— —; moelle osseuse, CLIFTON [154], 1.
Prostate (Carcinome); endocrinothérapie, NICOL [9], 15.
— (— chez les jeunes sujets), KIMBROUGH [54], 28.
— (Formation kystique), SERVETTO [53], 4.
— (Néoplasies); métaplasies malpinghiennes, GOUYGOU [47], 2.
— (Ponction biopsie); voie périnéale, BILGER [47], 4.
— (Tuberculose); ectomie, FRIEDMANN [54], 14.
Prostatectomie avec hémostase, GAYET [47], 5.
— (Complications tardives), DACKIEWICZ [138], 2.
— (Cure de la dysurie), BLOCH [15], 10.
— (Ostéite pubienne), MATTEA [52], 4.
— (Rétention d'urine), PIA [53], 5.
— (Techniques); résultats, LASIO [14], 8.
— rétro-pubienne pour tuberculose, FRIEDMANN [54], 14.
— sus-pubienne, LE CLERC DANDOY [48], 2; J. FORET [48], 3.
— trans-vésicale (Modifications techniques), J. M. SAGARRO [49], 11.
Protéines (Déficience) en chirurgie, DA CASTRO BARBOSA [165], 4.
Prothèse-Phonétique-Orthodontie du palais fendu au Centre de la Parole d'Amsterdam, VAN OMMEN [63], 15.
- acrylique, BREMEN [29], 2; POLI [34], 12; GILBERTI [34], 14.
— radifère pour tumeurs amygdaliennes malignes, GRETHER [63], 8.
Pseudarthroses, CAUCHOIX [27], 3.
Ptérion (Méningiome en plaques), BUFFAT [73], 1.
Puberté précoce (Un cas), SAINZ DE LOS TERREROS AMIZAGA [30], 5.
Pubis (Ostéite post-opératoire), CIBERT [50], 8; MATTEA [52], 4; MUSCHAT [54], 15.
Pylore (Sténose congénitale), KEIZER [28], 2.
— (— hypertrophique); radiologie, ROVIRALTA [97], 8.
— (— — congénitale); diagnostic et traitement, RHEINLANDER [38], 5.
— — — — chez un prématuré), B. SCHWARTZ [38], 2.
Pyonéphrose tuberculeuse et métastases d'un cancer testiculaire associé, J. P. IREZABAL [49], 4.

Q

Queue-de-cheval (Tumeurs épendymaires), PAILLAS [97], 16.

R

Rachianesthésie en chirurgie vertébrale, COLE [18], 11.
Racines rachidiennes cervicales (Compression); chirurgie, JUNGE [6], 17.
— nerveuses (Compression) par hernie nucléaire, WISE [77], 3.
Radiations (Dangers) au cours des cholangiographies, LIDEN [93], 1.
— externes corporelles et brûlures, BROOKS [19], 17.
Radio-diagnostic des altérations osseuses dans les maladies du sang, COCCHI [89], 2.
— de l'ostéomyélo-sclérose, STODTONEISTER [89], 3.
Radioiode, BOCCA [14], 2.
Radiologie (Son rôle dans l'inopérabilité du cancer du cardia), VENZONI [14], 23.
— de la maladie de Hirschsprung, LEBOUCHARD [88], 4.
— en gastro-entérologie (Valeur diagnostique), SHAIKEN [67], 3.

Radiologie de la sténose pylorique, Roviralta [97], 8.
— du cancer rectal, Daniel [88], 10.
— pulmonaire pré-opératoire et pièces d'exérèse, Liaras [88], 8.
Radiothérapie du cancer œsophagien, Jorgsholm [93], 7.
— du granulome éosinophile, R. Töppner [90], 2.
— de la tendinite calcifiante, Plenk [95], 4.
— des tumeurs mixtes salivaires, Eigler [117], 3.
Radius (Synostose cubitale supérieure), Lazzari [133], 5.
— [Diaphyse] (Fracture) avec luxation cubitale inférieure, Branciforti [33], 4.
Rate (Ablation); suites, Breu [117], 1.
— (Angiome); rupture, Geelkerken [10], 7.
— (Rupture traumatique); mécanisme pathogénétique, M. Pompili [13], 2.
— (Syndrome de flexion), Machella [161], 8.
— (Territoires artériels), Nguyen Hun [69], 4.
— (Tuberculose); syndrome de Werlhof, Gallone [14], 9.
— volumineuse et adhérente (Voie d'accès), Mollo [12], 2.
Rayons gamma (Source linéaire flexible), Odeblad [93], 5.
Réaction segmentaire cutanéo-pulmonaire, Flach [6], 14.
Réanimation par transfusion intra-carotidienne, Cavalcanti [12], 10.
Recto-sigmoïde (Cancer), Carrapatoso [167], 4.
Rectum (Ablation); rétention d'urine, Gallizia [12], 6.
— (Anastomose sans suture), Sauer [22], 1.
— (Cancer), de Oliveira [168], 2.
— —; diagnostic, Zenker [118], 3.
— —; chirurgie, Chalnot [2], 2.
— —; conservation du sphincter, Santy [60], 22.
— (Hyperplasie lymphoïde bénigne), W. P. Barber [38], 6.
— (Malformations congénitales), Moore [21], 1.
— (Néoplasmes); radiologie, Daniel [88], 10.
— proximal (Cancer); récidive après résection, W. H. Cole [20], 4.
Reflux vésico-urétéral et paraplégie, Hutch [54], 8.
Région œsophago-cardio-tubérositaire (Anatomie médico-chirurgicale), Guidoni [3], 3.
— parotidienne (Opérations bénignes), Byars [19], 8.
— ptérygo-maxillaire (Balle enclavée), Tramuset [63], 6.
Régitine (Drogue adrénolytique), Gifford [155], 9.
Rein (Anthrax); radiologie clinique, R. Ercole [49], 9.
— (Calculs); ablations, Pearlman [18], 6.
— (— géant), Holliday [130], 8.
— (Cancer); fièvre, Greenberg [156], 2.
— (— métastatique), Mc Crea [22], 2.
— (Décapsulation) pour anurie, Grizaud [113], 6.
— — pour anurie par néphrite, Tuncel [120], 8.
— (Échinococcose), Bauris [54], 5.
— (Ectopie croisée), Pia [53], 6.
— en fer à cheval (Métastases tumorales), Dossogne [48], 6.
— — — (Topographie fœtale), Zondek [50], 4.
— (Fonctions) et pneumopéritoine, Roujeau [78], 1.
— (Kyste) et iléus consécutif du gros intestin, E. Ochs [89], 10.
— (— unilatéral), Hryniuk [16], 9.
Rein (Kyste solitaire), Meyer [23], 2.
— (Lipomatose péripyélique), Corentino [51], 5.
— (Lithiase asymptomatique), E. A. Luque [49], 5.
— (Nécrose papillaire), Slipyan [54], 3.
— polykystique (Diagnostic), Carro [60], 3.
— — bilatéral, Higgins [20], 10.
— — anurique (Chirurgie conservatrice), Ciminata [13], 13.
— (Résection) pour tuberculose, Ipiens-Lacasa [49], 8.
— (Sarcome globo-cellulaire chez un enfant de 14 ans), Rodriguez [49], 6.
— solitaire (Ectopie pelvienne), Anderson [50], 5.
— (Staphylococcies), Auvigne [108], 1.
— surnuméraire, Pia [53], 6.
— tuberculeux exclu (Diagnostic), Arrigoni [52], 6.
— (Tuberculose), Moonen [10], 5; Arrigoni [51], 1.
— —; histopathologie, Capacci [15], 8.
— —; modifications urographiques, Arrigoni [51], 4.
— —; dérivation intestinale des urines du rein restant, Nedelec [48], 1.
— —; streptomycine, Dick [50], 1.
— —; résection, Ipiens-Lacasa [49], 8.
— —; résection partielle, Lambrev [145], 10.
— —; ectomie, Chaset [54], 17.
— (— bilatéral et streptomycine, Colombo [51], 3.
— (— calcifiante), Hanley [50], 2.
— (Tumeurs); diagnostic, Hamm [160], 8.
— (— malignes); opérabilité, Stotz [6], 16.
— [Calice] (Diverticule), Secrétan [48], 4.
— [Vaisseau anormal] (Ligature), hypertension, Cacchi [51], 2.
Relâchant musculaire, Lautner [122], 6.
— — (Succinylcholine), Dardel [17], 1.
Résèqués gastriques, Arullani [136], 14.
Ressuscitation cardiaque, Volk [155], 28.
— temporaire, Letac [113], 3.
Rétention d'urine par compression, Musiani [52], 3.
— — chronique chez la femme, Mills [50], 13.
— — post-opératoire, Gallizia [12], 6.
— — après prostatectomie, Pia [53], 5.
Réticulosarcome, Centenera Fondon [126], 5.
Rétrécissement mitral (Chirurgie), Werko [6], 30.
Rhinopharyngiome, Sirtori [56], 1.
Rhumatisme ostéophytique, Francon [112], 2.
Rutine, effets sur le choc, Boschi [136], 12.

S

Sang (Maladies) et altérations osseuses, Cocchi [89], 2.
— occulte (Détection de routine), Mason [155], 1.
— périphérique dans les troubles circulatoires, Smolarek [16], 2.
— conservé (Valeur biologique), Dryjski [16], 1.
Sarcome auriculaire, Lemariey [55], 4.
— globo-cellulaire du rein, V. G. Rodriguez [49], 6.
— idiopathique multiple hémorragique, Chirinos [171], 4.
— œsophagien, Resano [163], 9.
— ostéogénique ovarien, L. M. Stove [44], 9.
— polypeux, Tasovac [148], 3.
— vésical, Foret [48], 5.
— vésiculaire, Longo [163], 17.

Sciatique par hernie discale, Griva [136], 7.
Sclérodermie radiculaire, Berkay [147], 1.
Scoliose congénitale (Conduite à tenir dans la —), J. G. Kuhns [20], 3.
Scrotum (Carcinome), Coleman [54], 16.
Sein (Cancer), Ross [18], 8.
- —; facteurs endocriniens, Nogues [163], 15.
— —; signes d'Adler et Reimann, Martinotti [134], 2.
- — et métastases; traitement hormonal, Verhaegue [5], 1.
- — —; métastase osseuse, Rennes [17], 4.
— —; métastase pleurale, Kane [157], 8.
; progrès thérapeutiques, Smithers [129], 1.
— (— chez l'homme), Allouche [110], 4.
- (Carcinome latent), Ferrando [136], 4.
— (— occulte), métastases axillaires cliniquement primitives, C. Massimo [13], 4.
— (Tumeur hétérotopique), J. Driessens [5], 3.
Sens vibratoire (Troubles), Wise [77], 3.
Sensibilité thermo-algésique; après cordotomie, Poppi [14], 5.
Sérum (Niveaux de streptomycine) et tuberculose rénale, Dick [50], 1.
alcoolisé dans le post-opératoire, Quesada [162], 2.
— de Bogomoletz (Augmentation des isoagglutinines), Messerlin [112], 5.
— antitétanique (Choc anaphylactique), Sheldon Swift [172], 3.
Signes d'Adler et Reimann, Martinotti [134], 2.
Sinus frontal (Absence); radiologie et clinique, Rebattu [101], 3.
— - (Fracture isolée), Nidecker [94], 2.
— postérieurs (Voies d'accès), M. Despons [73], 2.
Solutions d'électrolytes dans les brûlures au 3e degré, Mc Carthy [19], 18.
Sondage duodénal (Valeur clinique), Fogliati [12], 7.
Sonde aspirante de Miller-Abbott, Cantelmo [133], 3.
Sphincter anal (Conservation), Santy [60], 22.
Spina bifida et encéphalocèle, Bravo [30], 3.
Splanchnicectomie (Indications; résultats), J. Diez Yanguas [49], 3.
Splénectomie (Indications non chirurgicales), Schmid [145], 8.
- (Résultats éloignés), Bren [117], 1.
pour ascite, Martiarena [164], 1.
Splénocontraction adrénalinique, Rossi [92], 4.
Spléno-rénale [Dérivation] pour hypertension portale, Siffet [170], 5.
Spondylarthrite ankylopoiétique, Van der Meer [132], 3.
— ankylosante, Forestier [88], 1.
Spondylolisthésis, Monateri [136], 9.
Spondylose cervicale, Börmer [141], 6.
Squelette (Altérations du —), dans la leucémie, Uehlinger [89], 1.
— (— diabétiques), Hernberg [140], 1.
— (Lymphogranulomateuse maligne), Vinditti [34], 2.
Staphylococcie, Auvigne [108], 1.
Stase veineuse (Radiologie), Andrews [172], 4.
Stéatorrhée, Barritt [129], 5.
Stérilisation de l'os congelé, Strata [34], 17.
Sternum (Tuberculose); fracture spontanée, Bass [155], 25.
- (Tumeurs), Perassi [92], 3.
Stéroïdes (Inhibition pituitaire), Okie [22], 4.
Streptomycine (Niveaux sériques), Dick [50], 1.
— dans les adénopathies tuberculeuses externes, V. A. Vial [87], 7.
Streptomycinothérapie ostéo-articulaire, Branciforti [34], 6.
— de la tuberculose ostéo-articulaire, Rucker [168], 1.
— de la tuberculose rénale bilatérale, Colombo [51], 3.
Stilbamidine dans l'actinomycose, Miller [155], 19.
Substances ostéogénétiques pour foyers de fractures, Barba-Inclan [39], 1.
Succinylcholine iodide, Dardel [17], 1.
Sulfathazol et péritonite expérimentale, Grieve [22], 9.
Survie expérimentale (Poumons homologues, cœur artificiel), Fischer [19], 12.
Suture au Perlon, Volkmann [6], 28.
au fil de Tantale dans une éviscération complète du foie, R. P. Dutlinger [18], 20.
Sympathectomie pour troubles circulatoires, Kivilaakso [35], 5.
— lombaire haute dans les artériopathies, Lindström [17], 5.
Sympathicoblastome, Ariel [25], 3.
Sympathique (Thérapeutique) et ligatures carotidiennes, Arnulf [96], 5.
Symptôme péritonéal (Cri de l'ombilic), Navarranne [113], 1.
Syndrome des apophyses épineuses, Gardella [92], 2.
— bronchique asthmatiforme, Sacon [163], 19.
— épileptique dans une hémiplégie spastique infantile, Fasiani [14], 19.
- de Costen, Beyers [158], 1.
de flexion splénique, Machella [161], 8.
- hiato-œsophagien, Eisenbeth [109], 1.
— d'hypercalcémie, Roch [143], 2.
— de Klippel-Trenaunay, Jouve [97], 9.
— de Looser-Debray-Milkman, Collet [110], 3.
— de Pancoast-Tobias, Lachapèle [88], 16.
de Sjögren, Morgan [9], 13.
- d'Ullrich-Turner, Russell [131], 2.
- de Werlhof, Gallone [14], 9.
Synostose radio-cubitale, Lazzari [133], 5.
Synovectomie (Réaction articulaire), Kroh [6], 8.
Syntubine, Lautner [122], 6.
Système biliaire (Cancer) cytodiagnostic, Lemon [161], 6.
neuro-végétatif (Anesthésie), Samain [98], 1.
— — (Chirurgie); résultats, Riessner [115], 1.
— porte (Hypertension), Hidalgo Huerta [60], 11; Nabatoff [62], 1.
— — —; chirurgie, Suiffet [170], 5.
— vertébro-basilaire (Angiographie), Columella [14], 16.

T

Tables d'opération standard (Dispositif pour décubitus en pronation ajustable), J. J. Boretti [24], 2.
Tableau spermatique après néphrectomie, Ballerio [51], 6.
Taxis (Danger), Casini [133], 1.
Télépaque, nouveau moyen cholécystographique, Spencer [61], 3.
Tendinite calcifiante, Plenk [95], 4.
Tendons (Adhérences expérimentales); cortisone, Carstam [35], 2.
Ténosynovite sténosante, Palmborg [83], 1.
Tenseur du fascia-lata (Transplantation), Giomi [34], 4.
Tension artérielle (Chute de la —) imputable au Flanedil, N. Grégoire [5], 6.
Tératome kystique bénin du testicule, Jan Maur [9], 10.

Tératome malin, Busser [97], 17.
— médiastinal antérieur (Ablation réussie chez un enfant), Starer [31], 4.
Test de Bolen dans le cancer, B. H. White [18], 17.
— à l'épinéphrine, Steele [157], 3.
— du phéochromocytome, Gifford [155], 9.
Testicule (Descente); troubles, Dick [118], 7.
— (Ectopie inguinale), Naegelsbach [6], 6.
— (Kyste dermoïde), Jan Muir [9], 10.
— (Tumeur) avec métastase lombo-abdominale associée à une pyonéphrose tuberculeuse du même côté, Irezabal [49], 4.
— (— à cellules interstitielles) et diabète, Lopis [172], 1.
Testostérone et cancer utérin, Hasslein [81], 3.
Tétanos et dent de sagesse, Tramuset [63], 5.
— céphalique après herpès labial, Godlewski [99], 2.
Thio semi arbazone dans la tuberculose ostéo-articulaire, Carabellese [32], 4.
Thoracoplastie (Arthroses costo-vertébrales), Franchini [91], 2.
— (Cavité restante), Miczoch [123], 1.
— (Complication); fractures costales, Rothstein [86], 1.
— (Réexpansion consécutive), Holst [141], 3.
— et plombage, Hertzog [78], 2.
Thoracotomies hautes, Œconomos [98], 6.
Thoraco-ventro-pagus tétrabrachius, Orlinski [138], 4.
Thorax (Défilé); interférence neuro-vasculaire, Cl. Jones [9], 5.
— en entonnoir (Chirurgie), Larghero Ibarz [170], 6.
— (Maladies); diagnostic endoscopique, Sacco [136], 11.
— [Cavité] (Corps étranger), Cermak [145], 6.
— — (Goitre), Luchetti [163], 14.
— — (— rétro-sternal), Berkol [147], 4.
— — (Tumeurs trachéales), Clagett [19], 16.
— [Paroi antérieure] (Résection partielle), Vianna [22], 7.
Thrombo-angéite (Traitement), Tingaud [104], 5.
— oblitérante (Participation lymphatique), Uhlich [145], 7.
— — chez 2 frères, Martorell [71], 1.
Thrombo-embolie (Action médicamenteuse végétative), Kraus [116], 6.
— (Pathogénèse), Runge [118], 5.
Thrombopathie, Sauthoff [119], 4.
— sporadique, Koch [144], 1.
Thrombophlébite mésentérique, Teneff [13], 17.
— migrans, Dörken [6], 4.
Thrombose aortique, Barnum [157], 9.
— artérielle, Gadrat [69], 5.
— coronaire (Relations avec l'ulcère peptique chronique), Morrison [154], 3.
— mésentérique, Mc Collum [161], 9.
— veineuse (Gangrène), Ebel [156], 3.
— — ascendante, Lindemayr [122], 1.
— — au début (Rôle de l'endothélium), Samuels [19], 9.
— — mésentérique, Miller [155], 10.
Thymus (Lymphangiome), Berland [10], 2.
— (Tumeur); myasthénie, Bader [55], 8.
Thyroïdectomie totale pour hyperthyroïdisme, Caeiro [170], 3.
Thyroïdite subaiguë, Johannessen [141], 1.
Tibia [Éminence inter-condylienne] (Fracture), Grugni [135], 1.
Tissus (Implantation), régénération nerveuse, Dragoni [84], 2.
Tomographie pulmonaire, Lodin [93], 13.
Tonil (Pulvérisation intra-péritonéale) en chirurgie abdominale, Kracheel [6], 36.
Torcular (Méningiomes), Borgas Fortes [166], 3.
Trachée (Adénome); syndrome asthmatiforme, Sacon [163], 19.
— (Cancer); résection, Cotton [68], 4.
— (Chirurgie réparatrice); conservation et utilisation du tissu trachéal, Goffrini [13], 11.
— (Tumeurs intra-thoraciques), Clagett [19], 16.
Tractotomie, Rao [163], 8.
— spinale, Miserocchi [14], 3.
Tractus biliaire (Affections); histochimie hépatique, Edlund [17], 2.
— digestif (Chirurgie à thorax ouvert); hexaméthonium, Brunet d'Aubiac [98], 2.
— — (Duplicité), R. T. Fox [38], 3.
— — (Hémorragies), Garcia Moran [60], 8.
— gastro-intestinal supérieur (Hémorragie massive), Jacobson [154], 2.
— génito-urinaire (Traumatismes), Mac Lean [151], 1.
— urinaire (Obstruction) par malformation urétrale, Liban [36], 1.
Transfusion intra-carotidienne pour réanimation, Cavalcanti [12], 10.
— sanguine (État actuel), Fuchsig [122], 2.
Transplants libres dans la chirurgie réparatrice des difformités cicatricielles, Monticelli [32], 6.
Traumatismes (Action sur les cardiopathies), Staemmler [116], 1.
— (Méthode thérapeutique), Bochenski [16], 10.
— (Ostéoporose), Diamant-Berger [99], 1.
— et tuberculose, Pannier [82], 2.
— abdominaux, Cohn [18], 5.
— chirurgicaux (Physiologie), Hardy [19], 1.
— crâniens (Encéphalographie), Planques [102], 1.
— crânio-cérébraux (Épilepsie), Thiébaut [106], 2.
— crânio-encéphaliques (Thérapeutique par voie carotidienne), Rezende [165], 5.
— génito-urinaires, Mac Lean [151], 1.
— de la main, Pulvertaft [163], 25.
— médullaires, Fontaine [72], 2; Trelles [171], 1.
— du membre inférieur, Odena [163], 4.
— urinaires, Daniel [50], 11.
Triangle cervical postérieur (Interventions); paralysie du trapèze, Woodhall [19], 4.
Trochantérite tuberculeuse, Lindahl [85], 1.
Trompe de Fallope (Épithéliomas primitifs), L. P. Doutre [4], 2.
— — (Hématome interstitiel), Quaini [42], 7.
— — (Torsion); apoplexie, Quaini [42], 7.
Troncs artériels de la crosse aortique (Thrombose), Gadrat [69], 5.
Truncus arteriosus, Kumlin [128], 3.
Tuberculome (Compression médullaire), Guist [78], 4.
— médullaire, Cordova [162], 3.
Tuberculose génitale dans la stérilité chez la femme, Najmr [145], 12.
— iléo-cæcale, Rankine [22], 8.
— ostéo-articulaire, Blankoff [82], 1; Halzmann [120], 4; Chiari [121], 1.
— — associée à d'autres localisations, Delahaye [125], 2.
— (Streptomycine), Branciforti [34], 6; Rucker [168], 1.
— (Thiosemicarbazone), Carabellese [32], 4.
— péritonéale, Cognasso [136], 2.
— pleuro-pulmonaire et ostéo-articulaire, Delahaye [125], 2.
— prostatiques (Ectomie), Friedmann [54], 14.
— pulmonaire, J. Dor [3], 2.
— — (Chirurgie), Depaulis [104], 1; Burns Amberson [161], 5.
— — (Dissémination bronchogène) par l'anesthésie, Steiner [145], 11.

Tuberculose pulmonaire (Localisation segmentaire), Laitinen [128], 5.
— — (Résection), Takaro [159], 3.
— — (Sténose bronchique), Baumann [78], 5.
— rénale, Moonen [10], 5; Ipiens-Lacasa [49], 8.
— — (Antibiotiques), Capacci [15], 8.
— rénale (Calcifications), Hanley [50], 2.
— — (Ectomie), Nedelec [48], 1.
— — (Ectomie), Chaset [54], 17.
— — (Exclusion), Arrigoni [52], 6.
— — (Résection partielle), Lambrev [145], 10.
— — (Streptomycine), Dick [50], 1.
— — bilatérale (Influence de la streptomycine), Colombo [51], 3.
— splénique, Gallone [14], 9.
— tibio-tarsienne, Richard [27], 4.
— post-traumatique, Pannier [82], 2.
— trochantérienne, Lindahl [85], 1.
— utérine, F. dos Santos [45], 1.
— utéro-annexielle, Wood [45], 2.
— vésicale (Plastie intestinale), Cibert [2], 1.
Tumeurs (Accroissement); et cortisone, Green [130], 2.
— (Traitement local); chrome radio-actif, Neukomm [93], 15.
— amygdaliennes malignes, Grether [63], 8.
— du bassinet, Bellavia [53], 3.
— à cellules géantes, Becker [116], 2.
— à cellules insulaires, Forshall [9], 20.
— cérébrales, Morley [130], 3.
— du corpuscule carotidien, G. T. Pack [26], 1.
— crâniennes, Œhlecker [6], 1.
— intra-crâniennes, Davis [19], 5; Lima [139], 5.
— cutanées, Dufourmentel [99], 4.
— épendymaires, Paillas [97], 16.
— d'Ewing, Centenera Fondon [126], 5.
— de la fosse crânienne postérieure, Tönnis [74], 2.
— glomiques douloureuses multiples, Tom Rowntree [9], 9.
— insuliniques, J. Morley [9], 1.
— intestinales, Gunkler [152], 1; Reussi [163], 3.
— malignes duodénales, Hirsch [59], 1.
— — des gencives, J. J. Conley [25], 5.
— — de la mâchoire, J. J. Conley [25], 6.
— — pancréatiques, Gallart Esquerdo [60], 7.
— — surrénales, Wichtl [89], 5.
— — chez l'enfant, Pricolo [84], 3.
— mammaires hétérotopiques, J. Driessens [5], 3.
— maxillaires chez le jeune enfant, Hermann [63], 20.
— maxillo-faciales bénignes et malignes, Lindemann [63], 12.
— médiastinales, Rives [160], 1.
— mixtes, Giraud [57], 3.
— — parotidiennes, Eigler [117], 3.
— osseuses, Faugeron [27], 6.
— parotidiennes, Barondes [23], 3.
— ptérygo-maxillaires, Chatellier [55], 9.
— rénales, Stotz [6], 16; Hamm [160], 8.
— salivaires, Gricouroff [97], 18.
— intra-spinales ressemblant à la poliomyélite antérieure chez l'enfant, W. R. Chambers [38], 4.
— sternales, Perassi [92], 3.
— synoviales du cou-de-pied, Marottoli [24], 4.
— du testicule, Irezabal [49], 4; Lopis [172], 1.
— thymiques, Bader [55], 8.
— trachéales, Clagett [19], 16.
— urétérales, Morelli-Gualtierotti [15], 7.
— du 3e ventricule cérébral, Gros [88], 13.
— vésicales, Nora [97], 4; Poutasse [155], 21.

U

Ulcères cutanés infectés (Nettoyage enzymatique), Madden [155], 8.
— duodénaux, Stephenson [61], 6.
— — (Gastrectomie), Sicard [99], 6.
— — pénétrants, Bentley [9], 3.
— gastriques (Alimentation après résection), Schenk [120], 5.
— — (Bantine), Dosal [126], 3.
— — (Dégénérescence), Sveida [146], 4.
— — (Phrénicotomie, vagotomie), Grant Dailey [96], 3.
— — associés à l'angor, Carasso [149], 1.
— — dystrophiques, Wagner [118], 12.
— — hémorragiques (Étiologie), Busby [160], 3.
— — perforés, Du Toit [157], 5.
— gastro-duodénaux (Gastrectomie), Finsterer [97], 7.
— — (Méthodes opératoires), Lazar [6], 10.
— — perforés (100 cas), Giordanengo [12], 4.
— — — (Traitement), Santa [13], 14.
— jéjunaux primitifs multiples, J. Driessens [5], 2.
— peptiques chroniques (Relations avec la thrombose coronaire), Morrison [154], 3.
— — gastriques (Cancérisation), Vemgh [161], 7.
— — hémorragiques, Morris Binder [62], 3.
— — jéjunaux, Litricin [148], 6.
— — perforés au Massachusetts Hospital, Burbank [157], 11.
— térébrants avec métastases, Hunt [9], 12.
Ulcus gastrique, Plagge [6], 31.
Umbradil visqueux, Morales [93], 16.
Uretère en gynécologie, Graves [18], 3.
— (Abouchement ectopique), O'Brien [160], 1.
— (Anastomose colique), Lasio [14], 1; Parsons [129], 7.
— (Anomalies rares), J. Hüder [49], 2.
— (Calculs); ablation, Pearlman [18], 6.
— (Cancer), Creecy [54], 22.
— (Compression) par métastase, Krause [155], 7.
— (Ectopie), Brockis [50], 3; Meisel [54], 20.
— (Envahissement par cancer du col), Arnold [54], 7.
— fistuleux (Implantation vésicale), Erihardt [40], 3.
— (Hypertrophie), Campbell [54], 21.
— (Implantation rectale); voie extra-péritonéale, Gil Vernet Vila [47], 3.
— (Obstruction bilatérale), Miller [54], 6.
— (Tumeurs); thérapeutique conservatrice, Morelli-Gualtierotti [15], 7.
— (Vascularisation), Bianco [12], 9.
— pelvien (Dilatation segmentaire), Macarini [92], 5.
— rétro-cave, Couvelaire [47], 7; E. Perez Castro [49], 7.
Urétérite kystique, Marini [52], 2.
— tuberculeuse (Cystographie), Perez Coutino [49], 10.
Urèthre (Calcul géant), Bozin [148], 7.
— (Cancer); biopsie à l'éponge, Gladstone [155], 27.
— (Compression) par chondrome, Musiari [52], 3.
— (Malformation congénitale); cause d'obstruction, Liban [36], 1.
— (Reconstruction), Swinney [50], 12.
— (Rétrécissement et rupture traumatiques); opération de Sabadini, Salaverri Arruza [49], 11.
— (Sténose), Dourmashken [54], 11.
— (Valvules), Wolgin [54], 12.

Urèthre [Bulle] (Calcul), Giglioli [15], 9.
— antérieur (Stricture traumatique), Daniel [50], 11.
— chez la femme (Protrusion), De Barros Serra Doria [54], 25.
Urétrographie chez l'homme à l'umbradil, Morales [93], 16.
Urines du rein restant (Dérivation intestinale), Nedelec [48], 1.
Urographie (Excrétion des moyens de contraste), Steinert [93], 4.
— intra-veineuse (Accidents d'iodisme), Babaiantz [143], 3.
Utérus (Ablation); rétention d'urine, Gallizia [12], 6.
— (Affections); comportement de la muqueuse cervicale, Cataldi [41], 1.
— (Cancer); action de la testostérone, Hasslein [81], 3.
— (Fibrome) et kyste ovarien, Daniel [88], 11.
— (Hémorragie); à l'âge pré-pubère, Gianaroli [42], 4.
— (Perforations), Kostic [148], 4.
— (Prolapsus) chez les nullipares, Järvinen [8], 2.
— et annexes (Tuberculose), Wood [45], 2.
— [Col] (Cancer), diagnostic précoce, Zinser [40], 1.
— — — classification histologique, Linell [95], 14.
— — — — des opérés, J. V. Meigs [44], 8.
— — —; envahissement péri-urétéral, Arnold [54], 7.
— — —; irradiation, Scheffey [44], 1.
— — —; sous contrôle des frottis vaginaux, Nowosad [43], 2.
— — — opération vaginale, Ingiulla [42], 3.
— — — récidive, Zacherl [81], 2.
— — (— *in situ*), Zuckerman [127], 1.
— — Pré-cancérose), Petersen [93], 6.
— — (Chorio-carcinome primitif), M. Raslibaum [44], 13.
— — (Épithélioma); métastase pulmonaire, Laumonier [104], 3.
— — (Papillome), M. R. Marsh [44], 2.
— — (Sarcome polypeux), Tasovac [148],3.
— [Corps] (Cancer); irradiation gamma, Odeblad [93], 5.
— [Moignon du col restant] (Anatomie pathologique), Candiani [42], 2.
— [Portion intra-vaginale] (Cancer); infiltration du paramètre, Bermond [136], 6.

V

Vagin (Cytologie exfoliative), Gallegos [46], 3.
— (Préservation) dans la chirurgie réparatrice de l'entérocèle, R. J. Hiller [44], 7.
— (Prolapsus); Chirurgie, Zubrzycki [43], 3.
— (Réactions androgéniques), Rendel [99], 3.
— [Fond] (Carcinome résiduel) après hystérectomie totale avec dissection des ganglions pelviens, J. B. Graham [44], 6.
— artificiel (Membrane amniotique), Bortini [42], 1.
Vagotomie et phrénicectomie, Grant Dailey [96], 3.
— pour ulcère rebelle, Miller [67], 2.
Vaisseaux (Action de l'héparine), Matis [7], 4.
— mésentériques (Occlusion), Ficarra [67], 5.
Vaisseaux périphériques (Embolie), Bœrema [132], 2.
— — (Lésions); traitement post-opératoire, Ansbro [163], 12.
— rénaux anormaux (Ligature); hypertension, Cacchi [51], 2.
Valvules mitrales (Sténose); chirurgie, Werko [6], 30; Sabiston [158], 2; Kirklin [159], 5.
— semi-lunaires (Sténose); voies d'accès chirurgicales, Litwak [68], 1.
— uréthrales, Wolgin [54], 12.
Varices (Thrombose ascendante), Lindemayr [122], 1.
— épidurales rachidiennes, Christensen [163], 6.
Vascularisation des greffes osseuses, Kiehn [19], 7.
— labyrinthique, Scuderi [58], 1.
— de l'uretère, Bianco [12], 9.
Vasculopathies périphériques; traitement par pendiomid, E. Ciocatto [13], 9.
Veine cave (Homogreffes) chez le porc en croissance, Sauvage [19], 10.
— — inférieure (Ligature), P. Mallet-Guy [2], 4.
— — — (Sténose expérimentale), Distefano [13], 6.
— mésentérique (Thrombophlébite), S. Teneff [13], 17.
Veines (Accidents post-opératoires), Favre-Gilly [2], 5.
— (Stase); radiologie, Andrews [172], 4.
— sus-hépatiques (Ligature), Mallet-Guy [2], 4.
— pulmonaires (Anomalies), Butler [65], 3.
— thrombosées (Recanalisation); après anticoagulants, Payling Wright [9], 14.
— variqueuses, Frenette [150], 1.
Ventricules cérébraux [III^e] (Tumeurs); radiologie, Gros [88], 13.
Vertèbres [Anneau restant] (Résection) dans le mal de Pott, Béraud-Picard [27], 7.
— cervicales (Fracture-luxation), Castillo Odena [163], 24.
— lombaires [IV] (Spondylolisthésis), Monateri [136], 9.
— lombaires [V^e] (Hémisacralisation), Monateri [136], 9.
Vésicule biliaire (Absence congénitale), H. D. Caylor [18], 16.
— — (Distension aiguë) et broncho-dilatation réflexe expérimentale, Stajano [87], 5.
— — démontrée par fistule interne, L. Fischer [89], 9.
— — (Lithiase et perforation); chez un enfant, Snyder [155], 12.
— — (Opérations); troubles duodénaux, Hammesfahr [6], 23.
— — —; incision transrectale en coulisse, Knappe [6], 32.
— — (Sarcome), Longo [163], 17.
— — reformée, Gagliardi [62], 5.
Vessie en gynécologie, Graves [18], 3.
— (Cancer), Bœminghaus [120], 2.
— — et métaplasie, Dukes [50], 14.
— (Carcinome), Menville [160], 5.
— (Corps étrangers), Sternthal [145], 5.
— (Diverticule); léiomyosarcome, Thomas [54], 9.
— (Énervation), Darget [52], 1.
— (Exstrophie), Bagolan [133], 4; Gross [155], 11.
— (Fistule vaginale), Baird [54], 24.
— — — leur cure en milieu Africain, Berlemont [113], 5.
— (Remplacement), Peck [155], 22.
— (Rétention); par kyste prostatique, Servetto [53], 4.
— (Rupture), Nemser [54], 23.
— (Sarcome), Foret [48], 5.

Vessie (Tuberculose); plastie intestinale, Cibert [2], 1.
— (Tumeur amyloïde), Poutasse [155], 21.
— (— bénignes), Nora [97], 4.
— [Col] (Maladie); résection endoscopique, Heller [47], 6.
— — (Résection transuréthrale) chez la femme, Mills [50], 13.
— [Trigone] (Développement), Brockis [50], 3.
— artificielle, Glaser [50], 9.
— atonique (Ectomie sub-totale), Houtappel [50], 10.
Viscère abdominal (Distension aiguë) et foyers congestifs et exsudatifs du poumon, C. Stajano [87], 1.
— du nouveau-né (Chirurgie), Lasserre [104], 2.
Vissage dans les fractures internes du col fémoral, Pietrogrande [32], 7.
Vitamine B6 et cicatrisation, Astorri [11], 3.
Voie biliaire commune (Calculose); simulée par kystes hydatiques, Atlas [153], 1.
Voies aéro-digestives supérieures (Cancer), Dargent [114], 1.
— biliaires (Anomalie); ictère, Severo da Costa [165], 1.
— — (Atrésie); cholangiogramme, Swenson [157], 1.
Voies biliaires (Chirurgie), Munoz Calero [60], 14.
— — (Lithiase), Poupa [145], 9.
— — — guérison spontanée, Moreau [164], 3.
— — — fistules internes, Mirizzi [60], 13.
— — (Troubles post-opératoires), Markus [6], 21.
— urinaires (Fistules chez la femme); chirurgie, Dzieszko [43], 1.
Vomex A (Anti-émétique), Blœmertz [118], 4.
Vomissements de la narcose (Prophylaxie), Blœmertz [118], 4.
Vulve (Condylomes), Van Eyck [55], 1.
— (Hydradénome), Kimmunen [8], 3.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

OCTOBRE 1952

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 62.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Revue de Chirurgie (PARIS), an. 71, n° 9-10, Septembre-Octobre 1952. — **R. Merle d'Aubigné et M. Postel.** Traitement des accidents de la consolidation des fractures cervicales vraies du fémur (1). — **R. Merle d'Aubigné** et **J. Chabrol.** Les arthrodèses de la hanche par enclouage; résultats; indications; techniques (2). [1]

Bordeaux Chirurgical, fasc. 3, Juillet 1952. — **L. Massé, R. Tingaud, Cl. Massé** et **J. Carles.** Les greffes d'artères conservées; résultats expérimentaux; la conservation des greffons (1). — **R. Guérin.** Le lever précoce après greffe vertébrale; la greffe vissée (2). — **F. Papin** et **L. P. Doutre.** De la participation veineuse dans les troubles post-traumatiques dits réflexes d'un membre (3). — **J. Carles.** Les sarcomes utérins; histopathologie (4). — **Carpentier** et **Benelli.** Sur l'étiologie de l'iléus spasmodique (5). — **P. Carpentier.** Greffe des tendons fléchisseurs des doigts; utilisation du fléchisseur commun superficiel (6). — **H. Cabanié** et **Gouazé.** Sur le mode d'origine des branches collatérales du système artériel hypogastrique (7). — **L. Massé** et **R. Tingaud.** Sur 10 cas d'oblitération artérielle aiguë des membres (8). — [*Sociétés.*] **Ch. Lasserre** et **J. Lasserre.** Suture primitive des fléchisseurs de l'index dans leur trajet digital; un point de technique (9). — **Ch. Lasserre** et **J. Lasserre.** Résultat d'interventions tendineuses multiples dans un cas de maladie de Little (10). — **Ch. Lasserre** et **J. Lasserre.** Rupture secondaire de l'artère tibiale antérieure au cours d'une fracture du tibia (11). — **Ch. Lasserre** et **J. Lasserre.** Fractures isolées et associées du petit trochanter (12). — **H. L. Rocher** et **Lurief.** Maladie de Lobstein (13). — **H. L. Rocher.** Fracture en écaille du semi-lunaire (14). — **H. L. Rocher.** Ostéite condensante iliaque (15). — **R. Guérin.** Décollement épiphysaire; fracture de l'extrémité inférieure du tibia; soudure diaphyso-épiphysaire. Pied varus; ostéotomie correctrice (16). — **J. P. Frenab** [rapport **Rocher**]. Du traitement de 6 fractures articulaires de l'humérus (17). — **R. Guérin.** Ankylose double des hanches après coxalgie; ostéotomie de direction à gauche; arthroplastie par tête acrylique à droite (18). — **Ch. Lasserre** et **J. Lasserre.** De l'enclouage médullaire dans les fractures de l'avant-bras (19). — **H. L. Rocher.** Phalangisation du 1er métacarpien; section traumatique transmétacarpienne de la main (20). — **Ch. Rocher.** Technique de réparation des ruptures du tendon d'Achille (21). — **Pauly, Ch. Lasserre** et **J. Lasserre.** Douleurs résiduelles après prothèse acrylic de la hanche; neurotomie obturatrice (22). [2]

Zentralblatt für Chirurgie (LEIPZIG), an. 77, fasc. 40, 1952. — **P. Mellin.** Traitement du tétanos par le curare (1). — **W. Petri.** Formation des myomes gastriques (2). — **H. Kleinmann.** Pathologie de l'hématome capsulaire disséquant de la rate (3). — **W. Schink.** Hémorragies consécutives à une phlébectasie du grêle dans l'infantilisme (4). [3]

[3] Fasc. 41, 1952. — **E. Rappert.** Traitement de la thrombose par la procaïne, la panthésine et l'hydergine (5). — **E. Hasche.** Symptomatologie des kystes bronchogènes (6). — **H. Norpoth.** Diagnostic des carcinomes primaires du rein (7). — **H. Schmorell.** L'enchevillement osseux dans les fractures des os longs au moyen de chevilles provenant d'os d'amputation (8).

Fasc. 42, 1952. — **F. Borges.** Contribution à la question de la résection gastrique totale, adbominale, sous-diaphragmatique (9). — **D. Ahnert** et **V. Unger.** Contribution à la question de l'hypertension dans les affections rénales unilatérales (10). — **H. Nabel.** Contribution à la question de la résection artérielle dans les troubles circulatoires périphériques (11). — **H. Will.** La fracture de la tubérosité tibiale (12). — **J. Borsay.** Fracture isolée de la tubérosité postérieure interne du calcanéum (13).

[4] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles) [*An 44 des Annales et 51 du Journal de Chirurgie*], n° 6, Août-Septembre 1952. — **J. Nuboer.** Des séquelles tardives de la pneumonectomie (1). — **J. J. Hirdes.** La fonction respiratoire après résection pour tuberculose pulmonaire (2). — **N. G. M. Oric** et **E. E. M. Ceelen.** Retentissement circulatoire des pneumectomies en cas de cancer bronchique (3). — **H. Sellors.** Empyème (4). — **J. Nuboer.** Empyèmes tuberculeux (5). — **J. Mathey.** Indications et résultats de la décortication dans le traitement de l'empyème tuberculeux (6). — **A. Dumont.** Chirurgie des empyèmes tuberculeux (7). — **P. Desaive.** Les hamartomes pulmonaires (8).

[5] **British Journal of Plastic Surgery** (Edinburg), vol. 5, n° 3, Octobre 1952. — **S. H. Harrison.** Écrasement de la main traité avec de la cortisone (1). — **J. Calnan.** Lèvre double congénitale : une observation avec notions d'embryologie (2). — **B. S. Crawford.** Un cas de trismus soigné par manipulation (3). — **L. T. Barclay.** Fistule salivaire parotidienne (4). — **M. N. Tempest.** Une méthode peu usuelle pour traiter la fistule antrale (5). — **J. N. Barron, J. E. Laing, J. G. Colbert** et **N. Veall.** Observations sur la circulation des lambeaux tubulaires pédiculés en utilisant l'évacuation locale du Na radio-actif (6). — **O. J. Becker.** Correction de l'oreille saillante (7).

[6] **Il Policlino (Sezione Chirurgica)** (Rome), vol. 59, n° 5, Octobre 1952. — **L. Provenzale, P. Casolo** et **I. Bifani.** La valeur d'un thrombogramme original dans le diagnostic précoce des thromboses et dans la reconnaissance des thromboses en puissance (1). — **M. Mancuso** et **A. Pesci.** Contribution expérimentale à l'infarctus fonctionnel de l'intestin (2). — **M. Ursini** et **B. Tesauro.** Le comportement des surrénales après pneumonectomie (3). — **G. Zannini.** L'influence de la stimulation et de la section du sympathique thoracique sur la pression intra-cardiaque (4). — **M. Pompili.** Observations cliniques et expérimentales sur la toxicité du liquide de stase gastrique chez les réséqués pour ulcère gastro-duodénal (5).

[7] **Giornale Italiano di Chirurgia** (Naples), vol. 8, n° 8, Août 1952. — **C. Mauro.** La thérapeutique chirurgicale de la sténose de la valvule mitrale (1). — **D. Giaretta.** Sur le contenu cardiaque et ses variations dans les compressions artificielles du poumon (2). — **A. Acquati.** La gaze de tantale dans les plasties de la paroi abdominale (3). — **A. Ruggiero** et **M. Di Maria.** Nouveau matériel synthétique de suture; le Perlon (4). — **B. Piccoli** et **A. Ruggiero.** Un cas de neurofibromatose multiple avec énorme développement d'une des tumeurs (5) — **D. Catalano.** État actuel de l'angiocardiographie (6).

[8] **Minerva Chirurgica** (Turin), an. 7, n° 17, 15 Septembre 1952. — **R. Fontaine, P. Warter, W. Montorsi** et **C. Raber.** Technique et résultats de la radiographie des artères (1). — **E. Malan.** La chirurgie des oblitérations artérielles chroniques par greffes veineuses autoplastiques (2). — **G. Enria.** La thermométrie cutanée dans le diagnostic et le pronostic des artériopathies périphériques chroniques (3). — **G. Ambrosi** et **F. Margiotta.** La phlébographie par injection intra-sternale de substance opaque (4). — **Cadili.** Le traitement des varices des membres inférieurs en rapport avec l'exploration fonctionnelle de la circulation veineuse (5).

An. 7, n° 18, 30 Septembre 1952. — **L. Zanetti.** Le fil de tantale dans les opérations de plastie abdominale (6). — **L. Cortese.** Sur les kystes osseux (considérations pathogéniques et thérapeutiques sur 7 cas) (7). — **C. Scartozzi** et **F. Ferraris.** La région sus-pubienne dans ses rapports avec la prostatectomie rétro-pubienne selon Millin (8).

N° 19, 15 Octobre. — **G. Castiglioni** et **A. Dagradi.** Sur 4 cas de gynécomastie (9). — **B. Rossi** et **P. C. Curti.** Les constatations angiopneumographiques après pneumolyse extrapleurale et thoracoplastie postérieure de Semb (10). — **L. Peruzzo** et **P. Zannini.** Sur 2 cas de tuberculose de la vésicule biliaire (11). — **E. Benoldi.** Les occlusions intestinales par ascaris (12). — **D. Giaretta.** Considérations statistiques et cliniques sur un millier de cas d'appendicite aiguë (13)

[9] **Archivio Italiano di Chirurgia** (Bologne), vol. 75, n° 5, 1952. — **L. Citterio.** Lymphoréticulose bénigne par morsure de chien (1). — **F. Mor.** Urétérotomie avec incision ombilico-pubienne extra-péritonéale pour calculose urétérale pelvienne (2). — **V. Ghiron** et **C. Dinia.** Sur l'histogénèse du cancer (3). — **E. Forti, L. Rognone** et **A. Luzzato.** Démonstration expérimentale chez le chien de l'existence d'une antiamylase (4). — **S. Tirone.** Le syndrome des réséqués gastriques (5). — **A. Bonanome** et **R. Begani.** Sur la reconstruction des voies biliaires extra-hépatiques (6). — **P. E. Carrai.** L'urétrographie chez les hypospades traité par le procédé de plastie d'Ombrédanne (7).

[10] **Chirurgia** (Milan), vol. 7, fasc. 2, 1952. — **E. Dal Zotto** et **G. Ballarin.** Précisions anatomo cliniques sur le canal thoracique (1). — **S. Garberini** et **S. Pliteri.** Notes d'anatomie chirurgicale du canal artériel de Botal (2). — **S. Caminati.** Pseudo-myxome appendiculaire (3 — **A. Grampa.** Vue d'ensemble sur la littérature et contribution à la question du réticulosarcome à siège mammaire (4).

Vol. 7, fasc. 3, 1952. — **G. Oselladore** et **V. Staudacher.** Sur la possibilité du traitement chirurgical des affections bronchiques circonscrites (5). — **V. Bernasconi.** Épidermoïde du crâne (6). — **V. Staudacher** et **L. Belli.** Spasmes œsophagiens multiples à siège fixe (7

Chirurgia Italiana (Bellune), vol. 6, n° 4, Juillet-Août 1952. — **C. Viviani** et **U. de Ferrari.** Sur la radiologie et le traitement chirurgical des phlébites des membres inférieurs (1). — **D. Baratto.** La stellectomie dans l'hémispasme facial suite de paralysie rhumatismale (2). — **R. Palma.** Faits anatomo-cliniques au sujet de la psychochirurgie (3). — **A. Sarra.** Les kystes du pancréas (4). — **A. Sarra.** Le cyclopropane en pratique anesthésique (5). [11]

Rozhledy V Chirurgii (Prague), vol. 30, fasc. 1, 1951. — **A. V. Visnevski.** Doctrine de Pavlov et Chirurgie (1). — **J. Kos.** Les artères des capsules articulaires de l'épaule et du coude (2). — **V. Kilian.** Nos expériences de greffe cutanée dans les volumineuses hernies abdominales (3). [12]

Fasc. 2. — **N. I. Graseenkov** et **J. Z. Zlotnik.** Les enseignements de Pavlov et leur importance pour la chirurgie (4). — **V. Rapant** et **C. Dvoracek.** Tuberculomes du médiastin (5). — **P. Rehak.** La suture primitive tardive des traumatismes invétérés de la mine (6). — **J. Vavrinec** et **V. Vortel.** Tumeurs mixtes du rein chez l'adulte; littérature (7).

Fasc. 3. — **N. I. Graseenkov** et **J. Z. Zlotnik.** Les enseignements de Pavlov et leur importance pour la chirurgie (8). — **K. Typovsky.** Tumeur desmoïde de la paroi abdominale antérieure (9). — **J. Salek.** Nos expériences de l'anesthésie endotrachéale dans les opérations intra-thoraciques (10).

Fasc. 4. — **Antelava.** Les travaux de la chirurgie soviétique (11). — **Al. Kasal.** Le traitement chirurgical de l'empyème thoracique tuberculeux négligé (12). — **O. Tesar.** Un cas rare de gangrène du sein et un cas de gangrène consécutive à l'empoisonnement par le gaz carbonique (13). — **J. Zahradnicek.** Un cas de hernie diaphragmatique congénitale gauche rétro-sternale (14). — **J. Mynar.** Préparation nouvelle ayant les propriétés du curare; production tchécoslovaque (15).

Fasc. 5. — **R. Blaha.** Modifications radiologiques de l'articulation de l'épaule et de la ceinture scapulaire chez le sportsman (16). — **Z. Cepek** et **A. Kostelecky.** L'opération du cancer du rectum par résection abdominale (17). — **K. Hellmuth.** Notre expérience du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal chronique (18). — **J. Korach.** Le tableau radiologique après duodéno-pancréatectomie (19). — **A. Kostelecki.** Notre expérience de la chirurgie de l'hypertension (20). — **Z. Kunc.** La compression de la moelle par des corps ostéophytiques hypertrophiques et le problème du traitement chirurgical (21). — **Z. Kunc** et **V. Vojtisek.** Le diagnostic et l'opération de la thrombophlébite de la veine cave inférieure (22). — **Vl. Mergl.** Sur le diagnostic et le traitement de la rupture du rein (23). — **P. Nesvadba** et **V. Vojtisek.** Le diagnostic et le traitement chirurgical de l'embolie artérielle des membres inférieurs (24). — **M. Neumannova.** Notre expérience de l'opération des goitres traités antérieurement par le thiouracil (25). — **B. Placak.** Pour la défense de l'opération de Péan-Rydigier (26). — **J. Stupka.** Un cas rare d'empyème typhique après sympathectomie cervico-thoracique (27). — **K. Susat.** L'origine et la prévention de l'œdème des poumons dans les opérations thoraciques (28). — **I. Telecky.** Le traitement des abcès prostatiques par aspiration et instillation d'antibiotiques (29). — **A. Valentova.** Sur le diagnostic et le traitement des fistules biliaires internes spontanées (30). — **Wachtfeidl.** Sur 3 cas de contusions du foie (31).

Fasc. 6. — **D. Benesova** et **M. Kos.** Un cas de suture du cœur observé 10 ans (32). — **K. Chmel.** Le cyclopropane en chirurgie cardiaque (33). — **V. Hafka** et **B. Horak.** Hernies diaphragmatiques congénitales chez l'enfant (34). — **Z. Kleint.** L'étranglement d'une hernie diaphragmatique traumatique après drainage d'un empyème (35). — **J. Lohtka.** Voie d'approche transpleurale pour les opérations de la péricardite adhésive chronique (36). — **F. Marx** et **Z. Vahala.** Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de la plèvre (37). — **E. Polak.** Deux cas rares de tumeurs du pancréas opérés (38). — **J. Salek.** Ostéochondrome intra-thoracique (39). — **H. Telecky.** Néphrectomie et surrénalectomie transthoraciques (40). — **Vaneckova.** Leïomyome de l'œsophage (41). — **V. Vojtisek.** Dérivation artério-veineuse traumatique du membre inférieur (42). — **V. Zahourek, Z. Borek** et **E. Hradec.** Pneumopéricardiographie de l'espace rétro péritonéal (43).

Fasc. 7. — **P. A. Kuprianov.** Les enseignements physiologiques de Pavlov et leur importance pour la chirurgie clinique (44). — **A. Jirasek.** L'effet de la procaïne sur les opérations pour œdème cérébral, d'après notre expérience clinique (45). — **J. Lichtenberg** et **M. Pesek.** L'étude expérimentale du shock (46). — **M. Pesek.** L'influence de la procaïne sur la douleur et les complications post-opératoires (47). — **A. Zdenkovic.** Le traitement fermé de quelques affections suppurées (48).

Fasc. 8. — (Non reçu).

Fasc. 9. — **J. Vanek.** Carcinoma sarcomatodes du tibia; adamantinome (49). — **J. Toman.** Sur le traitement des fractures de l'os malaire et du complexe malaire-maxillaire (50). — **J. Dvorak.** Vena femoralis dorsalis (51). — **V. Tosovsky.** Catastrophes abdominales aiguës congénitales dues à la rotation incomplète de l'intestin (52). — **M. Machacek.** Anesthésie par le froid (53).

Fasc. 10. — **J. Kucera.** Tumeurs surrénales (54). — **H. Kafka** et **S. Daum.** Étude expérimentale du shock (55). — **M. Breuer.** Méthode nouvelle de gastropexie (56). — **M. Breuer.** Un cas de lymphosarcome de l'appendice chez un enfant (57). — **V. Hajek.** Les blessures de l'abdomen en temps de guerre d'après l'expérience de la médecine soviétique 1941-1945 (58).

Fasc. 11. — **A. Bakulev.** Quelques problèmes chirurgicaux à la lumière des enseignements de Pavlov (59). — **A. Jirasek.** Incertitudes, doutes et problèmes de notre évaluation des succès et des échecs de nos opérations sur le système nerveux (60). — **P. Malek.** Gangrène streptococcique du membre supérieur (61). — **P. V. Hajek.** Plaies de guerre de l'abdomen d'après l'expérience de la médecine soviétique 1941-1945 (62). — **V. Tosovsky.** Occlusion congénitale d'origine neurogénique congénitale (63). — **P. Traka.** Vésicule biliaire d'un volume rare (64).

Fasc. 12. — **J. Divis.** Hernie diaphragmatique omentale rétro sternale (65). — **L. Köppl.** La prévention de la thrombose post-opératoire (66). — **P. V. Hajek.** Blessures de guerre de l'abdomen d'après l'expérience de la médecine soviétique 1941-1945 (67).

Vol. 31, fasc. 1, 1952. — **P. Malek, V. Houba, J. Vrubel** et **J. Vrubelova.** Étude expérimentale sur l'influence de l'hyaluronidase sur l'anesthésie par infiltration à la procaïne (1). — **K. Holubec.** Transfusion sanguine en goutte-à-goutte prolongé (1*). — **P. Rehak.** L'apport sanguin aux moignons d'amputation thrombiques douloureux et leur traitement (2). — **Z. Zahorsky.** Léiomyosarcome de l'uretère (3). [12 A]

[12 A] Fasc. 2. — **K. Chmel.** L'opération dans un champ anesthésié par infiltration (4). — **H. Kezsler.** Nouvelle valve automatique pour respiration contrôlée à travers de simples évaporateurs (5). — **J. Pastorova.** Les dangers de l'anesthésie générale (6). — **O. Scheuerova.** Les problèmes actuels de l'anesthésie (7).

Fasc. 3-5. — **Bretislav Brazda** et **Z. Sery.** Contribution critique au traitement chirurgical de ce que l'on appelle la dilatation idiopathique de l'œsophage (8). — **J. Burian.** Iléite régionale et péri-appendicite fibroplastique (9). — **Ed. Fargas, K. Typovsky** et **M. Koudelac.** Ostéosynthèse au fil de Kirschner des fractures per-trochantériennes du fémur (10). — **D. Hiklova, J. Kralik, P. Lisonek, J. Malinska** et **Z. Sery.** Sur l'anatomie chirurgicale des branches musculaires du nerf phrénique gauche (11). — **A. Hirsch.** Nos expériences de la technique de l'anesthésie dans les maladies du poumon avec sécrétion augmentée (12). — **E. Holub.** Pneumonies atélectasiantes obstructives du lobe moyen (13). — **V. Riha** et **M. Cermak.** Le pneumothorax extra-pleural dans le traitement hospitalier de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte (14). — **Z. Sery** et **M. Cermak.** Adénomes bronchiques (15). — **B. Zapletal, J. Fischer** et **B. Velcl.** Notre expérience du traitement de la maladie de Buerger et de l'artério-sclérose oblitérante des membres inférieurs (16).

N° 6-8. — **J. Batos.** Sur le diagnostic de l'embolie graisseuse (17). — **O. Horak, M. Doberska** et **M. Mayer.** Revue de la Chirurgie de la rate et de ses résultats dans les années 1939-1951 à la 1re Clinique chirurgicale (18). — **J. Knobloch.** Lésions accidentelles des disques intervertébraux au point de vue de l'expertise (19). — **L. Koppl, V. Dolezal** et **K. Klusackova.** Le traitement de la maladie de Buerger à la 1re Clinique chirurgicale (20). — **F. Kucha** et **V. Dolezal.** Les erreurs les plus communes dans le traitement des blessures des doigts (21). — **J. Lichtenberg, M. Pesek** et **O. Poupa.** Études expérimentales sur le shock (22). — **E. Mathé.** Nos expériences de l'emploi du métal dans la fixation des fractures (23). — **B. Niederle** et **J. Vlcek.** Les fractures des condyles du tibia (24). — **J. Pastorova, F. Kucha** et **V. Teska.** La chirurgie du syndrome lombo-sciatique (25). — **J. Pavrovsky** et **J. Peleska.** L'électrocoagulation bipolaire en neuro chirurgie (26). — **M. Pesek** et **J. Bartos.** Les tumeurs cérébrales opérées à la 1re Clinique chirurgicale de 1947 à 1951 (27). — **P. Helena.** Le traitement chirurgical des brûlures des mains (28). — **V. Svab, E. Filsakova** et **J. Rezek.** Sur le radio-diagnostic du prolapsus discal lombaire (29). — **Vlcek, Balas** et **Vrbka.** Revue des résultats des opérations sur les parties molles du genou de 1943 à 1950 (30).

N° 9. — **P. Malek** et **Z. Borek.** Étiologie et traitement pathogénique de la mastite puerpérale (31). — **J. Popilka.** L'opération des veines variqueuses du membre inférieur (32). — **M. Machacek.** L'étiologie et le traitement des ulcères de jambe (33). — **G. Mraz.** L'incision esthétique et physiologique des abcès du sein (34). — **K. Hellmuth.** Duodéno-pancréatectomie pour sarcome de la tête du pancréas (35).

[13] **The American Journal of Surgery** (New-York), vol. 84, n° 4, Octobre 1952. — **B. S. Abeshouse** et **L. H. Tankin.** Uretère rétro-cave. Une observation et étude bibliographique (1). — **J. H. Deweerd** et **M. B. Dockerty.** Tumeurs lipomateuses rétro-péritonéales (2). — **M. A. Howard.** Carcinome de la vésicule et des voies biliaires (3). — **J. Rabinovitch** et **S. Trinidad.** Sarcome neurogénique primaire de la vésicule biliaire (4). — **T. B. Noble.** Iléus paralytique consécutif à une péritonite après appendicite (5). — **Ch. W. Lester.** Thoracoplastie modifiée avec résection pulmonaire (6). — **R. S. Wilson, F. T. Wallace** et **J. A. Whiting.** La transfusion artérielle (7). — **V. P. Mazzola, N. J. Mazzola** et **L. Pico.** L'anesthésie intra-veineuse en grande chirurgie obstétricale et gynécologique. 1.301 cas (8). — **W. R. Chambers.** Tumeurs en sablier du rachis chez l'enfant. Étude de 5 cas (9). — **M. Moore Jr.** Traitement des fractures trochantériennes du fémur en particulier les complications (10). — **W. Klingensmith.** Traction-manipulation dans les traumatismes de la colonne cervicale (11). — **E. Sinaiko** et **W. H. Olson.** Anastomose intestinale. Une méthode nouvelle et un appareil nouveau (12). — **H. D. Trace** et **R. C. Giles.** Anastomose au niveau de l'iléon terminal (13). — **E. K. Johnson** et **J. L. Mangiardi.** Enveloppement procaïné. Contrôle des douleurs thoraciques après la thoracotomie (14). — **R. C. Schaffer.** Polypose familiale du colon. Étude bibliographique et quatre observations (15). — **F. G. Mac Murray, M. C. Sanford** et **Th. Winship.** Maladie des griffes du chat simulant un sarcome du cou (16). — **R. S. Smith.** Léiomyosarcome du jéjunum (17). — **W. M. McMillan** et **R. H. Mason.** Pseudo-kyste du mésocôlon transverse produisant une obstruction du duodénum au niveau du ligament de Treitz (18). — **A. Behrend** et **S. Harberg.** Carcinome primitif du foie (19).

[14] **Annals of Surgery** (Philadelphie), vol. 136, n° 4, Octobre 1952. — **R. B. Pfeffer, H. E. Stephenson** et **J. W. Hinton.** Effets de la sympathectomie thoraco-lombaire et de la vagotomie sur la fonction pancréatique chez l'homme (1). — **C. Huggins** et **Th. Ling-Yuan-Dao.** Adrénalectomie pour cancer mammaire : technique de l'adrénalectomie bilatérale en un temps chez l'homme (2). — **H. H. Davis** et **D. D. Neis.** Distribution des métastases du cancer mammaire au niveau des ganglions lymphatiques axillaires (3). — **A. Brunschwig.** Pancréato-duodénectomie : opération « curative » des néoplasmes malins de la région pancréatico-duodénale. Trois cas de survie dépassant 5 ans (4). — **W. Penfield** et **M. Baldwin.** Crises temporales et technique de la lobectomie temporale subtotale (5). — **M. A. Hayes, P. E. Hodgson** et **F. A. Coller.** Utilisation du testostérone dans la prévention des troubles hépatiques post-opératoires chez le malade chirurgical de petit risque (6). — **B. W. Haynes, E. Stanley Crawford** et **M. E. de Bakey.** Le métabolisme magnésien chez les malades chirurgicaux. Observations (7). — **W. L. Mersheimer, G. B. Jerzy Glass, F. D. Speer, J. M. Winfield** et **L. J. Boyd.** La mucine gastrique. Étude chimique et histologique après vagotomie bilatérale, résection gastrique et les 2 procédés combinés (8). — **Ch. W. Mayo, R. H. Baskin** et **A. B. Hagedorn.** Diverticulite jéjunale hémorragique (9). — **N. Logan Leven, R. L. Varco, B. G. Lannin** et **L. A. Tongen.** Traitement chirurgical de l'atrésie congénitale de l'œsophage et de la fistule trachéo-œsophagienne (10). — **J. C. Burch** et **H. T. Lavely.** Hystérectomie (11). — **C. F. Baxter, E. S. Breed** et **J. H. Mulholland.** Rapports de la fonction rénale avec l'évolution de l'anurie due à une complication chirurgicale (12). — **J. D. Stewart, G. M. Sanderson** et **Ch. E. Wiles.** Remplacement du sang et résection gastrique en cas de « peptic ulcer » à hémorragies massives (13). — **G. Crile Jr.** Analyse de la discussion sur la vagotomie (14).

Archives of Surgery (CHICAGO), vol. 65, nº 3, Septembre 1952. — **B. Noland Carter.** La chirurgie dans la vallée de l'Ohio (1). — **Th. Boles Jr.** et **R. M. Zollinger.** L'évaluation critique de la jéjunostomie (2). — **E. S. Brintnall, K. Daum** et **N. A. Womack.** Jéjunostomie de Maydl (3). — **L. S. Fallis** et **J. Barron.** Alimentation gastrique et jéjunale avec les tubes fins de polyéthylène (4). — **J. H. Hertzler** et **W. M. Tuttle.** Méthode expérimentale pour une anastomose bout-à-bout éversante dans le tractus gastro-intestinal (5). — **B. Marden Black.** Résection abdomino-endoanale associée (6). — **J. Barrett Brown** et **M. P. Fryer.** Traitement des hémangiomes (7). — **F. J. Rack, J. R. Mincks** et **F. A. Simeone.** Observations sur l'étiologie des varices œsophagiennes (8). — **J. K. Berman** et **J. E. Hull.** L'hypertension et ses rapports avec la circulation hépatique (9). — **F. A. de Peyster, O. Paul** et **R. K. Gilchrist.** Le risque de la chirurgie d'urgence dans le cas d'infarctus du myocarde et d'angine de poitrine (10). — **M. L. Mason.** La rétraction de Dupuytren (11). — **R. H. Clifford.** La valeur de trois méthodes pour blessures de l'extrémité des doigts (12). — **S. Gordon.** Le derme préparé comme source de tissu de réparation (13). — **J. E. Cousar** et **C. R. Lam.** Greffes de gaine du droit pour la réparation des vaisseaux (14). — **Cl. L. Kiehn, J. Benson, D. M. Glover** et **M. Berg.** Étude de la revascularisation des greffes des vaisseaux sanguins à l'aide du phosphore radio-actif (15). | 15

Surgery Gynecology and Obstetrics (CHICAGO), vol. 95, nº 4, Octobre 1952. — **E. B. Hallett, G. W. Holton, J. C. S. Paterson** et **J. A. Schilling.** L'afflux sanguin hépatique, la production de glucose hépatique et la consommation splanchnique d'oxygène chez le chien normal ou porteur de fistule d'Eck. L'afflux sanguin hépatique avant et après splénectomie (1). — **J. Markowitz, W. Lotto, J. Archibald** et **H. G. Downie.** Technique et effets de l'anastomose porto-cave (fistule d'Eck) (2). — **J. H. Albers** et **L. L. Smith.** Une comparaison de la cæcostomie et de la colostomie transverse dans l'occlusion complète du côlon (3). — **J. S. Donaldson, H. H. Sankey** et **W. F. Donaldson.** Expériences des prothèses de hanche (4). — **L. A. Hurley** et **A. R. Buchanan.** Valeur prophylactique et thérapeutique de l'hydergine sur la gelure d'altitude (5). — **F. Glenn.** Exploration de la voie biliaire commune pour calculs (6). — **W. K. Jennings, L. R. Ortega** et **L. Braslow.** Le rapport des troubles d'après la cholécystectomie avec la sensibilité bactérienne (7). — **R. Baker, Duncan Govan** et **J. Huffer.** L'effet inhibiteur de la cortisone sur les strictures du tractus urinaire (8). — **H. Conway, R. B. Stark, S. Climo, J. C. Weeler** et **F. A. Garcia.** Le traitement chirurgical de l'hydradénite suppurée chronique (9). — **W. E. Furr Jr., R. V. Bourdeau, H. D. Roach** et **H. Laufman.** Effets *in vivo* de la lécithinase de Clostridium Welchii (10). — **W. F. Becker.** L'iléus adhésif aigu; étude de 412 cas; l'abus du tube de décompression dans le traitement (11). — **W. E. Patton, T. R. Watson Jr.** et **E. A. Gaensler.** La fonction pulmonaire avant et par intervalles après la décortication chirurgicale du poumon (12). — **J. Gershon-Cohen** et **H. Ingleby.** La maladie secrétoire et la mastite à cellules plasmatiques du sein chez la femme; études radiologiques et anatomopathologiques (13). — **F. V. Theis.** Thrombose de l'aorte terminale (14). — **B. P. Zummo, P. C. Williams** et **M. Uznanski.** Hémorragie rétropéritonéale complication de la grossesse (15). — **F. H. Lahey.** Un cathéter pour aider à la section transduodénale du sphincter d'Oddi (16). — **E. S. Palomera.** Ressuscitation cardiaque (17). | 16

The Military Surgeon (WASHINGTON), vol. 111, nº 4. Octobre 1952. — **D. G. Miller.** Un guide pour la thérapeutique liquidienne parentérale (1). | 17

Revista Brasileira de Cirurgia (RIO DE JANEIRO), vol. 24, nº 1, Juillet 1952. — **H. Rodrigues.** L'ulcère peptique perforé doit-il ou non être opéré ? (1). — **J. Scherman** et **M. Barretto-Netto.** Étude clinico-pathologique d'un cas de phéochromocytome (2). — **O. Cunha** et **J. Pombo do Amaral.** Grossesse ectopique compliquée. (Considérations sur 249 cas successifs sans mortalité) (3). — **C. do Prado Valladares.** Histopathologie et attitude chirurgicale en milieu rural (4). — **N. Mega.** La maladie ostéogénique (5). — **N. Burlamaqui Benchimol.** Pathologie de la vulve (6). | 18

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

Acta Orthopædica Belgica (BRUXELLES), vol. 18, fasc. 6, Octobre 1952. — **F. de Moraes.** Syndrome de Volkmann dans la paralysie obstétricale (1). — **P. Brisard** et **Coville.** Translation de l'avant-pied dans le traitement opératoire des pieds creux (2). — **L. Lambert.** L'opération de Dieckmann dans le traitement des névromes (3). — **P. S. Dupuis, Lassoie** et **Watillon.** Résultats éloignés de 20 malades (4). — **J. Somerhausen, R. Snoeck** et **J. Lorthioir.** Tendances actuelles de la traumatologie viennoise (5). | 19

Revista Espanola de Pediatria (ZARAGOZA), t. 8, nº 4, Juillet-Août 1952. — **M. Moreno de Orbe.** Revision sommaire du problème des entérodisplasies. A propos d'un cas d'atrésie du grêle et microcôlon secondaire (1). | 20

Archivio di Chirurgia Ortopedica e di Medicina (MILAN), vol. 17, nº 5, Septembre-Octobre 1952. — **V. Genta.** L'examen musculaire du poliomyélitique (1). | 21

Archives of Pediatrics (NEW-YORK), vol. 69, nº 8, Août 1952. — **B. H. Berrey** et **M. H. Hollander.** Volvulus chez le nouveau-né avec hémorragie latente. Un cas rare (1). | 22

Gynécologie.

Gynécologie et Obstétrique (PARIS), t. 51, nº 4, 1952. — **N. C. Louros.** Sur le traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus (1). — **E. Bancaud.** Hystéropexie par cerclage de l'isthme utérin (2). | 23

24 **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (STUTTGART), an. 12, fasc. 10, Octobre 1952. — **R. Fischer.** Contribution à la pathogenie du cancer du col utérin (1). — **K. Burger.** Récidives tardives des cancers du corps et du col de l'utérus (2). — **R. Cordua.** Anastomose bout à bout des moignons tubaires comme méthode de refertilisation après stérilisation de Madlener (3).

25 **Ginekologia Polska** (VARSOVIE), t. 23, n° 5, 1952. — **J. Lesinski.** Tumeurs de l'ovaire faisant obstacle au travail (1). — **M. Medynski.** Embolie mortelle (2). — **J. Pertynski.** Un catheter autostat avec drain pour le drainage du cul-de-sac de Douglas (3).

26 **Actal Gynæcologica et Obstetrica Hispano. Lusitana** (PORTO), vol. 2, n° 3, 1952. — **M. Cardia.** Aspects médico-sociaux de la colpo-cervico-cytologie (1).

27 **American Journal of Obstetrics and Gynecology** (SAINT-LOUIS), vol. 64, n° 3, Septembre 1952. — **G. A. Williams** et **A. Callen Richardson.** Transplantation de l'aponévrose du muscle oblique externe; une operation pour le prolapsus du vagin après hystérectomie (1). — **W. N. Thorton Jr., J. M. Nokes, L. A. Wilson Jr.** et **D. J. Brown Jr.** Carcinome épidermoïde du col utérin complication de la grossesse (2). — **A. N. Berry.** Le diagnostic et le traitement de la mauvaise adaptation sexuelle (3). — **J. H. Mering.** Essai chirurgical du prurit vulvaire rebelle (4). — **L. J. Hartnett** et **D. C. Hartnett.** L'occlusion interstitielle de la trompe de Fallope; son traitement chirurgical (5). — **H. R. Dailey** et **R. E. Tafel.** Sympathectomie hypogastrique supérieure pour le traitement de la douleur associée à l'endométriose (6). — **R. N. McGarvey, J. J. Freeman** et **P. F. Fox.** Le peptic ulcer perforé dans le puerperium (7). — **Bayly** et **Greene.** Hyperplasie de l'endomètre et cancer du col (8). — **W. A. Hause** et **W. W. Murfin.** Le kyste dermoïde de l'ovaire dans l'enfance (9). — **P. Sickenberger.** Grossesses extra- et intra-utérines combinées (10). — **E. N. Bookrajian** et **V. Wagner.** Brûlures chimiques du vagin avec hémorragie grave (11). — **L. P. Heat** et **W. S. Carpenter.** Grossesse après ligature de la veine cave inférieure (12).

Appareil génito-urinaire.

28 **Journal Belge d'Urologie** (BRUXELLES), an. 20, n° 6, Août 1952. — **Ch. Perrier.** Indications et contre-indications de l'opération de Millin (1). — **R. Devos.** Considérations sur la lithiase urinaire (2). — **H. de Fontoura Madureira.** Un cas d'épispadias sous-pubien avec incontinence opéré et guéri par le procédé de Cantwell-Young (3). — **V. Conrad** et **P. Gatez.** Hématome périrénal; complication d'une périartérite noueuse (4).

29 **The Journal of Urology** (BALTIMORE), vol. 68, n° 4, Octobre 1952. — **W. C. Meyer** et **A. L. Ahnfeldt.** Infarctus rénal (1). — **E. L. Lewis.** Le forceps à calculs de Lewis pour la lithotomie urétérale (2). — **E. Bors** et **A. E. Comarr.** Le reflux vésico-urétéral des paraplégiques (3). — **F. L. Senger, J. J. Bottone** et **S. H. Rothfeld.** Diverticule de la vessie chez la femme (4). — **N. B. Davis, J. H. Pratt** et **L. F. Greene.** Prolapsus trans-uréthral d'un néoplasme vésical (5). — **M. M. Kligerman, J. N. Robinson, G. W. Fish** et **I. David.** Résection segmentaire et implantation de radium dans le traitement du carcinome vésical (6). — **V. F. Marshall.** Néoplasmes de la vessie (7). — **C. Bulkley** et **J. W. Kearns.** Résultats de la chirurgie prostatique dans 866 cas (8). — **J. C. Birdsall, G. C. Poore, H. M. Burros** et **D. S. Liang.** Les progrès de la prostatectomie supra-pubienne (9). — **H. Brendler.** Évaluation du traitement du cancer prostatique (10). — **H. K. Turley** et **T. D. Moore.** Lymphome malin se manifestant comme tumeur testiculaire (11). — **J. Silva de Assis.** Vésiculectomie séminale (12). — **A. L. Dean Jr., J. W. Major** et **E. J. Ottenheimer.** Défaut de fusion entre testicule et épididyme (13). — **M. M. Melicow** et **J. W. Hollowell.** Cancer intra-urothélial. (14). — **J. I. Waller.** Rétention urinaire due à la bantine (15).

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

30 **Journal Français d'Oto-Rhino-Laryngologie** (LYON), vol. 1, n° 6, Septembre 1952. — **G. Decroix.** Les tumeurs rétro-pharyngées. Étude clinique et traitement. A propos de 6 cas (1). — **J. Piquet.** Incertitudes et erreurs de la biopsie dans le cancer du larynx (2). — **G. Decroix.** De l'hémostase en chirurgie navale (3). — **D. Decroix.** Traitement du furoncle du conduit auditif externe par l'auréomycine locale (4). — **Barlet** et **Jacquemont.** Sur un cas exceptionnel de dyspnée laryngée aiguë de l'enfance : l'abcès hypolaryngé (5). — **Barlet.** Métastases pulmonaires d'un cancer du larynx (6).

Appareil digestif

31 **Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition** (PARIS), t. 41, n° 7-8, Juillet-Août 1952. — **L. Hartmann, P. Guenin** et **R. Fauvert.** Étude clinique et biologique des 100 cas de gastrectomies subtotales pour lésions benignes (1). — **J. Charrier, J. Loygue** et **Polony.** Résultats obtenus par la gastrectomie chez les ulcéreux : suites de 347 cas (2). — **P. Hillemand, L. Diego Maffei** et **B. Hillemand.** Résultats tardifs de la gastrectomie 2/3 pour ulcère (3).

32 **Revista Espanola de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutricion** (MADRID), t. 11, n° 3, Mai-Juin 1952. — **V. Artigas.** L'anthrax du foie (1). — **J. Badosa-Gaspar.** Les hernies de l'hiatus œsophagien et les tumeurs bénignes de l'estomac en tant qu'agents

hémorragipares (2). - **J. Barbera Voltas.** Les hémorroïdes et le cancer du rectum (3). - **J. Calvo Melendro.** Épidémie d'appendicite aiguë (4). — **A. Fernandez Cruz** et **J. M. Lareo.** Syndrome post-prandial consécutif à une gastrectomie pour ulcère peptique (5). — **A. Gallart Esquerdo.** Cysto-adénomes du pancréas (6). — **J. Garcia Moran.** Kyste hydatique simulant une cholécystite (7). — **R. A. Gutmann.** La région de l'antre dans les ulcères de la petite courbure (8). — **T. Hernando.** Les affections pré-cancéreuses (9). — **C. Marina Fiol.** La gastrite parcellaire en tant qu'affection pré cancéreuse (10). — **F. Moutier.** Le cancer gastrique est-il un ensemble d'espèces distinctes? (11). — **T. A. Pinos, J. Garcia Galera** et **J. M. Alcover.** Conduite à tenir en présence d'une splénomégalie (12). — **J. Walls Colomer.** L'ulcère de la deuxième portion du duodénum (13). [32]

Gastroenterologia (Bâle), vol. 78, fasc. 6, 1952. — [*Sociétés*] **P. R. Allison.** Troubles non cancéreux de la jonction gastro-œsophagienne (1). — **F. Avery Jones.** Pronostic de l'ulcus gastrique aigu hémorragique (2). [33]

Review of Gastroenterology (New-York), vol. 19, n° 9, Septembre 1952. — **E. J. Halligan, L. L. Perkel, J. K. Catlaw** et **L. Troast.** Cancer du duodénum (1). — **R. K. Gilchrist.** L'importance des ganglions lymphatiques dans le carcinome gastro-intestinal (2). — **L. H. Berry.** Le diagnostic différentiel des syndromes multiples du tractus gastro-intestinal supérieur (3). — **E. A. Henck** et **J. R. Lisa.** Hémangiome de l'intestin grêle (4). — **A. Kornstein** et **D. Farber.** Granulome non spécifique de l'iléon dans une obstruction syphilitique avec corps étranger (5). — **E. A. Noskin, Popper** et **Necheles.** Essais de prévention de la nécrose graisseuse pancréatique (6). — **F. Vogel.** Tuberculose hyperplastique du rectum (7). [34]

N° 10, Octobre. — **H. Laufman.** Occlusion par étranglement de l'intestin (8). — **H. Popper.** Diagnostic différentiel de l'ictère par tests de laboratoire (9).

Gastro-Enterology (Baltimore), vol. 22, n° 1, Septembre 1952. **Ch. H. Brown** et **Ch. F. Kane.** Carcinome de l'estomac : étude de 406 cas vus entre 1940-1945. Opérabilité, résecabilité et curabilité (1). — **Ch. H. Brown, E. R. Fisher** et **J. P. Hazard.** Relations entre l'ulcus bénin et le cancer gastrique. Huit observations de transformation maligne (2). — **A. E. Bayer, K. Plummer** et **S. Bradford.** Étude clinique et expérimentale de l'action du méthyl-sulfate diphenméthanyl (Prantal) sur l'ulcus gastro-duodénal et sur la sécrétion gastrique (3). — **D. Marshall.** Biopsie hépatique compliquée par une hémorragie intra-abdominale occulte; issue fatale. Une observation (4). — **J. W. Pauley.** Un cas de maladie de Whipple (lipodystrophie intestinale) (5). [35]

N° 2, Octobre. — **W. F. Lipp** et **M. H. Lipsitz.** Signification clinique de la coexistence du « peptic ulcer » avec une cirrhose portale, spécialement en ce qui concerne le problème des hémorragies massives (6). — **V. A. Weinstein, L. J. Druckerman, P. Klingenstein** et **R. Colp.** La gastrectomie subtotale avec ou sans vagotomie dans le traitement de l'ulcère duodénal (7). — **H. M. Lemon** et **W. W. Byrnes.** Cellules néoplasiques dans les sécrétions gastro-intestinales supérieures : identification et valeur diagnostique (8). — **L. A. Stine, R. M. Bendix** et **J. M. Swarts.** Indications de l'exploration chirurgicale dans le diagnostic de l'ictère par obstruction intra-hépatique (9). — **J. Wener, H. S. Morton** et **A. Polonsky.** Effets de la vagotomie sur les fonctions du côlon; étude d'une colostomie transverse chez un malade atteint de colite ulcéreuse (10).

The American Journal of Digestive Diseases (Fort Wayne, Indiana), vol. 19, n° 10, Octobre 1952. — **E. D. Palmer.** L'examen physique de l'œsophage (1). — **H. J. John.** Les soins au malade diabétique au cours d'une infection aiguë (2). — **Sh. S. Waldstein** et **F. Steigmann.** L'effet d'autres substances lipotropiques sur le devenir de la choline après son administration *per orale* et intra-veineuse (3). [36]

Appareil respiratoire.

The Journal of Thoracic Surgery (Saint-Louis), vol. 24, n° 4, Octobre 1952. **R. K. Hollingsworth, W. W. Johnston** et **J. F. Mc Cooey.** Anévrisme sacculaire traumatique de l'aorte thoracique (1). — **C. G. Thomas Jr., Ch. Hill** et **S. E. Ziffren.** Thérapeutique des blessures cardiaques importantes (2). — **J. L. Ehrenhaft** et **R. E. Taber.** Hémopéricarde et péricardite constrictive (3). — **R. L. Anderson.** Rupture œsophagienne (4). — **G. L. Crenshaw** et **D. F. Rowles.** Chirurgie de l'emphysème pulmonaire (5). — **R. P. McBurney, O. Theron Clagett** et **J. R. McDonald.** Pneumonite obstructive secondaire à un adénome des bronches (6). — **W. Umiker** et **C. F. Storey.** Adéno-carcinome se développant sur un adénome bronchique périphérique (7). — **W. J. Burdette.** Tumeurs pulmonaires expérimentales (8). [37]

Appareil circulatoire.

British Heart Journal (Londres), vol. 14, n° 4, Octobre 1952. — **R. C. Brock.** Anatomie chirurgicale et pathologique de la valvule mitrale (1). [38]

Angiology (Baltimore), vol. 3, n° 5, Octobre 1952. — **R. Leriche.** Influence de l'oblitération de l'artère sous-clavière sur la vaso-constriction périphérique (1). — **F. Martorell.** Varico-thrombose (2). — **A. Nunez Nunez, B. Milanés, L. Martin de la Vega, G. Vazquez** et **J. R. Inigo.** Occlusion veineuse aiguë massive des membres inférieures (3). [39]

Système nerveux.

40 **Archives of Neurology and Psychiatry** (CHICAGO), vol. **68**, n° 4, Octobre 1952. — **L. H. Margolis, A. Simon** et **J. E. Adams.** La lobotomie frontale chez un sujet schizophrénique avec hydrocéphalie avancée (1). — **H. Braunstein** et **F. Martin Jr.** Papillome congénital du plexus choroïde (2).

41 **Journal of Neurosurgery** (SPRINGFIELD), vol. **9**, n° 5, Septembre 1952. — **H. M. Cuneo** et **C. W. Rand.** Tumeurs du ganglion de Gasser. Tumeur du ganglion de Gasser gauche avec élargissement du nerf maxillaire inférieur (1). — **R. G. Basset** et **L. J. Lemmen.** Hématome sous-dural avec anévrysme intra-crânien saignant (2). — **A. Ver Bruggen.** Tumeurs paragassériennes (3). — **P. R. Dodge** et **A. M. Meirowsky.** Blessures tangentielles du cuir chevelu et du crâne (4). — **M. L. Silver** et **G. Hennigar.** Hémangiome cérébelleux (Hémangioblastome). Étude clinico-pathologique de 40 cas (5). — **R. C. Schneider** et **J. L. Lemmen.** Thrombose traumatique de la carotide interne, secondaire à un traumatisme non pénétrant du cou. Diagnostic différentiel avec les traumatismes crânio-cérébraux (6). — **F. B. Walsh** et **G. W. Smith.** Complications oculaires de l'angiographie carotidienne. Signes oculaires de la thrombose de l'artère carotide interne (7). — **P. C. Bucy.** Notre programme d'étude et l'avenir de la neuro-chirurgie (8). — **A. S. Crawford.** Une pince à double articulation pour l'application des clips de tantale (9).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

42 **Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer** (PARIS), An. **43**, t. **39**, n° 3, 1952. — **M. Dargent** et **J. Papillon.** Les tumeurs métastatiques secondaires des membres inférieurs au cours de l'évolution du cancer de l'utérus (1). — **J. Ducuing, A. Bimes** et **J. Estrade.** Confrontation anatomo-clinique des lésions bénignes du sein (2). — **A. P. Lachapèle, J. Biraben, G. Lacoste** et **C. Vaillant.** Sur un cas de cancer pulmonaire de l'apex avec syndrome de Pancoast-Tobias (3). — **P. Laffargue, R. Luscan** et **P. Lavernhe.** Hyperplasie fonctionnelle du stroma ovarien. Thécome et cancer de l'endomètre (4). — **A. Tailhefer.** Traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus (5).

43 **Annales de Médecine Légale et de Criminologie** (PARIS), an. **32**, n° 4, Juillet-Août-Septembre 1952. — [*Sociétés*] **L. Dérobert, A. Hadengue, R. Martin** et **A. Ozturel.** Ecchymoses traumatiques et purpura mortel (1). — **L. Dérobert, A. Hadengue** et **R. Martin.** Deux cas de brûlures mortelles des muqueuses, l'une par acide acétique, l'autre par acide chlorhydrique (2). — **M. J. Trillot.** Mort rapide à la suite de manœuvres abortives (3). — **L. Dérobert** et **A. Hadengue.** Rupture intestinale par air comprimé (4). — **P. Michaux** et **M. Fabregoule.** Sur un cas de cancer pulmonaire aigu post-traumatique (5).

44 **Zeitschrift für Kreislaufforschung** (DARMSTADT), vol. **41**, fasc. 17-18, Septembre 1952. — **G. Buhr.** L'Effortil dans la prophylaxie de la centralisation circulatoire au cours de la narcose (1).

Fasc. 19-20, Octobre. — **F. K. Kaindl, K. Gehmacher** et **B. Thurnher.** Méthode pour la localisation non sanglante d'une interruption de la circulation dans le domaine de l'artère fémorale (2).

45 **Der Tuberkulosearzt** (AUGSBOURG), an. **6**, n° 8, Août 1952. — **K. Herter.** Le tuberculome des poumons (1).

N° 9, Septembre. — **Behrmann.** Sur la symptomatologie des hernies diaphragmatiques (2). — **H. Thom.** Sur la fréquence des foyers vertébraux cliniquement et anatomo-pathologiquement établis dans la spondylite tuberculeuse (3).

N° 10, Octobre 1952. — **F. Nettesheim** et **K. Köster.** Relaxation diaphragmatique partielle après écrasement du nerf phrénique et sa signification au point de vue du diagnostic différentiel (4).

46 **Archives of Pathology** (CHICAGO), vol. **54**, n° 3, Septembre 1952. — **P. E. Tuynman** et **L. W. Gardner.** Aplasie bilatérale du poumon (1). — **J. B. Hutcheson.** Cystadénocarcinome métastatique de l'ovaire, 33 ans après ablation de la tumeur primitive (2).

Radiologie.

47 **Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Vereinigt mit Röntgenpraxis** (STUTTGART), vol. 77, fasc. 4, Octobre 1952. — **R. Garsche.** Sur l'évolution de l'ostéomyélite aiguë hématogène chez le nourrisson sous la pénicillinothérapie (1). — **W. Keil** et **H. Vieten.** Nouveaux points de vue sur l'anesthésie du système trachéo-bronchique; en particulier en bronchographie (2). — **L. Psenner.** Sur la clinique et le radio-diagnostic du chordome de la base du crâne (3). — **B. Mangelsdorff.** La pyélographie respiratoire et son utilisation pour le diagnostic urologique (4). — **H. G. Drewes.** Le déplacement intra-osseux des projectiles (5). — **A. Titze.** Une évolution de guérison rare d'une fracture de l'os crochu (6). — **K. Weiss.** La symptomatologie du diverticule de la partie haute de l'estomac (7). — **A. Beck.** Cavités aériennes de la zone opératoire après amputation du sein (8). — **W. Uhlmann.** Hématome parasternal ossifié après fracture des cartilages costaux (9). — **C. Esser.** Le lobe postérieur du poumon et ses sous-segments (10).

Radiologia Medica (Turin), vol. 38, n° 10, Octobre 1952. — **E. Lattanzio.** Rare anomalie congénitale des voies urinaires : l'uretère dichotomique (1). — **R. Bossi.** Sténose congénitale longitudinale de l'œsophage associée à un diverticule; atrésie partielle (2). — **D. Catalano.** Calcifications de l'artère splénique (3). — **M. Camplani.** Des suppurations de la paroi gastrique; clinique, anatomie, radiologie (4). — **A. Govoni** et **B. Zaccarelli.** Méthode pour l'élimination des gaz intestinaux dans la préparation des malades à l'examen radiologique de l'abdomen (5). [48]

Annali di Radiologia Diagnostica (Bologne), vol. 24, fasc. 5, 1952. — **L. Ghirardi** et **F. Perassi.** Démonstration radiographique en projection latéro-latérale transthoracique des fractures du tiers supérieur de l'humérus et des luxations de l'épaule (1). — **R. D'Alo.** La radiologie de l'ostéite du pubis secondaire à la prostatectomie (2). — **G. Sanquirico** et **R. Boccaccio.** Les altérations du poumon dans les déformations thoraciques et les cyphoscolioses; l'image stratigraphique en particulier (3). — **R. Motta.** Sur un cas de dysphagie par arteria lusoria (4). — **G. Ghirelli.** Défaut de remplissage unique de la seconde portion du duodénum, simulant une tumeur et déterminé par une adénite spécifique (5). [49]

The American Journal of Rœntgenology. Radiumtherapy and Nuclear Medicine (Springfield), vol. 68, n° 3, Septembre 1952. — **M. I. Shoul** et **M. Ritvo.** Clinique et radiologie du syndrome de Klippel-Feil (1). — **J. Gershon-Cohen, S. Levine** et **M. B. Hermel.** Pneumographie rétropéritonéale par injection d'oxygène dans l'espace pré-sacré (2). — **A. J. Ryan** et **J. Burbank.** Le volvulus du cæcum (3). — **E. R. King, D. W. Spicer, F. W. Dowda, M. A. Bender** et **W. E. Noel.** L'or colloïdal radio-actif dans les épanchements pleuraux et les ascites associés à la malignité (4). — **J. R. Lisa, G. T. Pack** et **J. D. Gioia.** Cancer mammaire multicentrique après irradiation du sein (5). [50]

N° 4, Octobre. — **R. B. Cloward** et **L. L. Buzaid.** La discographie; technique, indications et diagnostic du disque intervertébral normal et anormal (6). — **U. Cocchi.** Altérations squelettiques dans la myélomatose, le lymphosarcome et l'ostéomyélosclérose (7). — **W. M. Loehr.** Kystes péricardiaux (8). — **R. P. Lochead, D. J. Roberts Jr.** et **Ch. T. Dotter.** Embolie pulmonaire; étude angiocardiographique expérimentale (9). — **H. Z. Mellins.** L'ulcère de l'œsophage dans l'enfance (10). — **O. E. Benell.** Silicobezoar; un cas (11). — **T. Leucutia.** Pneumopéritoine et pneumorétropéritoine (12).

Anesthésie.

Giornale Italiano di Anestesiologia (Turin), an. 18, fasc. 4, Juillet-Août 1952. — **E. Ciocatto** et **A. D. Cattaneo.** L'anesthésie générale en neuro-chirurgie (1). — **E. Mangiavacchi.** La recorcaïne intra-veineuse, seul agent de l'anesthésie (2). — **G. Martinetto.** Applications chirurgicales d'une substance sympathicomimétique associée à une substance-retard (3). — **A. Guerra.** L'anesthésie « en selle » par la nupercaïne pesante en chirurgie périnéale (4). [51]

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

La Presse Médicale (Paris), an. 60, n° 61, 1er Octobre 1952. — **M. Guilleminet** et **P. Stagnara.** Rôle de l'entorse vertébrale dans les rachialgies (1). — **J. E. Paillas, R. Vigouroux** et **M. Badier.** Des encéphalocèles aux gliomes nasaux; deux observations de tumeurs hétérotopiques transethmoïdo-frontales (2). — **Cl. Olivier, Faurel** et **Joffre.** Radio-diagnostic de la dilatation spontanée aiguë de l'estomac (3). — **Devin, Bonneau, Courbier, Inglesakis** et **C. Jean.** Réparation des voies biliaires par greffe veineuse libre (4). — **Zakhajm-Linget** et **Guigner.** A propos d'un cas de thrombopathie constitutionnelle de von Wildebrand avec arthropathies (5). — **G. Sotgiu, C. Cacciari** et **A. Frassineti.** Splénoportographie (6). — **A. Lambert.** Fractures du maxillaire inférieur (7). [52]

N° 63, 8 Octobre. — **J. Delay, J. Thuillier, J. de Montrémy** et **Y. Tardieu.** Curarisation par voie rectale (8). — **A. Ravina** et **M. Pestel.** Les accidents neurologiques des avortements criminels (9). — **J. E. Paillas** et **J. Bonnal.** Sur les effets de la ligature carotidienne; 26 cas dont 2 de ligature bilatérale (10).

N° 62, 11 Octobre. — **G. Brûlé, R. Gérard-Marchant** et **J. R. Schlumberger.** Essai d'appréciation précoce du pronostic des épithéliomas de l'œsophage (11). — **H. Hinglais** et **M. Hinglais.** Faits nouveaux concernant le chorio-épithéliome malin post-molaire; hétéro-trophoblastome gravidique malin (12).

N° 65, 15 Octobre. — **R. Leriche.** De la nature des troubles trophiques. Importance vraisemblable de ces troubles dans la physiologie pathologique tissulaire (13). — **G. Gordet.** Faut-il réhabiliter la gastro-entérostomie dans le traitement de certains ulcères gastro-duodénaux ? (14).

N° 66, 18 Octobre. — **Dubau, Meunier, Demarty** et **Henaff.** Une nouvelle méthode de conservation des greffons osseux par dessication sous vide à partir de l'état congelé; lyophilisation (15). — **J. J. L. Gaillard.** Une technique de cure des hernies inguinales obliques externes (16).

N° 67, 22 Octobre. — **P. Sergent, Rougerie, Pertuiset** et **D. Petit-Dutaillis.** Angiographie vertébrale percutanée cervicale antérieure d'après 130 cas (17). — **R. Fontaine, P. Frank** et **G. Stoll.** Kyste tératoïde du thymus à siège médiastinal antérieur opéré avec succès par sternotomie médiane (18). — **E. Stulz** et **Ch. Froehlich.** Les thromboses veineuses post-traumatiques du membre inférieur (19). — **J. Naulleau, R. Poirier** et **R. Abelanet.** Adamantinome des deux maxillaires supérieurs (20). — **B. Kourias.** Une indication rare d'exé-

[52] rèse; l'échinococcose secondaire bronchogénétique du poumon (21). — **J. Veslot, J. Helie, J. Pedrono** et **D. Wallon.** D'un cas de néphroblastome chez un nourrisson; intérêt du rétro-pneumo-péritoine (22).

N° 68, 25 Octobre. — **P. F. Armand-Delille.** La pathogénie des tuberculomes isolés du poumon. Tuberculomes et infiltrats au point de vue des interventions chirurgicales (23). — **P. Aboulker** et **L. Chertok.** Étude psychosomatique de la cystalgie à urines claires (24). — **H. Laborit** et **P. Huguenard.** Technique actuelle de l'hibernation artificielle (25). — **R. Aubaniac.** L'injection intra-veineuse sous-claviculaire; avantages et technique (26).

[53] **La Semaine des Hôpitaux** (Paris), an. 28, n° 71, 26 Septembre 1952. — **A. Brindeau, P. Lantuéjoul** et **G. Chappaz.** Des malformations d'origine amniotique (1). — **F. Moutier, A. Cornet** et **F. Sukan.** L'invagination chronique de l'anse jéjunale dans la bouche de gastro-entérostomie (2). — **P. Funck-Brentano, R. Moricard, R. Palmer** et **J. de Brux.** Diagnostic et traitement de l'épithélioma pavimenteux intra-épithélial du col utérin (3). — **H. Fruchaud.** Sur les sutures digestives; sutures de la sous-muqueuse; couvertures séreuses (4). — **D. Ciaudo.** Le kyste hydatique de la face supérieure du foie (5). — **J. Taptas.** Les exophtalmies d'origine vasculaire et leurs rapports avec une communication carotido-caverneuse; pathogénie des anévrysmes carotido-caverneux (6). — **Ed. Huc.** Une complication ennuyeuse de la prostatectomie par voie rétro-symphysaire (7). — **J. Debelut.** État actuel de la chirurgie colique (8). — **J. Bourguet** et **J. Le Branchu.** Glande sous-maxillaire; ablation par voie endo-buccale (9).

N° 72. *Paru dans le numéro précédent.*

N° 73, 2 Octobre. — **S. de Sèze** et **S. Godlewski.** L'acroparesthésie douloureuse nocturne des membres supérieurs (10).

N° 75, 10 Octobre. — **J. Badin** et **J. Choukroun.** Périodicité des manifestations cliniques de la maladie thrombo-embolique (11). — **J. Varnier.** Un nouveau traitement médical des fibromes utérins, l'A. C. T. H. (12). — **M. Lanvin** et **Trevoux.** Anesthésie locale dans la césarienne; indications, technique, résultats (13). — **J. Choukroun** et **Minkowski.** Enquête sur l'étiologie des malformations congénitales à la Clinique Baudelocque 1949-1950 (14).

N° 76, 14 Octobre. — **F. Caby.** Le problème de l'homogreffe cutanée (15).

N° 77, 18 Octobre. [*Annales de Chirurgie.*] — **R. Sauvage.** Des indications d'exérèse en chirurgie pulmonaire (16). — **R. Merger** et **J. Lévy.** Défense du traitement chirurgical dans certaines néphropathies gravidiques (17). — **I. Bertrand** et **P. Lataix.** Dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde de l'ovaire (18). — **G. Rouhier.** Les déviations utérines (19). — **J. M. Bonvalet.** Traitement de l'œdème post-opératoire du bras (20). — **R. Gérard-Marchant.** Épithéliomas du sein au début (21).

N° 79, 26 Octobre. — **P. Gérard-Marchant.** Sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires (22). — **M. Galland.** Le traitement des paraplégies pottiques dorsales d'après une pratique de 30 années (23). — **J. Fouchet.** Le traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche a-t-il fait faillite ? (24). — **R. Froyez** et **H. Froyez-Roederer.** Streptomycine et pus tuberculeux (25). — **R. de Cagny** et **J. Giret.** Résultats du traitement conservateur dans l'arthrite tuberculeuse non destructrice du genou chez l'enfant (26).

N° 80, 30 Octobre. — **A. Baisset, R. Dieulafé, P. Montastruc** et **L. R. Bordes.** Recherches expérimentales sur la dévascularisation gastrique (27).

[54] **Le Bulletin Médical** (Paris), an. 66, n° 19, 22 Septembre 1952. — **A. Granjon.** A propos des hystéropexies ligamentaires (1). — **J. Seneze.** A propos des élytrocèles (2).

N° 20, 15 Octobre. — **P. Morin, J. Badin** et **J. Choukroun.** Le traitement de la phlébite de l'accouchée et la prévention de ses séquelles (3). — **G. Stoll** et **P. Frank.** De la pathologie de l'espace pré-vésical ou cavité de Retzius (4).

[55] **Gazette Médicale de France** (Paris), t. 59, n° 17, 15 Septembre 1952. — **H. Chaumerliac.** Étude anatomo-radioclinique des hernies hiatales (1).

N° 18, 1er Octobre. — **J. Lataste.** Le choc traumatique (2).

[56] **La Revue du Praticien** (Paris), t. 2, n° 26, 11 Octobre. — **N. du Bouchet.** Acquisitions récentes et nouvelles possibilités de l'anesthésie (1). — **J. Le Brigand.** Acquisitions récentes et nouvelles possibilités de la réanimation (2). — **P. Marion.** La réanimation cardiaque (3). — **P. Huguenard.** Hibernation artificielle (4). — **J. Mathey** et **J. P. Binet.** L'hypotension contrôlée et l'usage des sels de méthonium en chirurgie (5). — **G. Franchi** et **J. Le Brigand.** Étude de la coagulation dans la période post-opératoire (6).

N° 27, 21 Octobre. — **R. Joseph, Le Tan Vinh** et **Ch. Nézelof.** Sympathome cervico-thoracique chez un nourrisson; exérèse chirurgicale (7).

[57] **Lyon Médical,** an. 84, n° 40, 5 Octobre 1952. [*Société*]. — **A. Camelin, J. Vailhé, P. Accoyer, Favier** et **Roumagnac.** Coma insulinique mortel après injection accidentelle de 375 unités d'insuline-retard (1).

N° 43, 26 Octobre. — **A. Gonin** et **J. Favre-Gilly.** Découverte radiologique d'une tumeur bénigne de l'estomac en voie de dégénérescence au cours d'une maladie de Biermer associant à des crises angineuses des accès de claudication intermittente (2).

[58] **Journal de Médecine de Lyon,** an. 33, n° 786, 5 Octobre 1952. — **P. Morel** et **A. P. Bretin.** Intérêt du myélogramme dans le diagnostic des ostéoses néoplasiques secondaires (1).

N° 787, 20 Octobre. — **G. Balestra.** Sur la visualisation radiographique directe du pancréas (2). — **Th. Nogier.** De la solidité des guérisons obtenues par la curiethérapie (3).

[59] **Marseille Médical,** an. 89, n° 7, 1952. — **J. E. Paillas, J. Bonnal, R. Vigouroux** et **Mme Y. Gastaut.** Les hématomes intra-cérébraux spontanés (1).

[60] **Toulouse Médical,** an. 53, n° 9, Octobre 1952. — **J. Arlet.** Aspects cliniques et radiologiques des algies du membre supérieur d'origine cervicale bénigne (1). — **G. Lazorthes.** La sciatique discale (2). — **G. Lazorthes, R. Souquet** et **H. Anduze.** Le traitement des traumatismes vertébro-médullaires; 43 cas (3). — **G. Rieunaud** et **P. Ficat.** La greffe osseuse lombo-sacrée (4). — **R. Souquet** et **R. Brus.** La greffe vertébrale cervicale (5).

TRAITEMENT DES
INFECTIONS AIGUËS

SEPTICÉMINE

10 A 20cc INTRAVEINEUSE ou INTRAMUSCULAIRE

REMPLACE LES SULFAMIDES OU
LA PÉNICILLINE EN CAS D'ÉCHEC
RENFORCE LEUR ACTION

LABORATOIRES
ORTIAL
*7, RUE DE L'ARMORIQUE PARIS XV^e^*

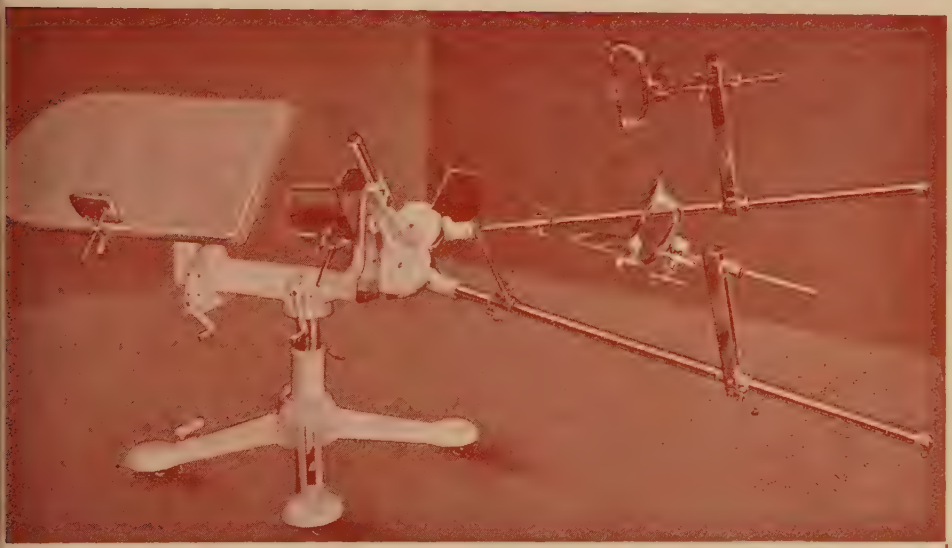
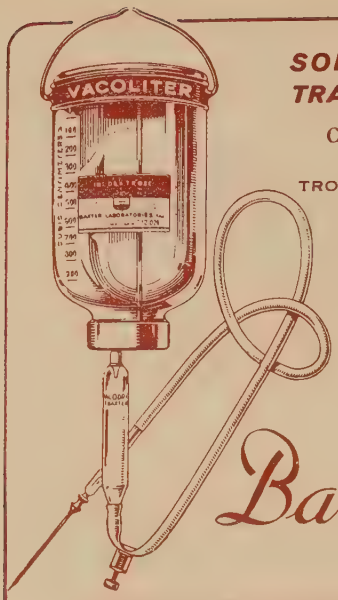


TABLE RADIO-ORTHOPÉDIQUE du Dr CH. ROCHER
Type 51 — B. S. G. D. G.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE FOURNITURES CHIRURGICALES
57, rue Paul-Louis-Lande, BORDEAUX — Téléphone : 948-64.



SOLUTIONS INTRAVEINEUSES
TRANSFUSIONS EN CYCLE FERMÉ

Conservation sous vide en verre neutre
Pureté garantie — pH constant
TROUSSES PLASTIQUES & PERMANENTES

HYDROLYSATS de PROTEINES
(**PLASMA** bovin enzymatique)
simple ou glucosé

..... tous les acides aminés essentiels

Baxter ... *aucune réaction !!*

prescrivez - 1 L,5 par jour.

SANS PYROGÈNES

BAXTER FRANCE - 3, Rue de Béarn, Paris

PEPSINACID

Granulé

A base de pepsine et H.C.L.

GOUT AGRÉABLE

ACTIVITÉ STABLE

Pour vos gastrectomisés

LABORATOIRE M. LACHARTRE
Docteur en Pharmacie
26, Boulevard de l'Hôpital - Paris-V^e^

Montpellier Médical, an. 95, n° 6, Août 1952. — **G. Roux.** Le traitement chirurgical du cancer du col utérin; vœux et réalité (1). — **P. Lamarque.** Réflexions sur le diagnostic du cancer du col utérin (2). — **P. Lamarque.** La roentgenthérapie et la curiepuncture du cancer de la lèvre (3). — **E. Nègre.** Le temps perdu dans le diagnostic des cancers œsophagiens (4). — **H. L. Guibert.** De la biopsie par écouvillonnage (5). — **C. Roméeu.** Les tests diagnostiques du cancer (6). [61]

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, an. 129, n° 10, Octobre 1952. [*Journées médicales*]. — **F. Papin.** Cancer du sein et diagnostic précoce (1). — **Creyx, Leng-Lévy, Vincendeau, David-Chaussé** et **Serres.** Étapes d'un diagnostic litigieux de surrénalome malin (2). — **Cazeilles** et **Debonnière.** Ostéoporose circonscrite du crâne et maladie de Paget (3). — **A. Fontan.** Tumeurs cérébrales du nourrisson (4). — **J. Villar.** La chirurgie du côlon gauche en un temps (5). — **J. J. Dubarry.** Ulcères duodénaux et bulbites ulcéreuses à l'âge scolaire (6). — [*Sociétés*]. **Broustet** et **Blanchot.** Tachycardies paroxystiques préludes de phlébite (7). — **Aubertin, Dulong de Rosnay, Labadie, du Parquier** et **Mullon.** Deux cas de méningite tuberculeuse après intervention chirurgicale sur des foyers tuberculeux (8). — **P. Labadie.** Les ganglioplégiques (9). [62]

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 70, n° 18, 5 Octobre 1952. — **A. Samain.** L'anesthésie du système neuro-végétatif en chirurgie (1). — **P. Langeron.** Les indications chirurgicales dans les thromboses veineuses (2). [63]

Echo Médical du Nord (Lille), t. 23, n° 10, Octobre 1952. — **G. Bizard, N. Grégoire** et **A. Robelet.** Le besoin d'oxygène au cours de l'anesthésie (1). [64]

Strasbourg Médical, t. 3, n° 9, Septembre 1952. — **J. Warter** et **R. Geiger.** Troubles métaboliques après gastrectomie à propos d'une observation nouvelle (1). — **E. Forster, A. Maier** et **L. Keiling.** Résections segmentaires pour tuberculose pulmonaire à propos de six cas (2). — **J. Weill, R. Keller** et **Mlle M. L. Gebus.** Notes à propos de deux observations d'occlusion accidentelle des voies biliaires principales (3). — **C. M. Gros** et **A. Veillon.** D'un lymphosarcome à localisations multiples évoluant depuis plus de 4 ans (4). [65]

Ouest Médical (Paris), an. 5, n° 19, 10 Octobre 1952. — **M. Nicol.** A propos du traitement chirurgical des fractures supra-condyliennes de l'humérus à grand déplacement chez l'enfant (1). — **P. Verceletto** et **M. Collet.** Valeur de l'électro-encéphalogramme dans les tumeurs cérébrales hémisphériques. A propos de 33 cas vérifiés (2).
N° 20, 25 Octobre. — **J. Debelut.** État actuel de la chirurgie colique (3). — **F. Poussier.** Les troubles mictionnels du tuberculeux rénal néphrectomisé; leur retentissement sur le rein restant (4). [66]

Revue Médicale de France (Clermont-Ferrand), an. 21, n° 9-10, Septembre-Octobre 1952. — **J. Terracol.** Des hyperthyroïdies (1). — **Maire** et **Reder.** D'une pommade aux protéolysats en proctologie courante (2). — **L. F. Gisclard.** Sur quatre cas de maladie de Basedow en liaison avec des lésions buccales (3). [67]

Allemagne.

Deutsches Medizinisches Journal (Berlin), an. 3, n° 19-20, 15 Octobre 1952. — **W. Brusten.** Le traitement combiné, radio, radium et cobalt isotope, du cancer mammaire (1). — **J. Weidener.** Un cas de tumeur de Pancoast (2). [68]

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 77, n° 40, 3 Octobre 1952. — **E. Philipp.** Six cas établis par laparotomie, d'absence des glandes génitales chez la femme (1). — **A. Laur.** Technique nouvelle d'urographie d'excrétion (2).
N° 42, 17 Octobre. — **R. Nissen.** Le traitement chirurgical de l'ulcère chronique gastrique et duodénal (3). — **L. Norpoth.** L'état présent du traitement de la maladie ulcéreuse (4).
N° 43, 24 Octobre. — **W. Schulze.** Tuberculose osseuse et formation de calculs urinaires (5). [69]

Münchener Medizinische Wochenschrift, an. 94, n° 40, 3 Octobre 1952. — **H. Eymer.** Généralités sur la question du cancer (1). — **W. Cramer.** Altérations épithéliales du col utérin et leur traitement (2). — **A. Rummel.** Considérations critiques sur le cytodiagnostic du cancer selon Papanicolaou (3).
N° 41, 10 Octobre 1952. — **H. Koch** et **H. Kempter.** La possibilité d'emploi du sérum animal comme substitut du sang en chirurgie (4).
N° 42, 17 Octobre. — **H. Koch** et **H. Kempter.** Utilisation du sérum animal à la place du sang en chirurgie (5).
N° 43, 24 Octobre. — **F. Yung.** Le traitement de la tuberculose uro-génitale (6). [70]

Zeitschrift für die Gesamte Innere Medizin (Leipzig), an. 7, n° 13, 1er Juillet 1952. — **Loos** Sur la tétanie; en particulier sur la tétanie post-opératoire (1).
N° 14, 15 Juillet. — **K. A. Winter** et **T. Knauth.** Recherches quantitatives sur l'hématurie (2). — **F. Eck.** La tuberculose musculaire comme forme particulière de la polymyosite tuberculeuse chronique (3).
N° 15, 1er Août. — **Wiesner.** Le changement de l'acidité du suc gastrique comme constatation à côté dans les fractures fermées (4).
N° 17, 1er Septembre. — **Wüst.** Fréquence et complications des ulcères gastro-duodénaux d'après le matériel des années 1930-1949 (5).
N° 18, 15 Septembre. — **Hesse.** Le phénomène de la nécrose hémorragique (6). — **Ostapowicz.** Danger de pneumothorax après résection du goitre (7). [71]

Medizinische Monatschrift (Stuttgart), an. 6, n° 10, Octobre 1952. — **K. F. Dietrich** et **F. P. Gycha.** Importance et influence de l'insuffisance circulatoire végétative en chirurgie (1). [72]

[73] **Das deutsche Gesundheitswesen,** an. 7, n° 33, 14 Août 1952. — **W. Kothe.** Le traitement opératoire de l'empyème pleural, avec et sans pénicilline (1). — **W. Jenke.** Diagnostic cytologique des tumeurs des épanchements thoraciques et abdominaux; avec planches artistiques (2).
N° 34, 21 Août. — **H. Bruckner.** L'anesthésie du plexus (3). — **G. Dietz.** Expériences d'une méthode ouverte de conservation du sang (4).
N° 35, 28 Août. — **H. Wierner.** Le Thiantan pour la prophylaxie de la pneumonie post-opératoire (5).
N° 36, 5 Septembre. — **A. L. Mjasnikow.** Étiologie et pathogénèse de la maladie de l'hypertension (6).
N° 37, 12 Septembre. — **W. Küstner.** Le paladrin et le palascopin dans la chirurgie de la tête et du cou (7).
N° 38, 19 Septembre. — **F. G. Hensel.** Sur l'anémie après résection de l'intestin grêle (8).
N° 39, 26 Septembre. — **W. Keil et U. Neumärker.** L'épreuve pré-opératoire à l'histamine de la circulation (9). — **J. Susze et G. Aurig.** Le traitement de l'induration plastique du pénis par la vitamine E (10). — **A. Pillokat.** Le traitement par la vitamine E de l'induration plastique du pénis est-il un progrès? (11). — **E. Geyer.** La découverte des foyers inflammatoires latents par le Pyrifer (12).

Autriche.

[74] **Wiener Medizinische Wochenschrift'** an. 102, n° 40, 4 Octobre 1952. — **G. H. Marcus** et **H. Lill** Sur le cancer de l'estomac (1).
N° 41, 11 Octobre. — **G. H. Marcus et H. Lill.** Sur le cancer de l'estomac (2).
N° 42, 18 Octobre. — **W. Schosserer.** Le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire (3). — **G. H. Marcus et H. Lill.** Sur le cancer de l'estomac (4).
N° 43, 25 octobre. — **F. Endler.** Dégénérescence sarcomateuse d'un ostéofibrome du col du fémur (5).

[75] **Wiener Klinische Wochenschrift,** an. 64, n° 40, 3 Octobre 1952. — **H. Mittelberger.** Traitement des varices de la jambe ainsi que des ulcères variqueux; un problème de médecine sociale (1).
N° 41, 10 Octobre. — **K. Fellinger.** Le diagnostic différentiel des tumeurs intra-thoraciques (2). — **G. Salem.** Sur le traitement des blessures pénétrantes et perforantes du cœur (3). — **O. Novotny.** Technique moderne de l'extirpation du larynx (4).

[76] **Klinische Medizin** (Vienne), an. 7, fasc. 10, 1er Octobre 1952. — **O. Forcher-Mayr.** Sur la morphologie clinique du bulbe carotidien (1).

Belgique.

[77] **Le Scalpel** (Bruxelles), an. 105, n° 40, 4 Octobre 1952. — **R. Francois.** Trop longue histoire d'un ulcère meckelien (1).
N° 41, 11 Octobre. — **R. Graulich.** Un cas de tumeur rectale à symptomatologie d'hémorrhoïdes (2).

[78] **Bruxelles-Médical,** an. 32, n° 40, 5 Octobre 1952. — **B. Blankoff.** La consultation du Centre de Santé pour le diagnostic de la Tuberculose ostéo-articulaire (1). — **J. Ferin.** Les critères endométriaux de l'insuffisance progestinique relative chez la femme ovariectomisée (2).
N° 41, 12 Octobre. — **M. Galland.** Le problème de la tuberculose ostéo-articulaire est-il changé (3).
N° 42, 19 Octobre. — **G. de Tœuf et A. Gelin.** Propédeutique et indications opératoires dans la pathologie veineuse du membre inférieur (4).
N° 43, 26 Octobre. — **G. Drumel.** De quelques cycles artificiels sur femme ovariectomisée (5).

[79] **Acta Clinica Belgica** (Bruxelles), t. 7, fasc. 4, Juillet-Août 1952. — **R. L. Duret.** La fragilité capillaire dans l'hypertension artérielle (1).

[80] **Revue Médicale de Liège,** vol. 7, n° 18, 15 Septembre 1952. — **J. Foret.** La néphrectomie partielle (1).
N° 19, 1er Octobre 1952. — **A. de Scoville.** Techniques médico-chirurgicales d'épuration extra-rénale dans les anuries (2). — **J. Forêt.** Traitement des perforations ulcéreuses gastro-duodénales (3).
N° 20, 15 Octobre. — **A. Hervé.** La cyclothérapie. Réalisation pratique et indications en cancérologie (4).

Espagne.

[81] **Anales de la Real Academia Nacional de Medicina** (Madrid), t. 69, fasc. 2, Juin 1952. **F. Galiano.** Trois cas de pseudohermaphrodisme masculin (1).

[82] **Medicina** (Madrid), an. 20, n° 4, Octobre 1952. — **Herrero de Cabo** et **G. Blanco Villanueva.** Sur un cas de paralysie faciale post-traumatique (1).

[83] **Hispalis Medica** (Séville), an. 9, n° 98, Août 1952. — **A. Ballester Hoys.** Dangers du bandage plâtré; fracture de l'extrémité proximale du cinquième métatarsien (1).

Actualidad Medica (Grenade), an. **28**, n° 334, Octobre 1952. — **F. Garcia Ramos.** Les malades cardio-vasculaires devant le chirurgien (1). [84]

Finlande.

Annales Medicinæ Internæ Fenniæ (Helsinki), vol. **41**, fasc. 4, 1952. — **U. K. Kiviranta** et **P. I. Halonen.** Anémie consécutive à la corrosion du tractus alimentaire (1). [85]

Grande-Bretagne.

The Lancet (Londres), vol. **263**, n° 6736, 4 Octobre 1952. — **C. R. McLaughlin.** Paralysie faciale permanente (1). — **J. F. Bolton Carter, E. H. Milne** et **T. D. Whittet.** Thrombophlébite consécutive aux infusions intra-veineuses (2). [86]

N° 6737, 11 Octobre. — **H. Bolton** et **A. G. Quinlan.** Traitement conservateur des fractures de la diaphyse radiale et cubitale chez l'adulte (3). — **J. G. Bourne.** Anesthésie au cyclopropane dans les extractions dentaires et en chirurgie chez les malades ambulants (4).

N° 6738, 18 Octobre. — **H. E. Lockhart-Mummery** et **C. E. Dukes.** Traitement chirurgical des polypes malins du rectum (5). — **J. Howkins.** La position de Trendelenburg (6).

N° 6739, 25 Octobre 1952. — **S. T. Anning.** Causes et traitement des ulcères de la jambe (7). — **A. V. Pollock.** Vagotomie dans le traitement du « peptic ulcer » (8). — **R. Percival.** Un clamp cervical occlusif utérin (9).

British Medical Journal (Londres), n° 4787, 4 Octobre 1952. — **D. Mac Carthy** et **J. W. B. Douglas.** La circoncision dans une sélection nationale d'enfants de 4 ans (1). [87]

N° 4788, 11 Octobre. — **W. Garden Hendry.** Duodéno-pancréatectomie radicale pour un papillome du canal pancréatique (2).

N° 4789, 18 Octobre. — **A. W. N. Druitt.** Colpocléisis satisfaisante avec fermeture anale après atteinte sévère de la vessie et du rectum par les rayons X (3). — **R. T. Payne.** Lipome de la glande parotide (4).

N° 4790, 25 Octobre 1952. — **T. Cecil Gray** et **G. Jackson Grees.** Rôle de l'apnée dans l'anesthésie en grande chirurgie (5). — **J. W. Dundee.** Influence de la respiration contrôlée sur le dosage du thiopentone et du chlorure de D-tubo-curarine en chirurgie abdominale (6). — **J. R. Esplen.** Un nouvel appareil de respiration artificielle (7). — **L. Forman.** Manifestations cutanées de la maladie cancéreuse (8). — **M. Jefferson.** Signes nerveux dans la sarcoïdose (9). — **H. Wade.** Perforations de l'intestin grêle par corps étrangers non métalliques (10).

Proceedings of the Royal Society of Medicine (Londres), vol. **45**, n° 10, Octobre 1952. — [*United Services Section*] **A. Sachs.** Vues modernes sur la prévention du tétanos chez le blessé (1). — [*Neurologie*] **J. St. C. Elkington.** Travail récent sur les névropathies périphériques (2). — [*Proctologie*] **J. Earle.** Sur la pathologie et le traitement des tumeurs non malignes du rectum et du côlon (3). — **H. E. Lockhart-Mummery.** Le traitement des adénomes « bénins » trouvés histologiquement être des carcinomes au début (4). — **W. B. Gabriel.** Le traitement chirurgical des grosses tumeurs villeuses du rectum (5). — [*Odontologie*] **R. Mc Whirter.** Symposium sur le traitement de l'adémantinome (6). — **G. T. Hankey.** Adamantinome type primitif traité à la fois chirurgicalement et par radiothérapie (7). — [*Chirurgie*] **D. Browne.** Canal artériel ouvert (8). — **A. H. Hunt.** Veinographie portale (9). — **P. Martin.** L'examen des désordres vasculaires périphériques (10). — [*Urologie*] **J. H. Wright.** Sur l'hypertension rénale unilatérale : discussion (11). [88]

Glasgow Medical Journal vol. **33**, n° 10, Octobre 1952. — **S. Kullander.** Tuberculose de l'endomètre traitée par le P. A. S.; grossesse ultérieure (1). — **A. Lyall.** Granulome éosinophile d'une côte; un cas et littérature (2). [89]

Hollande

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Amsterdam), an. **96**, n° 40, 4 Octobre 1952. — **L. A. Hulst.** Deux malades du gros intestin; carcinome du côlon et proctalgie fugace (1). **H. Smitskamp.** Diagnostic et traitement de l'abcès amibien du foie (2). — **A. J. C. Huffstadt.** Traitement chirurgical de la contracture de Dupuytren (3). — **H. Schrijver.** Purpura thrombopénique et sarcoïdose guérie par la splénectomie (4). [90]

N° 41, 11 Octobre. — **F. Kalsbeek.** Problèmes diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs rondes, solitaires du poumon (5). — **Ph. Wüstefeld.** Calculose appendiculaire (6).

N° 42, 18 Octobre. — **Hekman.** Atélectasie pulmonaire post-opératoire après opération pour atrésie congénitale de l'œsophage (7).

N° 43, 25 Octobre. — **Oosterhuis.** Les résultats éloignés de l'ostéosynthèse des fractures internes du col du fémur d'après Smith-Petersen-Johansson (8).

Italie

Il Policlinico (Sezione Pratica) (Rome), vol. **59**, n° 39, 29 Septembre 1952. — **F. Rabboni.** Sur le traitement post-opératoire du goitre hyperthyroïdien (1). [91]

N° 40, 6 Octobre. — **A. Dorigo.** Ulcère de la petite courbure gastrique sur îlots de pancréas aberrant (2).

[91] N° 42, 20 Octobre. — **A. Zanotto** et **G. Vegro.** Le syndrome pseudo-tumoral endocrânien par hypertension artérielle (3).

[92] **La Riforma Medica** (Naples), an. 66, n° 40, 4 Octobre 1952. — **L. di Battista.** Deux cas de kystes hydatiques de l'os (1).
N° 41, 11 Octobre. — **C. Tangari et G. Ardimento.** Occlusion intestinale par gros calcul biliaire, 2 cas (2). — **P. Marascho et G. Gensi.** La pneumolyse extra-périostée avec plombage de polyéthylène de Hansen, dans la tuberculose pulmonaire, au lieu de la thoracoplastie (3).
N° 42, 18 Octobre. — **U. Del Torto.** L'arthrorise par verticalisation de l'astragale (4).

[93] **Il Progresso Medico** (Naples), vol. 8, n° 18, 30 Septembre 1952. — **D. Pacini** et **V. de Franciscis.** Un cas d'ostéomyélite à paratyphique B (1).

[94] **Archivio per le Scienze Mediche** (Turin), an. 77, n° 3, Septembre 1952. — **L. Enrico.** Sur l'étude clinique et histopathologie des grandes hémorragiques gastriques sans ulcère (1). — **A. Costantini** et **L. Rulla.** Étude expérimentale de la possibilité de réanimation dans le shock hémorragique par transfusion intra-veineuse de sang et de succédanés (2). — **R. Strada** et **L. Candiollo.** Sur un cas de maladie de Paget familiale (3).

[95] **Minerva Medica** (Turin), n° 79, 1er Octobre 1952. — **P. Tagariello.** Gangrène des membres inférieurs due à une obstruction thrombotique massive du système veineux sans obstruction artérielle concomitante (1). — **G. Pomerri.** L'activité cortico-surrénalienne et œstrogénique dans les cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale avant et après l'intervention (2). — **D. Betetto.** Sur quatre cas de néoplasmes endocrâniens intéressant les noyaux de la base (3). — **E. Bellini.** Néoplasie du système réticulo-histiocytaire lymphoglandulaire. (Vue d'ensemble et contribution clinique.) (4).
N° 82, 11 Octobre. — **D. Di Donna.** La transfusion croisée dans le traitement de l'anurie (5).
N° 83, 15 Octobre. — **G. Igar.** Sur la thérapeutique des thromboses veineuses par les anticoagulants (6). — **E. Genazzani** et **Petrone.** Recherches expérimentales et cliniques sur un nouvel hypnotique, le 3-méthyl-pentinolo (7).
N° 85, 22 Octobre. — **M. Fantino, Perazzo** et **Riffero.** Sur l'emploi des hydrolysats de protéine par voie orale en chirurgie (8).
N° 86, 25 Octobre. — **L. Solerio** et **A. E. Fagliati.** Notre toute récente expérience du traitement chirurgical des sténoses de l'hépatocholédoque (9).

Irlande.

[96] **The Irish Journal of Medical Science** (Dublin), n° 322, Octobre 1952. — **G. Nelson.** Myélome multiple (1).

Pologne.

[97] **Polski Tygodnik Lekarski** (Varsovie), vol. 7, n° 35, 1er Octobre 1952. — **Bross** et **Garbinski.** Pathophysiologie de l'espace intra-pleural dans le pneumothorax chirurgical (1).
N° 36, 8 Octobre. — **St. Bednarzewski.** Le traitement complémentaire de l'état de schock (2). — **I. Dziackowski.** Technique de l'opération de l'ulcère peptique à l'hôpital du district de Plonsk (3).
N° 37, 15 Octobre. — **S. Bednarzewski.** Traitement complémentaire de l'état de shock (4).
N° 39, 29 Octobre. — **O. Wroblewski.** Le torticolis congénital (5).

Portugal.

[98] **Gazeta Medica Portuguesa** (Lisbonne), vol. 5, n° 2, Avril 1952. — **E. Samagaio.** Les diverticules du duodénum, leur clinique et leur radio-diagnostic (1). — **A. dos Santos Ferreira.** Un cas de carcinome primitif du vagin et son étiologie probable (2).
N° 3, Juillet 1952. — **A. Durao.** Traitement chirurgical des fractures diaphysaires par l'application d'une nouvelle plaque d'ostéo-synthèse suivie de mobilisation immédiate (3). — **J. Botelheiro.** Luxation récidivante de l'épaule. Aspects cliniques et médico-légaux (4). — **A. Carneiro de Moura.** Ectopie de la vessie (5).

États Scandinaves.

[99] **Nordisk Medicin** (Stockholm), vol. 48, n° 40, 3 Octobre 1952. — **A. E. Hasner.** Mésentère iléo-colique commun (1). — **A. S. Bobeck.** Salpingite consécutive au curettage complet ou diagnostique (2). — **E. Hasner.** Cinq observations de mésentère iléo-colique commun (3). — **P. Gronbaek.** Quatre observations de neurinomes gastro-intestinaux (4). **H. Andersen.** Le syndrome de Meigs (5). — **A. K. T. Engsig-Karup.** Dyspareunie après curiéthérapie du cancer utérin (6). — **P. Kühnel.** Un spéculum autostat (7).

N° 41, 10 Octobre 1952. — **M. Andersen.** La sonde de Miller-Abbott et l'adrénocorticotropine dans le traitement de l'iléus mécanique post-opératoire (8). [99]
N° 42, 17 Octobre. — **P. Hedlund.** Gangrène gazeuse (9). — **J. A. Jensen.** Iléus par invagination avec pancréas aberrant et diverticule de Meckel (10).
N° 43, 24 Octobre. — **S. Kullander.** La pénicilline au cours de la radiothérapie du cancer du col (11). — **H. Dupont.** États du vagin à la suite de la panhystérectomie abdominale (12).
N° 44, 31 Octobre. — **G. Wiberg.** Ostéotomie cunéiforme du rachis dans la spondylarthrite ankylosante (13). — **E. Hecht.** Hémorragie menaçante d'un peptic ulcer du diverticule de Meckel (14).

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 72, n° 10, Octobre 1952. — **B. Wissmer.** Les procédés actuels d'exploration vésiculaire (1). [100]

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 82, n° 41, Octobre 1952. — **H. Nicolaus.** Le problème du cancer (1). — **H. Hecht.** Un nouvel antigène pour le séro-diagnostic du cancer (2). — **Th. Johner.** Sténose duodénale par pancréas annulaire (3). [101]
N° 42, 18 Octobre. — **F. Rényi-Vamos, F. Balogh** et **Z. Szendroï.** Sur quelques problèmes de l'occlusion du bassinet rénal (4). — **V. N. Burghartz** et **H. Eisenreich.** Sur le traitement de l'ulcère peptique et de la maladie de l'ulcère (5).

Tchécoslovaquie.

Casopis Lekaru Ceshych (Prague), vol. 91, n° 40, 3 Octobre 1952. — **J. Urban.** Traitement des abcès pulmonaires par application locale de pénicilline (1). [102]
N° 41, 10 Octobre. — **F. Burian.** Déficiences du traitement des brûlures; aperçu des premiers soins (2). — **M. Dobrkovsky.** Principes du traitement local des brûlures (3). — **K. Peskova.** Changements totaux de l'organisme pendant les brûlures (4). — **L. G. Farkas.** Méthodes chirurgicales d'épithélisation pendant les brûlures (5). — **V. Friedberger, J. Maryska** et **V. Zahourek.** Déchirure de la vessie au cours des fractures du bassin (6).
N° 42, 17 Octobre. — **O. Koref.** Le traitement de l'adénosarcome de Wilms chez les enfants (7). — **Z. Cepek.** De la pathogénèse du pneumopéritoine spontané (8).
N° 43, 24 Octobre. — **Z. Muresova.** La novocaïne intra-veineuse dans les maladies des voies biliaires (9).

Moyen-Orient.

Acta Medica Orientalia (Jérusalem), vol. 11, n° 8-9, Août-Septembre 1952. — **O. Aladjem.** Rupture traumatique sous-cutanée du pancréas (1). [103]

Canada.

Union Médicale du Canada (Montréal), t. 81, n° 10, Octobre 1952. — **M. Samson** et **A. Pettigrew.** Résection massive de l'intestin grêle (1) [104]

États-Unis.

The New York State Journal of Medicine, vol. 52, n° 20, 15 Octobre 1952. — **R. H. Wylie.** La chirurgie de la sténose mitrale (1). — **L. M. Davidoff.** Le développement historique du traitement des tumeurs pituitaires (2). — **F. C. Grant.** Notes sur une série de tumeurs cérébrales (3). — **W. B. Hamby.** Le traitement moderne des anévrysmes intra-crâniens (4). — **H. Brill.** La place de la neurochirurgie dans le programme thérapeutique d'une section d'hygiène mentale (5). — **Jefferson Browder** et **H. A. Kaplan.** Le traitement médical et chirurgical de la dyskinésie (6). — **S. E. Gittleman** et **M. Leichtling.** Anévrysme disséquant de l'aorte; perforation dans l'œsophage (7). [105]

The American Journal of Medicine (New-York), vol. 13, n° 4, Octobre 1952. — **F. Hollander.** Concepts courants sur la physiologie des secrétions gastriques (1). [106]

The Journal of the American Medical Association (Chicago), vol. 150, n° 5, 4 Octobre 1952. — **J. H. Lockwood.** Lymphosarcome du tractus gastro-intestinal (1). — **L. Baker** et **M. A. Spellberg.** Sténose pylorique secondaire à l'ingestion d'acide chlorhydrique (2). — **B. J. Ficarra.** Observations *post-mortem* 20 ans après mastectomie bilatérale (3). [107]
N° 6, 11 Octobre. — **J. L. Wilson.** Rapports de la toncillectomie avec la fréquence de la poliomyélite (4). — **D. C. Moore.** Sciatique et blocage du nerf crural (5). — **T. K. Rathmell, G. Mora** et **J. F. Pessel.** Anévrysme mycotique du cercle artériel de Willis (6). — **A. B. Clements.** Carcinome métastatique de l'ombilic (7). — **M. Tulin, F. Kern Jr.** et

[107] **T. P. Almy.** La perforation de l'intestin au cours du traitement d'une colite ulcéreuse par la corticotropine (8). — **J. W. Jailer, J. Louchart** et **G. F. Cahill.** Diagnostic et traitement du virilisme surrénal (9). — **J. R. Hill.** La douleur de la région ano-rectale (10).

N° 7, 18 Octobre. — **W. H. Cole.** Tendances récentes en chirurgie de la vésicule biliaire (11). — **F. D. Dodrill, E. Hill** et **F. A. Gerisch.** Substitution mécanique temporaire pour le ventricule gauche chez l'homme (12). — **I. Isaacs.** Écoulement intrapéritonéal du liquide d'un lavement de baryte dans une perforation du côlon sigmoïde (13). — **D. Brayton** et **J. Norris.** Hémorragie gastro-intestinale chez le nourrisson et l'enfant (14). — **L. J. Knox, L. N. Rudin, D. J. Cronin.** Appareil d'immobilisation du membre supérieur durant la thérapeutique intra-veineuse (15).

N° 8, 25 Octobre. — **D. Krapin.** Syndrome de la rupture du vaisseau épigastrique profond (16). — **M. H. Griswold.** Le cancer de la prostate chez le nourrisson et l'enfant (17). — **L. H. Clerf** et **Herbut.** Le diagnostic précoce du cancer du poumon (18).

[108] **Archives of Internal Medicine** (Chicago), vol. **90,** n° 4, Octobre 1952. — **Th. J. Talbot** et **J. J. Silverman.** Fistule artério-veineuse asymptomatique du poumon (1).

[109] **Bulletin of the Johns Hopkins Hospital** (Baltimore), vol. **91,** n° 4, Octobre 1952. — **L. R. Sauvage** et **H. N. Harkins.** La croissance des anastomoses vasculaires; étude expérimentale de l'influence du type de suture; certains mécanismes intéressés (1).

[110] **The New England Journal of Medicine** (Boston), vol. **247,** n° 13, 25 Septembre 1952. — **R. E. Gross, A. A. Pomeranz, E. Watkins Jr.** et **E. I. Goldsmith.** La fermeture chirurgicale des lacunes du septum interauriculaire (1). — [*Hôpital*] **Krana.** Anévrysme disséquant de l'aorte rompue dans le péricarde (2).

N° 14, 2 Octobre. — **G. H. Lawrence** et **H. Ulfelder.** L'invagination intestinale; les cas du Massachusetts General Hospital de 1937 à 1951 (3). — **E. A. Edwards** et **H. D. Levine.** Le murmure de la fistule artério-veineuse périphérique (4).

N° 15, 9 Octobre. — **G. L. Nardi.** Études du métabolisme après pancréatectomie totale pour léiomyosarcome rétropéritonéal (5). — [*Hôpital*] **Talbot.** Cystosarcome phyllodes du sein (6). — **Warren.** Torsion et gangrène de la vésicule biliaire (7).

[111] **Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic** (Rochester) vol. **27,** n° 21, 8 Octobre 1952 — **K. R. Woolling, E. V. Allen, G. M. Roth** et **K. G. Wakim.** Une méthode pour augmenter le flux sanguin des extrémités par simple conservation de la chaleur corporelle; Effets d'une botte plastique isolée appliquée sur l'extrémité (1). — **A. Uihlein** et **R. H. Miller.** Tumeurs intra-orbitaires rares; 3 cas (2).

[112] **New Orléans Medical and Surgical Journal.** (Louisiane), vol. **104,** n° 16, Octobre 1952. — **C. R. Reed Jr.** et **T. M. Oxford.** Traitement des fractures de hanche (1).

[113] **Annals of Internal Medicine** (Lancaster), vol. **37,** n° 4, Octobre 1952. — **B. A. Greene** et **S. Berkowitz.** La toux provoquée avant l'anesthésie comme méthode de diagnostic de la bronchite pré-opératoire (1). — **E. P. Mc Cullagh.** L'iode radio-actif dans le traitement de l'hyperthyroïdisme (2). — **M. Scott.** Le traitement neuro-chirurgical de l'hémorragie intra-cérébrale spontanée simulant l'apoplexie commune (3). — **E. Sando** et **St. Helm.** Coarctation acquise du nouveau canal d'un anévrysme disséquant aortique guéri (4).

[114] **Rocky Mountain Medical Journal** (Denver), vol. **49,** n° 10, Octobre 1952. — **P. J. Burnham.** La réinsertion du tendon bicipital distal arraché (1). — **D. R. Akers.** Atrésie congénitale et sténose de l'intestin grêle (2).

République de Haïti.

[115] **Bulletin de l'Association Médicale Haitienne** (Port-au-Prince), vol. **4,** n°s 5 et 6, Mai-Juillet 1952. — **Steelin.** Sur un cas d'arrêt cardio-respiratoire (1). — **P. Paul Blanc.** Le Gelfoam dans le traitement des cavités osseuses (2).

Argentine.

[116] **La Prensa Medica Argentina** (Buenos-Aires), vol. **39,** n° 39, 26 Septembre 1952. — **A. G. Peralta Ramos, M. A. Cirio Malbran** et **C. A. de Angelis.** Carcinome de l'endomètre. Biopsie en désaccord avec l'histologie de l'organe extirpé (1). — **R. N. Bardini.** Fermeture des incisions para-rectales internes par superposition des lèvres du feuillet antérieur de la gaine (2). — **I. Castillo Odena.** Traitement de la scoliose essentielle (3).

N° 40, 3 Octobre. — **R. Finochietto** et **G. Hugo-Dickmann.** Crâniorhinorrée; chirurgie (4). — **L. Zimman** et **J. Zimman.** Varices leptoméningo médullaires (5). — **J. H. Chiodi.** Anesthésie du ganglion stellaire et atélectasie pulmonaire post-opératoire (6). — **R. A. Defilippo** et **A. Mieres.** Carcinome épidermoïde de l'endomètre (7).

N° 41, 10 Octobre. — **C. Velasco Suarez.** Troubles fonctionnels des voies biliaires; dyskinésies et dystonies (8). — **L. A. Surraco.** Rupture de la vessie (9). — **J. C. Christensen.** Protrusion discale cervicale avec syndrome contro-latéral (10). — **R. Dassen, O. Fustinoni** et **A. M. Perosio.** Sarcome primitif du péricarde (11). — **E. F. Malbec** et **A. R. Beaux.** Oreille en cornet (12). — **J. A. Pilheu.** Pneumonectomie gauche suivie de grossesse et d'accouchement normaux (13). — **O. O. Guariglia** et **P. Scorza.** Polype gastrique prolabé dans le bulbe avec dégénérescence adéno-carcinomateuse (14).

N° 42, 17 Octobre. — **M. A. Casal.** Hernies et éventration diaphragmatiques (15). —

A. R. Albanese, J. A. Sojo et **D. Hojman.** Myoblastome de la langue (16). — **H. Bensimon.** Trichobezoar et tumeurs mésentériques (17). — **B. P. Ceriani.** Accidents et complications intestinaux des gynécopathies opératoires; l'iléus (18). — **J. Orgaz et J. E. Malbran.** Adéno-carcinome primitif du duodénum (19). — **M. Lelio et G. Terzano.** Comment faire le diagnostic précoce de cancer de l'utérus? (20). — **G. Hammond.** Chirurgie de l'hallux valgus (21). — **M. Meeroff.** La ligature de l'artère hépatique dans le traitement de la cirrhose du foie (22). [116]

La Semana Medica (Buenos-Aires), an. 59, n° 13, 25 Septembre 1952. — **C. Blanco-Soler, J. W. Otte** et **I. Madrigal.** Traitement du cancer inopérable du poumon avec la moutarde azotée et le phosphore radio-actif (1). [117]

Revista de la Asociaciòn Medica Argentina (Buenos-Aires), t. 66, n° 729, 15 Juillet 1952. — **J. Torcivia.** Contusion grave de l'abdomen (1). — **V. Martinez Colombres** et **P. Dobladez.** Étude radiologique du thymus (2). — **N. J. Cerutti.** La colposcopie dans les lésions du col utérin (3). — **J. C. Colombo.** Syphilis gastrique (4). — **J. H. Romero.** Le goitre à San Juan (5). — **E. L. Capdehourat.** Kyste hydatique rédidivé du cou avec essaimage multiple cervico-thoracique (6). — **A. Onativia.** Phéochromocytome; diagnostic (7). [118]

Brésil.

Brasil Medico (Rio de Janeiro), an. 66, n° 27-28, 5 et 12 Juillet 1952. — **C. Renato Crey.** L'état actuel du traitement du varicocèle (1). [119]

N° 29-30, 19 et 26 Juillet. — **E. Obladen.** Anesthésie et chirurgie expérimentale (2).

N° 31-32, 2 et 9 Août. — **F. Françon.** Le plus fréquent des rhumatismes de l'épaule : la périarthrite scapulo-humérale (3). — **N. Burlemaqui Benchimol.** Anomalies de la menstruation; diagnostic et traitement (4).

O Hospital (Rio de Janeiro), vol. 49, n° 4, Octobre 1952. — **O. Sattamini Duarte.** Troubles psychiques dans les traumatismes crânio-encéphaliques de l'enfant (1). [120]

Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro), vol. 9, n° 9, Septembre 1952. — **L. C. Fonseca** et **P. de Almeida Toledo.** La radiologie du bulbe et de l'arc duodénal dans l'achalasie (1). — **F. Fialho** et **J. Hilario.** Rhabdomyome granuleux du cystique (myoblastome) (2). — **J. S. Cavalcanti.** Résection du poumon pour abcès chronique (3). [121]

Chili.

Revista Medica de Chile (Santiago), an. 80, n° 6, Juin 1952. — **H. Acevedo, J. Zañartu, A. Atria** et **C. Lobo Onell.** Étude sur le cancer prostatique en relation avec son traitement hormonal. Détermination de 17 céto-stéroïdes et numération des éosinophiles (1). [122]

Vénézuela.

Gaceta Medica de Caracas (Venezuela), an. 60, n° 1, Janvier 1952. — **D. Luciani.** Gangrène de la main par artérite; artériectomie de l'artère axillaire; guérison (1). [123]

N°s 2, 3, 4 et 5, Février-Mai 1952. — **O. Beaujon.** Quelques cas de néoplasmes des voies lacrymales (2). — **A. Celis Perez.** 16 ans d'expérience dans le diagnostic des tumeurs du rhino-pharynx (3).

Iran.

Revue de la Faculté de Médecine (Téhéran-Iran), an. 10, n° 1, Octobre 1952. — **P. A. Adle** et **Towhidi.** La lobectomie pulmonaire dans la dilatation des bronches (1). — **Dj. Aalam** et **A. Marvasti.** L'opération par le serre-nœud du fibrome naso-pharyngien (2). [124]

Afrique du Sud.

South African Medical Journal (Capetown), vol. 26, n° 39, 27 Septembre 1952. — **A. J. Helfet.** Ostéotomie spinale (1). — **N. Feldman** et **H. C. Falke.** A. C. T. H. et splénectomie dans un cas d'anémie idiopathique acquise, chez un Bantou (2). — **B. Goldstone.** Un cas de tumeur du corpuscule carotidien (3). [125]

N° 41, 11 Octobre. — **K. B. Vetten, J. C. Nicholson** et **Devitt.** La sécurité dans l'emploi des relâchants musculaires (4).

Australie.

The Medical Journal of Australia (Sidney), an. 39, n° 11, 13 Septembre 1952. — **N. C. Davis,** Les aspects chirurgicaux de la guerre de Corée, Mars 1951 à Février 1952 (1). [126]

N° 12, 20 Septembre. — **R. S. Lawson.** Rupture traumatique des viscères abdominaux (2).

IV. Sociétés.

[127] **Société des Chirurgiens de Paris,** 16 *Mai* 1952. — Guérison d'un cas de cancer de la prostate par le forage de la prostate (**G. Luys** : discussion) (1). — Premiers résultats obtenus avec le 45.60 R. P. en anesthésiologie (**M. Tchékoff** et **Mme Bouchaud-Tournier** : discussion) (2). — Deux cas d'anastomose bilio-digestive (**F. Masmonteil** et **G. Alpérine** : discussion) (3).

6 *Juin.* — Complication rare d'une pexie directe utérine (**J. Guillot**) (4). — Cal volumineux d'une fracture de la clavicule (**C. Rœderer**) (5). — Cinq observations d'endométriose (**L. Diamant-Berger**) (6). — Endométriose au niveau d'une cicatrice de laparotomie par rupture de la trompe droite (**Kliszowski** et **Roze**) (7).

[*Bulletins et Mémoires*, t. **42**, n° 6, 1952.]

[128] **Société de Chirurgie de Lyon,** 27 *Mars* 1952. — Considérations sur les médications anticoagulantes dans la prévention et le traitement des accidents veineux post-opératoires (**M. Favre-Gilly, Mlle Ithier, Blanc, Mme Borel-Milhet, Croizat** et **Froment**) (1). — L'opération de Trendelenburg a-t-elle encore des indications? (**Santy, Guillemin** et **Marion**) (2). — A propos de séquelles phlébitiques (**Wertheimer, Sautot** et **Milleret**) (3). — Prévention et traitement des thromboses veineuses en chirurgie générale et orthopédique (**Truchet** et **Lançon**) (4). — Sur le diagnostic des embolies de l'artère pulmonaire chez les opérés (**Pouzet, Tourniaire** et **Tartulier**) (5). — Quelques données pratiques sur les phlébites et embolies post-opératoires et sur leur prophylaxie (**Chalier**) (6).

3 *Avril* 1952. — A propos de la reconstruction prothétique de la hanche dans les coxa-vara invétérées de l'adulte (**Herbert**) (7). — Rupture spontanée du tendon du long extenseur du pouce, chez un malade porteur d'une pseudarthrose des deux os de l'avant-bras traitée par embrochage intra-médullaire (**Giraud, Verger** et **Vittori**) (8). — Iléus alimentaire (**Desjacques, Pouyet** et **Bene**) (9). — A propos des anesthésies dites potentialisées (**Creyssel** et **Deleuze**) (10). — Métastase claviculaire révélatrice d'un cancer de l'œsophage (**Desjacques** et **Mounier-Kuhn**) (11).

24 *Avril* 1952. — A propos des anesthésies potentialisées (**Heitz** et **Regent**) (12). — Réductions sanglantes de luxations bilatérales des hanches chez les jeunes enfants (**Guillemin et**) (13).

8 *Mai* 1952. — Statistique intégrale de 104 cas de sciatique opérés (**J. Cabanac** et **Colin**) (14). — Du rôle localisateur du rétro-pneumopéritoine (**Simon**) (15). — Une hématémèse de cause rare (**J. Barrie** et **J. Bonnet-Eymard** [rapport **J. Francillon**]) (16). — Un cas d'iléus d'origine thérapeutique (**J. Francillon**) (17).

[*Lyon Chirurgical*, t. **47**, n° 7, *Octobre* 1952.]

[129] **Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest,** 17 *Janvier* 1952. — Péritonite généralisée par perforation basse du sigmoïde par diverticulose à évolution occulte (**Nard**) (1). — Épithélioma de la trompe (**L. P. Doutre** [rapport **Papin**]) (2). — Sur un cas de diverticule de la vessie (**Darget** et **Ballanger**) (3).

21 *Février.* — Traitement du cancer du sein (**Dubourg**) (4). — Notes statistiques au sujet du traitement du cancer du sein (**H. Grenet**) (5). — Essai de traitement mixte radio-chirurgical dans le cancer du sein (**J. Magendie**) (6).

20 *Mars.* — Un cas rare de complications urinaires après amputation d'un rectum cancéreux (**J. Villar** et **R. Ballanger**) (7). — Adénome prostatique géant (**Blanchot** et **Muret**) (8). — Plaidoyer en faveur de l'opération de Babcock-Bacon; présentation de malades (**Nard**) (9).

[*Bordeaux Chirurgical*, fasc. **2**, 1952.]

[130] **Société Française de Gynécologie,** 19 *Mai* 1952. — Les hémorragies génitales chez la femme; causes, étude statistique (**Netter, James, Aumaitre** et **Mlle Rivet**) (1). — De l'électrocoagulation du col (**Mme Raffi-Surbled**) (2). — Intérêt du frottis vaginal dans certains cas d'aménorrhée (**A. Pye**) (3). — Frottis vaginaux, méthode de dépistage du cancer utérin (**Besimenski** et **Pariente**) (4).

[*Comptes Rendus*, an. **22**, n° 5, *Mai* 1952.]

[131] **Société Française d'Urologie,** 19 *Mai* 1952. — Sur l'urétéro-cysto-néostomie avec lambeau vésical tubulé (**R. Couvelaire**) (1). — Rétrécissement calcifié de l'uretère simulant un calcul (**E. Chauvin**) (2). — Uretère rétro-cave, diagnostiqué avant l'opération et guéri par urétéroplastie (**A. Dufour** et **P. Sesboué**) (3). — Incidents au cours d'un cathétérisme urétéral (**G. Motz**) (4). — Abouchement vaginal de l'uretère gauche révélé par un volumineux calcul vaginal (**P. Sesboué** [rapport **A. Dufour**]) (5).

16 *Juin.* — Fistule colo-vésicale puis iléo-vésicale à deux ans d'intervalle au cours de l'évolution d'un cancer sigmoïdien inextirpable (**R. Gayet**) (6). — Un cas d'ostéome du rein traité par néphrectomie partielle (**P. Macquet, L. Wemeau** et **G. Defrance**) (7). — Péritonite cloisonnée d'origine pyélo-rénale (**M. Larget, P. Larget** et **Isidor** [rapport **Fey**]) (8). — Prolapsus d'un papillome vésical (**G. Patoir**) (9). — Reflux pyélo-veineux; pièce anatomique (**P. Verrière**) (10).

[*Journal d'Urologie*, t. **58**, n° 6, 1952.]

[132] **Société Nationale Française de Gastro-Entérologie,** 16 *Juin* 1952. — Au sujet de l'action irritante des produits de contraste radiologique sur appareil biliaire; étude par la méthode de perfusion à débit constant (**Ch. Debray, M. Roux, R. Le Canuet** et **D. Clément**) (1). — Fibromyome de l'estomac (**G. Beauregard**) (2). — Rétrécissement colique segmentaire et collerette d'invagination permanente, pseudo-tumoraux, d'origine spasmodique (**Guy Albot, Mme N. Bernard, R. Le Canuet** et **N. Arvay**) (3).

[*Sud-Ouest*]. *Novembre* 1951. — Des cholédocytes sténosantes (**G. Dubourg**) (4). — Les indications de la duodénotomie en chirurgie biliaire (**J. Ducuing, M. Grimoud** et **J. Lapeyrère**) (5). — Colectomie droite pour invagination chez un nourrisson de 56 jours; radiologie 4 ans après (**G. Baillat**) (6). — Du diagnostic de cancer de l'estomac (**R. Darmaillacq**) (7). —

Hématémèses graves à la phase pré-splénomégalique de la maladie de Banti (**Ducuing, Grimoud** et **Lapeyrère**) (8). — Sur onze cas d'ulcères du canal pylorique (**J. J. Dubarry et E. Dubarry**) (9). — Un cas de cancer du rectum inopérable traité par radiothérapie; guérison apparente de 3 ans (**P. Marques, A. Bru** et **A. Fournier**) (10). — Kyste hydatique du sein gauche et échinococcose hépatique diffuse (**Ch. Pierra**) (11). 132

[*Région Lyonnaise*]. Le cancer gastrique muco-infiltrant à marche lente (**A. Vachon, Garin** et **Grivet**) (12). — Volumineuse tumeur pédiculée de l'intestin grêle, à développement abdominal (**Levrat, Peycelon, Wegelin** et **Brette**) (13). — Du brachy-œsophage; observations (**P. Santy** et **P. Michaud**) (14). — Essai de la moutarde à l'azote dans le traitement des cancers de l'œsophage (**M. Plauchu, M. Lehmann** et **E. Lejeune**) (15). — Diagnostic faits à la faveur de la seule ponction-biopsie du foie (**Girard, Plauchu** et **Loisy**) (16). — Sur deux cas de suppuration de la région lombaire gauche d'origine digestive (**Girard, Fraisse, Guillermet** et **Badon**) (17).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. 41, n° 7-8, *Juillet-Août* 1952.]

Société Française de Phlébologie — Sur la thérapeutique anticoagulante (**L. Leger**) (1). — Sur la thérapeutique anticoagulante (**J. C. Reymond**) (2). — Choc après héparine (**Marmasse**) (3). — Conceptions actuelles sur les ulcères de jambe d'origine veineuse (**J. D. Martinet**) (4). — Sur un cas de mort consécutif à une injection intra-artérielle de post-hypophyse (**R. Tournay**) (5). — Sur un cas de mort suite d'injection intra-artérielle de post-hypophyse (**R. Vieville**) (6). — Hyperkératoses circonscrites des membres inférieurs, séquelles de phlébites (**G. Gautron** et **R. Legroux**) (7). 133

[*Bulletin de la Société*, an. 5, n° 3, *Juillet-Septembre* 1952.]

Société de Neurochirurgie de Langue Française, *Strasbourg, Juin* 1952. — Les kystes hydatiques du névraxe (**P. Goinard** et **P. Descuns** : discussion du rapport) (1). — Du traitement neurochirurgical des kystes hydatiques (**J. Da Gama Imaginario**) (2). — Le traitement des paraplégies traumatiques (**R. Fontaine, A. Dany, J. N. Muller** et **L. Holderbach** : discussion du rapport) (3). — Modifications histologiques des testicules chez les paraplégiques (**Klein, Fontaine, Stoll, Dany** et **Frank**) (4). — Fracture et luxation de L2 (1939). Greffes bilatérales entre les deux derniers nerfs intercostaux et les sciatiques; résultats (**A. Jentzer**) (5). — Indications et résultats du traitement précoce des traumatismes rachidiens avec participation radiculo-médullaire; d'après 26 cas (**D. Petit-Dutaillis, B. Pertuiset** et **J. Le Besnerais**) (6). — Sur les indications opératoires dans les paraplégies traumatiques (**J. Guillaume, G. Mazars et Janny**) (7). — L'ostéosynthèse métallique dans les luxations de l'atlas (**J. Guillaume**) (8). — Statistique sur 43 cas de traumatismes vertébro-médullaires (**Lazorthes, Souquet** et **Anduze**) (9). 134

[*Revue Neurologique*, t. 86, n° 5, 1er Semestre 1952.]

Société d'Electroencéphalographie et des Sciences connexes de Langue Française. 13 et 14 *Juin* 1952. — Étude électrique et anatomique d'un anévrysme carotidien rompu (**F. Berdet, C. Dreyfus-Brisac** et **Meyerhein**) (1). — Diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales, du ramollissement et des affections atrophiques (**R. Houdard, P. Mathis, Arfel Capdevielle** et **H. Fischgold**) (2). — Corrélations anatomo-électro-cliniques au cours des hématomes intra-cérébraux spontanés (**J. E. Paillas, Mme Gastaut, J. Bonnal** et **R. Vigouroux**) (3). 135

[*Revue Neurologique*, t. 87 n° 2, 2e Semestre 1952.]

Académie Nationale de Médecine. 28 *Octobre* 1952. — L'acropathie ulcéro-mutilante (**J. Deroux**) (1). 136

[*Bulletin de l'Académie*, an. 116, t. 136, nos 27 à 30, 1952.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

OCTOBRE 1952

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès amibien, Smitskamp [90], 2.
- hypolaryngé, Barlet [30], 5.
mammaire, Mraz [12 A], 34.
prostatique, Telecky [12], 29.
- pulmonaire, Urban [102], 1.
- — (Exérèse), Cavalcanti [121], 3.
Abdomen aigu par rotation incomplète intestinale, Tosovsky [12], 52.
— (Blessures de guerre), Hajek [12], 58.
— — —; médecine soviétique, Hajek [12], 67.
- (Contusion grave), Torcivia [118], 1.
— (Hémorragie occulte) par biopsie, Marshall [35], 4.
- (Plaies de guerre) en médecine soviétique, Hajek [12], 62.
— (Radiologie); élimination des gaz préalable, Govoni [48], 5.
— (Tumeurs); cytodiagnostic, Jenke [73], 2.
- [Paroi] (Plastie au tantale), Acquati [7], 3; Zanetti [8], 6.
— — (Tumeur desmoïde), Typovsky [12], 9.
Acide hydrochlorhydrique (Ingestion), Baker [107], 2.
Acroparesthésie douloureuse nocturne, S. de Sèze [53], 10.
Acropathie ulcéro-mutilante, Deroux [136], 1.
ACTH pour anémie idiopathique, Feldman [125], 2.
- (Traitement des fibromes utérins), Varnier [53], 12.
Adamantinome, Naulleau [52], 20.
— (Traitement), Mc Whirter [88], 6.
- (Type primitif); Hankey [88], 7.
— tibial, Vanek [12], 49.
Adaptation sexuelle (Correction), Berry [27], 3.
Adénite spécifique (Compression duodénale), Ghirelli [49], 5.
Adéno-carcinome sur adénome bronchique, Umiker [37], 7.
- duodénal, Orgaz [116], 19.
Adénome bénin (Carcinomes au début), Lockhart-Mummery [88], 4.
- bronchique, Mc Burney [37], 6; Sery [12 A], 15.
- — puis adéno-carcinome, Umiker [37], 7.
- prostatique, Blanchot [129], 8.
Adéno-sarcome, Koref [102], 7.
Adrénalectomie dans le cancer mammaire, Huggins [14], 2.
— bilatérale (Technique en un temps), Huggins [14], 2.
Adrénocorticotropine dans l'iléus, Andersen [99], 8.
Affections précancéreuses, Hernando [32], 9.
— suppurées (Traitement fermé), Zdenkovic [12], 48.
Air comprimé (Ruptures intestinales), Dérobert [43], 4.
Algies d'origine cervicale, Arlet [60], 1.
Alimentation gastrique et jéjunal, Fallis [15], 4.
Aménorrhées (Intérêt des frottis vaginaux), Pye [130], 3.
Anastomose (iléo-terminale) Trace [13], 13.
— bilio-digestive, Masmonteil [127], 3.
— digestive bout à bout éversante, Hertzler [15], 5.
— intestinale, Sinaiko [13], 12.
— porto-cave (Technique et effets), Markowitz [16], 2.
— vasculaire (Croissance), Sauvage [109], 1.
Anémie par corrosion du tractus alimentaire, Kiviranta [85], 1.
— après résection du grêle, Hensel [73], 8.
— idiopathique (A. C. T. H. et splénectomie), Feldman [125], 2.
Anesthésie (Acquisitions et possibilités), Du Bouchet [56], 1.
— (Apnée), Cecil Gray [87], 5.
— (Besoin d'oxygène), Bizard [64], 1.
— (Problèmes actuels), Scheuerova [12 A], 7.
— (Toux provoquée) pour diagnostic de bronchite, Greene [113], 1.
— en chirurgie expérimentale, Obladen [119], 2.
— dans les maladies secrétantes du poumon, Hirsch [12 A], 12.
— au cyclopropane, Sarra [11], 5.
— par procaïne (Effets de l'hyaluronidase), Malek [12 A], 1.
- au 45 60 R. P., Tchékoff [127], 2
— à la Recorcaïne, Mangiavacchi [51], 2
— endotrachéale en chirurgie thoracique, Salek [12], 10.
— par le froid, Machacek [12], 53.

Anesthésie générale (Dangers), Pastorova [12 *A*], 6.
— — en neurochirurgie, Ciocatto [51], 1.
— par infiltration, Chmel [12 *A*], 4.
— intra-veineuse, Mazzola [13], 8.
— locale pour césarienne, Lanvin [53], 13.
— du plexus, Bruckner [73], 3.
— potentialisée, Creyssel [128], 10; Heitz [128], 12.
— en selle, Guerra [51], 4.
— du stellaire et atélectasie pulmonaire, Chiodi [116], 6.
— du système neuro-végétatif, Samain [63], 1.
— du système trachéo-bronchique, Keil [47], 2.
Anesthésique nouveau (3 Methyl-pentinolo), Genazzani [95], 7.
Anévrysmes carotidiens rompus, Berdet [135], 1.
— carotido-caverneux, Taptas [53], 6.
— intra-crâniens, Hamby [105], 4.
— — saignants, Bassett [41], 2.
— disséquants, Gittleman [105], 7; Krana [110], 2; Sando [113], 4.
— mycotiques, Rathmell [107], 6.
— sacculaires traumatiques, Hollingsworth [37], 1.
Angine de poitrine et chirurgie d'urgence, De Peyster [15], 10.
Angiocardiographie (État actuel), Catalano [7], 6.
— de l'embolie pulmonaire, Lochhead [50], 9.
Angiographie carotidienne (Complications oculaires), Walsh [41], 7.
— vertébrale, Sergent [52], 17.
Angiopneumographie, après pneumolyse, Rossi [8], 10.
Ankylose après coxalgie, Guérin [2], 18.
Anorectale [Douleur], Hill [107], 10.
Anse jéjunale (Invagination dans la bouche de gastro-entérostomie), F. Moutier [53], 2.
Anthrax hépatique, Artigas [32], 1.
Antiamylase chez le chien, Forti [9], 4.
Anticoagulants, Léger [133], 1; Reymond [133], 2.
— pour thrombose veineuse, Izar [95], 6.
— (Prévention des accidents veineux post-opératoires), Favre-Gilly [128], 1.
Antigène pour séro-diagnostic du cancer, Hecht [101], 2.
Antre gastrique (Fistule), Tempest [5], 5.
— dans les ulcères de la petite courbure, Gutmann [32], 8.
Anurie (Épuration extra-rénale); technique, De Scoville [80], 2.
— (Transfusion croisée), Di Donna [95], 5.
— post-opératoire et fonction rénale, Baxter [14], 12.
Aorte (Anévrysme disséquant), Gittleman [105], 7.
— ——; rupture intra-péricardique, Krane [110], 2.
— (— guéri); coarctation du nouveau canal, Sando [113], 4.
— abdominale (Thrombose), Theis [16], 14.
— thoracique (Anévrysme sacculaire), Hollingsworth [37], 1.
Aortographie par cathétérisme de la fémorale, B. S. Abeshouse [90], 5.
Apnée dans l'anesthésie, Cecil Gray [87], 5.
Aponévrose du muscle oblique externe (Transplantation) pour prolapsus vaginal. Williams [27], 1.
— palmaire (Rétraction), Mason [15], 11.
Appareil biliaire (Action des moyens de contraste radiologiques), Debray [132], 1.
— génital de la femme (Hémorragies); statistique, Netter [130], 1.
— urinaire (Calculs) dans la tuberculose osseuse. Schulze [69], 5.
Appareil urinaire (Complications) après amputation rectale, Villar [129], 7.
— — (Diagnostic), Mangelsdorff [47], 4.
— — (Lithiase), Devos [28], 2.
Appendice iléo-cæcal (Calculose), Wüstefeld [90], 6.
— — (Lymphosarcome), Breuer [12], 57.
— — (Pseudomyxome), Caminati [10], 3.
Appendicite (Iléus paralytique), Noble [13], 5.
— aiguë d'après 1 000 cas, Giaretta [8], 13.
— (Épidémie), Calvo Melendro [32], 4.
— fibroplastique et iléite régionale, Burian [12 *A*], 9.
Arrêt cardio-respiratoire, Steelin [115], 1.
Arteria lusoria (Dysphagie), Motta [49], 4.
Artère axillaire (Artériectomie) pour gangrène par artérite, Luciani [123], 1.
— carotide (Anévrysme rompu), Berdet [135], 1.
— — (Ligature); 26 cas dont 2 bilatéraux, Paillas [52], 10.
— — interne (Thrombose); signes oculaires, Walsh [41], 7.
— — (— traumatique), Schneider [41], 6.
— sous-clavière (Oblitération) effets vaso-constricteurs, R. Leriche [39], 1.
— épigastrique (Syndrome de rupture), Krapin [107], 16.
— fémorale (Occlusion); localisation non sanglante, Kaindl [44], 2.
— hépatique (Ligature) Meeroff [116], 22.
— pulmonaire (Embolie post-opératoire), Pouzet [128], 5.
— splénique (Calcifications), Catalano [48], 3.
— tibiale antérieure (Rupture) par fracture, Lasserre [2], 11.
— vertébrale (Angiographie percutanée antérieure), Sergent [52], 17.
Artères (Oblitération chronique); greffe veineuse, Malan [8], 2.
— (Radiographie), Fontaine [8], 1.
— (Résection) dans les troubles circulatoires, Nabel [3], 11.
— des capsules articulaires, Kos [12], 2.
— conservées (Greffe), Massé [2], 1.
— des membres (Oblitération aiguë), Massé [2], 8.
Artériectomie axillaire, Luciani [123], 1.
Artériopathies périphériques, Enria [8], 3.
Artério-sclérose oblitérante, Zapletal [12 *A*], 16.
Arthrite tuberculeuse (Traitement conservateur), de Cagny [53], 26.
Arthrodèse coxale, Merle d'Aubigné [1], 2.
Arthropathies, Zakhajm-Linget [52], 5.
Arthroplastie acrylique, Guérin [2], 18.
— fasciale. Voy. Genou.
Arthrorise astragalienne, del Torto [92], 4.
Articulation de l'épaule (Radiologie) chez les sportifs, Blaha [12], 16.
Ascaridiose, Benoldi [8], 12.
Ascites associées à la malignité, King [50], 4.
Astragale (Verticalisation) pour arthrorise del Torto [92], 4.
Atlas (Luxation); ostéo-synthèse métallique, Guillaume [134], 8.
Auréomycine locale, Decroix [30], 4.
Avant pied (Translation) pour pied creux, Brisard [19], 2.
Avortement criminel (Accidents neurologiques), Ravina [52], 9.
— provoqué (Mort rapide), Trillot [43], 3.

B

Bandage plâtré (Dangers), Ballester Hoys [83], 1.
Bantine (Rétention d'urine), Waller [29], 15.

Bassin osseux (Fractures); déchirure vésicale, Friedberger [102], 6.
Bilio-digestive [Anastomose], Masmonteil [127], 3.
Biopsie par écouvillonnage, Guibert [61], 5.
— du cancer du larynx, Piquet [30], 2.
— hépatique mortelle, Marshall [35], 4.
Blessures des doigts, Kuchar [14 A], 21; Clifford [15], 12.
— de guerre (Expérience soviétique), Hajek [12], 58; Hajek [12], 67.
Botte plastique isolée, Woolling [111], 1.
Bouche (Lésions) dans la maladie de Basedow, Gisclard [67], 3.
Bouche de gastro-entérostomie (Invagination jéjunale), F. Moutier [53], 2.
Bras (Œdème post-opératoire), Bonvalet [53], 21.
Bronches (Adénome), Sery [12 A], 15.
— —; pneumonie obstructive, Mc Burney [37], 6.
— (Affections circonscrites); chirurgie, Osella dore [10], 5.
— (Dilatation); lobectomie, Adle [124], 1.
Bronchite pré-opératoire (Diagnostic) par toux provoquée, Greene [113], 1.
Bronchographie (Anesthésie), Keil [47], 2.
Brûlures (Épithélisation), Farkas [102], 5.
— (Modifications de l'organisme), Peskova [102], 4.
— (Premiers soins), Burian [102], 2.
— (Traitement local), Dobrkovsky [102], 3.
— des mains, Helena [12 A], 28.
— chimiques, Bookrajian [27], 11; Dérobert [43], 2.
Bulbe carotidien (Morphologie), Forcher-Mayr [76], 1.
— duodénal (Radiologie) dans l'achalasie, Fonseca [121], 1.
Bulbite ulcéreuse à l'âge scolaire, Dubarry [62], 6.

C

Cæcostomie et colostomie transverse (Comparaison), Albers [16], 3.
Cæcum (Volvulus), Ryan [50], 3.
Calcanéum [Tubérosité postéro-interne] (Fracture), Borsay [3], 13.
Calcifications artérielles, Catalano [48], 3.
Calculs urinaires par decubitus, Schulze [69], 5.
Calculose appendiculaire, Wüstefeld [90], 6.
— biliaire (Exploration), Glenn [16], 6.
— — (Occlusion intestinale), Tangari [92], 2.
— uretérale, Mor [9], 2.
Canal artériel de Botal (Anatomie), Garberini [10], 2.
— — ouvert, Browne [88], 8.
— cystique (Rhabdomyome), Fialho [121], 2.
— pancréatique (Papillome), Garden Hendry [87], 2.
— pylorique (Ulcères); 11 cas, Dubarry [132], 9.
— thoracique (Anatomo-clinique), Dal Zotto [10], 1.
Cancer (Généralités), Eymer [70], 1.
— (Cytodiagnostic), Rummel [70], 4.
— (Séro-diagnostic); nouvel antigène, Hecht [101], 2.
— (Tests diagnostiques), Roméeu [61], 6.
— (Histogénèse), Ghiron [9], 3.
— (Problème), Nicolaus [101], 1.
— bronchique, Oric [4], 3.
— colique, Hulst [90], 1.
— duodénal, Halligan [34], 1.
— gastrique, Moutier [32], 11, Brown [35], 1, [35], 2; Marcus [74], 1, [74], 2, [74], 4; Darmaillacq [132], 7; Vachon [132], 12.
— gastro-intestinal, Gilchrist [34], 2.
— hépatique, Behrend [13], 19.
— labial, Lamarque [61], 3.
Cancer laryngien, Piquet [30], 2; Barlet [30], 6.
— mammaire, Huggins [14], 2; Davis [14], 3; Lisa [50], 5; Papin [62], 1; Brusten [68], 1; Dubourg [129], 4; Grenet [129], 5; Magendie [129], 6.
— œsophagien, Brulé [52], 11; Négre [61], 4; Plauchu [132], 15; Desjacques [128], 11.
— ombilical, Clements [107], 7.
— osseux, Desjacques [128], 11.
— prostatique, Brendler [29], 10; Griswold [107], 17; Acevedo [122], 1; Luys [127], 1.
— pulmonaire, Michaud [43], 5; Clerf [107], 18.
— rectal, Cepek [12], 17; Villar [129], 7; Marques [132], 10.
— rénal, Norpoth [3], 7.
— intra-urothélial, Melicow [29], 14.
— utérin, Louros [23], 2; Fischer [24], 1; Bayly [27], 8; Laffargue [42], 4; Tailhefer [42], 5; Roux [61], 1; Lamarque [61], 2; Engsig-Karup [99], 6; Kullander [99], 11; Peralta Ramos [116], 1; Defilippo [116], 7; Lelio [116], 20; Besimenski [130], 4.
— vésical, Kligerman [29], 6.
— vésiculaire, Howard [13], 3.
— des voies lacrymales, Beaujon [123], 2.
Cancérologie (Cyclothérapie), Hervé [80], 4.
Capillaires (Fragilité) dans l'hypertension artérielle, Duret [79], 1.
Carcinoma sarcomatoïdes, Vanek [12], 49.
Carcinome au début (Cas pris pour adénomes bénins), Lockhart-Mummery [88], 4.
— épidermoïde, Thorton [27], 2; Defilippo [116], 7.
— vaginal, dos Santos Ferreira [98], 2.
Carotido-caverneuse [Communication] et exophtalmie, Taptas [53], 6.
Cartilages costaux (Fractures); hématome parasternal ossifié, Uhlmann [47], 9.
Cathéter pour section du sphincter d'Oddi, Lahey [16], 16.
— autostat, Pertynski [25], 3.
Cathétérisme uretéral (Incidents), Motz [131], 4.
Cavité de Retzius (Pathologie), Stoll [54], 4.
Cavités aériennes après amputation du sein, Beck [47], 8.
— osseuses (Gelfoam), Blanc [115], 2.
Ceinture scapulaire (Radiologie) chez les sportifs, Blaha [12], 16.
Cellules néoplasiques dans les sécrétions gastro-intestinales supérieures, Lemon [35], 8.
Cercle artériel de Willis (Anévrysme mycotique), Rathmell [107], 6.
Cerveau (Hématomes spontanés), Paillas [59], 1; [135], 3.
— (Hémorragie spontanée); neurochirurgie, Scott [113], 3.
— (Œdème); effets de la procaïne, Jirasek [12], 45.
— (Tumeurs), Grant [105], 3.
— (— des hémisphères), Verceletto [66], 2.
— (— du nourrisson), Fontan [62], 4.
— (— opérées), Pesek [12 A], 27.
— (— Ramollissement, Atrophie); diagnostic différentiel, Houdard [135], 2.
— [Noyaux de la base] (Lésions) par néoplasmes endocrâniens, Betetto [95], 3.
Cervelet (Hémangioblastome), Silver [41], 5.
Cervicothoracique [Sympathome]; exérèse, Joseph [56], 7.
Champ opératoire (Anesthésie par infiltration), Chmel [12 A], 4.
Chevilles d'os d'amputation, Schmorell [3], 8.
Chirurgie et doctrine de Pavlov, Visnevski [12], 1; Graseenkov [12], 4; [12], 8; Kuprianov [12], 44; Bakulev [12], 59.
— navale (Hémostase), Decroix [30], 3.

Chirurgie rurale (Histopathologie), DO PRADO VALLADARES [18], 4.
— d'urgence dans l'infarctus du myocarde, DE PEYSTER [15], 10.
— dans l'Ohio, NOLAND CARTER [15], 1.
— soviétique, ANTÉLAVA [12], 11.
Choc (Étude expérimentale), LICHTENBERG [12], 46.
— (Traitement complémentaire), BEDNARZEWSKI [97], 2, [97], 4.
- après héparine, MARMASSE [133], 3.
— traumatique, LATASTE [55], 2.
Cholécystectomie (Troubles consécutifs) et sensibilité bactérienne, JENNINGS [16], 7.
Cholécystite simulée par kyste hydatique, GARCIA MORAN [32], 7.
Cholédocytes sténosantes, DUBOURG [132], 4.
Choline orale ou intra-veineuse, WALDSTEIN [36], 3.
Chordome, PSENNER [47], 3.
Chorio-épithéliome malin post-molaire (Faits nouveaux), HINGLAIS [52], 12.
Cicatrice de laparotomie (Endométriose) après rupture de la trompe, KLISZOWSKI [127], 7.
Circoncision, MAC CARTHY [87], 1.
Circulation (Centralisation) au cours de la narcose, BUHR [44], 1.
— (Épreuve à l'histamine), KEIL [73], 9.
— artérielle périphérique (Troubles); artériectomie, NABEL [3], 11.
— hépatique et hypertension artérielle, BERMAN [15], 7.
— des lambeaux pédiculés tubulaires cutanés (Étude par élimination du Na-radio actif), BARRON [5], 6.
— du système végétatif (Insuffisance) en chirurgie, DIETRICH [72], 1.
Clamp cervical utérin, PERCIVAL [86], 9.
Clavicule (Cancer métastatique), DESJACQUES [128], 11.
— (Fracture); cal volumineux, ROEDERER [127], 5.
Clips de tantale (Pince pour application), CRAWFORD [41], 9.
Clostridium Welchii, FURR JR. [16], 10.
Coagulation du sang dans le post-opératoire, FRANCHI [56], 6.
Cobalt isotope pour cancer mammaire, BRUSTEN [68], 1.
Cœur (Blessures graves), THOMAS JR. [37], 2.
— (— pénétrantes et perforantes), SALEM [75], 3.
— (Chirurgie); cyclopropane, CHMEL [12], 33.
— (Contenu); variations dans les compressions pulmonaires, GIARETTA [7], 2.
— (Réanimation), MARION [56], 3.
— (Ressuscitation), PALOMERA [16], 17.
— (Suture), BENESOVA [12], 32.
Colectomie droite pour invagination, BAILLAT [132], 6.
Colite ulcéreuse (Colotomie transverse), WENER [35], 10.
— — (Perforation sous corticotropine), TULIN [107], 8.
Côlon (Carcinome), HULST [90], 1.
— (Chirurgie), DEBELUT [66], 3.
— —; état actuel, DEBELUT [53], 8.
— (Occlusion complète); cæcostomie ou colostomie ? ALBERS [16], 3.
— (Polypose familiale), SCHAFFER [13], 15.
— (Rétrécissement segmentaire) et colleretle d'origine spasmodique, GUY ALBOT. [132], 3.
— (Tumeurs non malignes), EARLE [88], 3.
— [Micro] secondaire à l'atrésie du grêle, MORENO DE ORBE [20], 1.
— droit (Invagination); colectomie, BAILLAT [132], 6.
— gauche (Chirurgie en un temps), VILLAR [62], 5.
— sigmoïde (Cancer); fistule vésicale, GAYET [131], 6.
Côlon sigmoïde (Diverticule perforé), NARD [129], 1.
— — (Perforation), ISAACS [107], 13.
Colonne vertébrale (Entorse) dans les rachialgies, GUILLEMINET [52], 1.
— — (Foyers tuberculeux), THOM [45], 3.
— — (Greffes vissées), GUÉRIN [2], 2.
— — (Ostéotomie), HELFET [125], 1.
— — cervicale (Traumatismes); tractions manipulations, KLINGENSMITH [13], 11.
Colostomie transverse comparée à la cæcostomie, ALBERS [16], 3.
— — pour colite ulcéreuse, WENER [35], 10.
Colpo-cervico cytologie, CARDIA [26], 1.
Colpocléisis après lésions par rayons X, DRUITT [87], 3.
Colposcopie des lésions du col, CERUTTI [118], 3.
Coma insulinique mortel, CAMELIN [57], 1.
Complications post-opératoires (Effets de la procaïne), PESEK [12], 47.
Conduit auditif externe (Furoncle), DECROIX [30], 4.
Contusions hépatiques, WACHTFEIDL [12], 31.
Corps étrangers intestinaux, WADE [87], 10.
Corpuscule carotidien (Tumeur), GOLDSTONE [125], 3.
Cortico-surrénalienne [Activité] dans la maladie ulcéreuse, POMERRI [95], 2.
Corticotropine, TULIN [107], 8.
Cortisone (Effets urinaires), BAKER [16], 8.
— dans l'écrasement de la main, HARRISON [5], 1.
Côtes (Granulome éosinophile), LYALL [89], 2.
Cou (Kyste hydatique); essaimage cervico-thoracique, CAPDEHOURAT [118], 6.
— (Sarcome) simulé par griffes de chat, MAC MURRAY [13], 16.
— (Traumatisme non pénétrant), SCHNEIDER [41], 6.
Coude (Artères des capsules articulaires), KOS [12], 2.
Coxa-vara invétérée de l'adulte (Reconstruction prothétique), HERBERT [128], 7.
Crâne (Blessures tangentielles), DODGE [41], 4.
— (Épidermoïdes), BERNASCONI [10], 6.
— (Ostéoporose) et maladie de Paget, CAZEILLES [62], 3.
— [Base] (Chordome); radio-diagnostic, PSENNER [47], 3.
— [Cavité] (Anévrysmes), HAMBY [105], 4.
— — (Syndrome pseudo-tumoral), ZANOTTO [91], 3.
Crânio-encéphaliques [Traumatismes], SATTAMINI DUARTE [120], 1.
Crâniorhinorrée (Chirurgie), FINOCHIETTO [116], 4.
Crises temporales (Lobectomie), PENFIELD [14], 5.
Cuir chevelu (Blessures tangentielles), DODGE [41], 4.
Cul-de-sac de Douglas (Drainage) par cathéter autostat, PERTYNSKI [25], 3.
Curare (Préparation nouvelle), MYNAR [12], 15.
— dans le tétanos, MELLIN [3], 1.
Curarisation (Voie rectale), DELAY [52], 8.
Curettage utérin (Salpingite), BOBECK [99], 2.
Curiepuncture du cancer labial, LAMARQUE [61], 3.
Curiethérapie (Solidité des guérisons obtenues), NOGIER [58], 3.
— du cancer utérin, ENGSIG-KARUP [99], 6.
Cycles artificiels après ovariectomie, DRUMEL [78], 5.
Cyclopropane, SARRA [11], 5.
— en chirurgie cardiaque, CHMEL [12], 33.
— en chirurgie de consultation, BOURNE [86], 4.
Cyclothérapie en cancérologie, HERVÉ [80], 4.
Cystadénocarcinome métastatique, HUTCHINSON [46], 2.
Cystadénome, GALLART ESQUERDO [32], 6.

Cystalgie à urines claires (Étude psychosomatique), ABOULKER [52], 24.
Cystosarcome phyllodes, TALBOT [110], 6.
Cytodiagnostic du cancer, RUMMEL [70], 3.
- des épanchements des tumeurs thoraciques et abdominales, JENKE [73], 2.
Cytologie colpo-cervicale, CARDIA [26], 1.

D

Décollement épiphysaire, GUÉRIN [2], 16.
Décortication dans l'empyème tuberculeux. MATHEY [4], 6.
Dérivation artério-veineuse traumatique. VOJTISEK [12], 42.
Derme préparé pour plasties, GORDON [15], 13.
Dévascularisation gastrique, BAISSET [53], 27.
Diabétique (Soins d'une infection aiguë), JOHN [36], 2.
Diaphragme (Éventration), CASAL [116], 15.
— (Relâchement partiel) après écrasement du phrénique, NETTERSHEIM [45], 4.
Diaphyse [Fractures]; ostéosynthèse par plaque; mobilisation, DURAO [98], 3.
Discographie (Technique), CLOWARD [50], 6.
Disque intervertébral (Diagnostic) par discographie, CLOWARD [50], 6.
— — (Lésions accidentelles); expertise, KNOBLOCH [12 *A*], 19.
— — cervical (Protrusion), CHRISTENSEN [116], 10.
— — lombaire (Radio-diagnostic), SVAB [12 *A*], 29.
Diverticule de Meckel, JENSEN [99], 10.
— — (Ulcère), FRANÇOIS [77], 1.
— — (Peptic ulcer hémorragique), HECHT [99], 14.
Diverticules duodénaux, SAMAGAIO [98], 1.
— gastriques, WEISS [47], 7.
— œsophagiens, BOSSI [48], 2.
— sigmoïdiens (Perforation); évolution occulte, NARD [129], 1.
— vésicaux, SENGER [29], 4; DARGET [129], 3.
Diverticulite hémorragique, Ch. W. MAYO [14], 9.
Doigts (Blessures); erreurs communes, KUCHAR [12 *A*], 21.
— [Extrémités] (Blessures); méthodes thérapeutiques, CLIFFORD [15], 12.
Douleur associée à l'endométriose, DAILEY [27], 6.
ano-rectale, HILL [107], 10.
— post-opératoire (Effets de la procaïne), PESEK [12], 47.
— résiduelles après prothèse, PAULY [2], 22.
— thoracique après thoracotomie, JOHNSON [13], 14.
D-tubo-curarine (Dosage), DUNDEE [87], 6.
Duodéno-pancréatectomie, HELLMUTH [12 *A*], 35.
— (Radiologie), KORACH [12], 19.
— radicale pour papillome du canal pancréatique, GARDEN HENDRY [87], 2.
Duodénotomie en chirurgie biliaire, DUCUING [132], 5.
Duodénum (Adéno-carcinome), ORGAZ [116], 19.
— (Cancer), HALLIGAN [34], 1.
— (Diverticule); radio-diagnostic, SEMAGAIO [98], 1.
— (Obstruction), MCMILLAN [13], 18.
— (Radiologie dans l'achalasie), FONSECA [121], 1.
— (Sténose) par pancréas annulaire, JOHNER [101], 3.
— (Ulcère) à l'âge scolaire, DUBARRY [62], 6.
— —; gastrectomie et vagotomie, WEINSTEIN [35], 7.
— II (Défaut de remplissage) par adénite spécifique, GHIRELLI [49], 5.
— — (Ulcère), VALLS COLOMER [32], 13.
Dyskinésie, JEFFERSON BROWDER [105], 6.
— et dystonie biliaires, VELASCO SUAREZ [116], 8.
Dysphagie par arteria lusoria, MOTTA [49], 1.
Dyspnée laryngée aiguë, BARLET [30], 5.

E

Ecchymoses traumatiques et purpura mortel. DÉROBERT [43], 1.
Échinococcose hépatique, PIERRA [132], 11.
— pulmonaire, KOURIAS [52], 21.
Ectopie vésicale, CARNEIRO DE MOURA [98], 5.
Effortil, BUHR [44], 1.
Électro-coagulation bipolaire, PAVROVSKY [12 *A*], 26.
— du col, RAFFI-SURBLED [130], 2.
Électro-encéphalogramme des tumeurs, COLLET [66], 2.
Élytrocèles, SENEZE [54], 2.
Embolie artérielle, NESVADBA [12], 24.
— graisseuse (Diagnostic), BATOS [12 *A*], 17.
— mortelle, MEDYNSKI [25], 2.
— post-opératoire, CHALIER [128], 6.
— pulmonaire, LOCHHEAD [50], 9.
— — post-opératoire, POUZET [128], 5.
Embrochage médullaire, GIRAUD [128], 8.
Empyème, SELLORS [4], 4.
— pleural, KOTHE [73], 1.
— — (Drainage); hernie diaphragmatique, KLEINT [12], 35.
— — typhique, STUPKA [12], 27.
— pulmonaire (Chirurgie), CRENSHAW [37], 5.
— thoracique tuberculeux, KASAL [12], 12.
— tuberculeux (Décortication), MATHEY [4], 6.
Encéphalocèles et gliomes nasaux, PAILLAS [52], 2.
Endomètre (Cancer), LAFFARGUE [42], 4.
— (Carcinome), PERALTA RAMOS [116], 1.
— (— épidermoïde), DEFILIPPO [116], 7.
— (Critères de l'insuffisance progestinique), FERIN [78], 2.
- (Hyperplasie) et cancer du col, BAYLY [27], 8.
— (Tuberculose), KULLANDER [89], 1.
Endométriose, DIAMANT-BERGER [127], 6.
— (Douleur associée), DAILEY [27], 6.
Entérodysplasies, MORENO DE ORBE [20], 1.
Entorse dans les rachialgies, GUILLEMINET [52], 1.
Enveloppement procaïné, JOHNSON [13], 11.
Épaule (Artères des capsules articulaires), KOS [12], 2.
— (Luxation); radiographie transthoracique, GHIRARDI [49], 1.
— (— récidivante), BOTELHEIRO [98], 4.
— (Rhumatisme), FRANÇON [119], 3.
Épidermoïdes, BERNASCONI [10], 6.
Épiphyse (Décollement), GUÉRIN [2], 16.
Épiploon [Grand] (Hernie diaphragmatique), DIVIS [12], 62.
Épispadias sous-pubien, DE FONTOURA MADUREIRA [28], 3.
Épithélioma intra-épithélial, FUNCK-BRENTANO [53], 3.
— œsophagien, BRULÉ [52], 11.
— tubaire, DOUTRE [129], 2.
Épithélisation des brûlures, FARKAS [102], 5.
Épuration extra-rénale dans l'anurie, DE SCOVILLE [80], 2.
Espace rétro-péritonéal (Hémorragie). UZNANSKI [16], 15.
— — (Léiomyosarcome), NARDI [110], 5.
— — (Pneumographie), GERSHON COHEN [50], 2.
— — (Pneumopéricardiographie), ZAHOUREK [12], 43.
— — (Tumeurs lipomateuses), DEWEERD [13], 2.
— rétro-pharyngien (Tumeurs), DECROIX [30], 1.
— intra-pleural (Pathophysiologie), BROSS [97], 1.

Espace périrénal (Hématome), CONRAD [28], 4.
— pré-sacré (Injection d'oxygène), GERSHON COHEN [50], 2.
— pré-vésical (Pathologie), STOLL [54], 4.
Estomac (Cancer), MARCUS [74], 1, [74], 2.
— —; espèces distinctes ? MOUTIER [32], 11.
— —; diagnostic, DARMAILLACQ [132], 7.
— (— muco-infiltrant), VACHON [132], 12.
— (Carcinome); 406 cas, BROWN [35], 1.
— (Dévascularisation), BAISSET [53], 27.
— (Dilatation aiguë spontanée); radio-diagnostic, OLIVIER [52], 3.
— (Fibromyome), BEAUREGARD [132], 2.
— (Hémorragies sans ulcère), ENRICO [94], 1.
— (Hernie du hiatus); hémorragies, BADOSA GASPAR [32], 2.
— (Lésions bénignes); ectomie subtotale, HARTMANN [31], 1.
— (Myomes); formation, PETRI [3], 2.
— (Polype) prolabé dans le bulbe, GUARIGLIA [116], 14.
— (Résection totale), BORGES [3], 9.
— (Sécrétions); physiologie, HOLLANDER [106], 1.
— (Syphilis), CALOMBO [118], 4.
— (Tumeur bénigne) au cours d'une maladie de Biermer, GONIN [57], 2.
— (Ulcère et cancer); relations, BROWN [35], 2.
— (— hémorragique), AVERY JONES [33], 2.
— (— peptique), BURGHARTZ [101], 5.
— (— de la petite courbure); état de l'antre, GUTMANN [32], 8.
— — — sur pancréas aberrant, DORIGO [91], 2.
— [Paroi] (Suppurations), CAMPLANI [48], 4.
— [Partie haute] (Diverticule), WEISS [47], 7.
— opéré (Toxicité du liquide de stase), POMPILI [6], 5.
Éventration diaphragmatique, CASAL [116], 15.
Exophtalmies d'origine vasculaire, TAPTAS [53], 6.
Expertise des accidents vertébraux, KNOBLOCH [12 *A*], 19.
Extrémités (Flux sanguin) augmenté par la chaleur, WOOLING [111], 1.

F

Face (Hémispasme), BARATTO [11], 2.
— (Paralysie permanente), MC LAUGHLIN [86], 1.
— (— post-traumatique), HERRERO DE CABO [82], 1.
Fémur (Fractures trochantériennes), MOORE [13], 10.
— — pertrochantériennes), FARGAS [12 *A*], 10.
— [Col] (Fractures); accidents de consolidation, R. MERLE D'AUBIGNÉ [1], 1.
— — —; ostéosynthèse, OOSTERHUIS [90], 8.
— — (Ostéofibrome); dégénérescence, ENDLER [74], 5.
Fibrome naso-pharyngien, AALAM [124], 2.
— utérin, VARNIER [53], 12.
Fibromyome gastrique, BEAUREGARD [132], 2.
Fièvre typhoïde, STUPKA [12], 27.
Fistule antrale, TEMPEST [5], 5.
— artério-veineuse, TALBOT [108], 1.
— — périphérique (Murmure), EDWARDS [110], 4.
— biliaire interne spontanée, VALENTOVA [12], 30.
— colo-vésicale, puis iléo-vésicale par cancer, GAYET [131], 6.
— d'Eck, HALLETT [16], 1; MARKOWITZ [16], 2.
— salivaire, BARCLAY [5], 4.
— trachéo-œsophagienne (Chirurgie), LOGAN LEVEN [14], 10.
Foie (Abcès amibien), SMITSKAMP [90], 2.
— (Anthrax), ARTIGAS [32], 1.
Foie (Biopsie); hémorragie occulte mortelle MARSHALL [35], 4.
— (Carcinome primitif), BEHREND [13], 19.
— (Circulation) après splénectomie, HALLETT [16], 1.
— (Cirrhose); ligature de l'artère hépatique, MEEROFF [116], 22.
— (— portale) avec peptic ulcer, LIPP [35], 6.
— (Contusions), WACHTFEIDL [12], 31.
— (Échinococcose diffuse), PIERRA [132], 11.
— (Kyste hydatique) simulant une cholécystite, GARCIA-MORAN [32], 7.
— (Ponction - biopsie); résultats, GIRARD [132], 16.
— [Face supérieure] (Kyste hydatique), CIAUDO [53], 5.
Forage prostatique, LUYS [127], 1.
Forceps à calculs de Lewis, LEWIS [29], 2.
Foyer inflammatoire latent découvert par le Pyrifer, GEYER [73], 12.
— tuberculeux (Méningite post-opératoire), AUBERTIN [62], 8.
Fractures, R. MERLE D'AUBIGNÉ [1], 1; ROCHER [2], 14; GUÉRIN [2], 16; WILL [3], 12; BORSAY [3], 13; TOMAN [12], 50; NIEDERLE [12 *A*], 24; MOORE JR. [13], 10; TITZE [47], 6; GHIRARDI [49], 1; LAMBERT [52], 7; BOLTON [86], 3; FRIEDBERGER [102], 6; REED [112], 1.
— (Cal volumineux), ROEDERER [127], 5.
— (Enchevillement osseux), SCHMORELL [3], 8.
— (Enclouage médullaire), LASSERRE [2], 19.
— (Fixation métallique), MATHÉ [12 *A*], 23.
— (Modifications de l'acidité gastrique), WIESNER [71], 4.
— (Ostéosynthèse), OOSTERHUIS [90], 8; DURAO [98], 3.
— (— au fil de Kirschner), FARGAS [12 *A*], 10.
— (Réduction sanglante), NICOL [66], 1.
— articulaires, FRENAB [2], 17.
— luxation, JENTZER [134], 5.
Froid anesthésique, MACHACEK [12], 53.
Frottis vaginaux dans l'aménorrhée, PYE [130], 3.
Furoncle (Auréomycine locale), DECROIX [30], 4.

G

Gaine du droit pour greffes vasculaires, COUSAR [15], 14.
Ganglion de Gasser (Tumeur), CUNEO [41], 1.
— stellaire (Anesthésie), CHIODI [116], 6.
Ganglions lymphatiques dans le cancer gastro-intestinal, GILCHRIST [34], 2.
— — axillaires (Cancer métastatique), DAVIS [14], 3.
Ganglioplégiques, LABADIE [62], 9.
Gangrène par artérite, LUCIANI [123], 1.
— par empoisonnement par le gaz, TESAR [12], 13.
— gazeuse, HEDLEIND [99], 9.
— mammaire, TESAR [12], 12.
— streptococcique, MALEK [12], 61.
Gastrectomie (Troubles métaboliques), WARTER [65], 1.
— pour ulcère (Syndrome post-prandial), FERNANDEZ CRUZ [32], 5.
— chez les ulcéreux (347 cas), CHARRIER [31], 2.
— aux deux tiers pour ulcère, HILLEMAND [31], 3.
— totale abdominale sous-diaphragmatique, BORGES [3], 9.
— subtotale pour lésions bénignes, HARTMANN [31], 1.
— — pour ulcère duodénal, WEINSTEIN [35], 7.

Gastrite parcellaire (Lésion pré-cancéreuse), Marina Fiol [32], 10.
Gastro-duodénale [Maladie ulcéreuse] (Activité surrénale et œstrogène), Pomerri [95], 2.
Gastro-duodénaux [Ulcères] (Chirurgie), Hellmuth [12], 18.
— — (Fréquence et complications); 1930-1949, Wüst [71], 5.
— [— perforés], Foret [80], 3.
Gastro-entérostomie (Complications), Moutier [53], 2.
— (Réhabilitation), Gordet [52], 14.
Gastropexie, Breuer [12], 56.
Gaz carbonique (Intoxication); gangrène, Tesar [12], 13.
— intestinaux (Élimination pré-radiologique), Govoni [48], 5.
Gelfoam dans les cavités osseuses, Blanc [115], 2.
Gelure d'altitude (Prophylaxie) par l'hydergine, Hurley [16], 5.
Genou (Arthrite tuberculeuse); traitement conservateur, de Cagny [53], 26.
— [Parties molles] (Résultats opératoires), Vlcek [12 A], 30.
Glande mammaire (Réticulosarcome), Grampa [10], 4.
— parotide (Fistule), Barclay [5], 4.
— — (Lipome), Payne [87], 4.
— pituitaire (Tumeurs), Davidoff [105], 2.
— sous-maxillaire (Ablation); voie endo-buccale, Bourguet [53], 9.
Glandes génitales (Absence chez la femme), Philipp [69], 1.
— surrénales et virilisme, Jailer [107], 9.
— — (Comportement) après pneumonectomie, Ursini [6], 3.
— — (Tumeurs), Kucera [12], 54.
Gliomes, Paillas [52], 2.
Goitre à San Juan, Romero [118], 5.
— (Opération) après thiouracil, Neumannova [12], 25.
— (Résection); danger de pneumothorax, Ostapowicz [71], 7.
— hyperthyroïdien (Soins post-opératoires), Rabboni [91], 1.
Granulome éosinophile, Lyall [89], 2.
Greffes d'artères conservées, Massé [2], 1.
— cutanées pour plastie herniaire, Kilian [12], 3.
— de gaine du droit, Cousar [15], 14.
— des tendons fléchisseurs des doigts, Carpentier [2], 6.
— vasculaires (Revascularisation), Kiehn [15], 15.
— veineuses (Autoplastie), Malan [8], 2.
— — libres, Devin [52], 4.
— vertébrales (Lever précoce), Guérin [2], 2.
— — bilatérales, Jentzer [134], 5.
— — cervicales, Souquet [60], 5.
Greffons osseux (Conservation par dessiccation), Dubau [52], 15.
Grossesse, Uznanski [16], 15; Thorton [27], 2; McGarvey [27], 7; Merger [53], 17; Morin [54], 3; Kullander [89], 1; Pilhieu [116], 13.
— après ligature cave, Heath [27], 12.
— ectopique (Complications), Cunha [18], 3.
— extra et intra-utérine combinées, Sickenberger [27], 10.
Guerre de Corée (Aspects chirurgicaux), Davis [126], 1.
Gynécomastie, Castiglioni [8], 9.
Gynécopathies opératoires (Complications intestinales), Ceriani [116], 18.

H

Hallux valgus (Chirurgie), Hammond [116], 21.
Hamartomes pulmonaires, Desaive [4], 8.
Hanche (Ankylose double) après coxalgie, Guérin [2], 18.
— (Arthrodèse par enclouage), Merle d'Aubigné [1], 2.
— (Arthroplastie acrylique), Guérin [2], 18.
— (Fractures), Reed [112], 1.
— (Luxation bilatérale); réduction sanglante, Guilleminet [128], 13.
— (— congénitale); résultats du traitement orthopédique, Fouchet [53], 24.
— (Prothèse), Donaldson [16], 4.
— (— acrylique); douleurs résiduelles, Pauly [2], 22.
— (Reconstruction prothétique), Herbert [128], 7.
Hémangiomes, Barrett-Brown [15], 7; Henck [34], 4.
— cérébelleux, Silver [41], 5.
Hématémèses (Cause rare), Barrié [128], 16
— dans la maladie de Banti, Ducuing [132] 8.
Hématomes cérébraux, Paillas [135], 3.
— intra-cérébraux spontanés, Paillas [59] 1.
— sous-duraux, Bassett [41], 2.
— périrénaux, Conrad [28], 4.
— spléniques, Kleinmann [3], 3.
— parasternaux (Ossification), Uhlmann [47], 9.
Hématurie (Recherches quantitatives), Winter [71], 2.
Hémispasme facial, Baratto [11], 2.
Hémopéricarde, Ehrenhaft [37], 3.
Hémorragies par brûlure vaginale, Bookra-jian [27], 11.
— par phlébectasie, Schink [3], 4.
— sans ulcère, Enrico [94], 1.
— intra-cérébrales (Neurochirurgie), Scot [113], 3.
— gastriques, Badosa Gaspar [32], 2.
— gastro-intestinales chez l'enfant, Brayton [107], 14.
— génitales, Netter [130], 1.
— latentes par volvulus, Berrey [22], 1.
— massives par ulcère dans la cirrhose portale, Lipp [35], 6.
— — du peptic ulcer, Stewart [14], 13
— rétro-péritonéales, Uznanski [16], 15.
Hémorroïdes et cancer, Barbera Voltas [32], 3.
Hémostase en chirurgie navale, Decroin [30], 3.
Héparine (Choc), Marmasse [132], 3.
Hépato-cholédoque (Sténose); chirurgie, Solerio [95], 9.
Hermaphrodisme (Pseudo) masculin, Galvano [81], 1.
Hernie abdominale (Greffes cutanées), Kilian [12], 3.
— diaphragmatique, Casal [116], 15.
— — (Symptômes), Behrmann [45], 2.
— — congénitale, Hafka [12], 34.
— — rétrosternale, Zahradnicek [12], 14
Divis [12], 65.
— — traumatique (Étranglement), Kleint [12], 35.
— du hiatus, Badosa Gaspar [32], 2.
— — (Anatomie et clinique), Chaumerliac [55], 1.
— inguinale oblique externe (Technique de cure), Gaillard [52], 16.
Hétérotrophoblastome gravidique malin, Hinglais [52], 12.
Hibernation artificielle, Huguenard [56], 4
— — (Technique), Laborit [52], 25.
Histamine (Épreuve circulatoire pré-opératoire), Keil [73], 9.
Histopathologie en milieu rural, do Prado Valladares [18], 4.
Homogreffe cutanée, Caby [53], 15.
Hormonothérapie du cancer prostatique Acevedo [122], 1.
Humérus (Fracture articulaire), Frénab [2] 17.

Humérus (Fracture supra-condylienne); réduction sanglante, Nicol [66], 1.
— [Tiers supérieur] (Fracture); radiographie transthoracique, Ghirardi [49], 1.
Hyaluronidase et anesthésie par infiltration, Malek [12 A], 1.
Hydergine (Effets sur la gelure), Hurley [16], 5.
Hydradénite suppurée chronique, Conway [16], 9.
Hydrocéphalie avancée et schizophrénie (Lobotomie), Margolis [40], 1.
Hygiène mentale (Neurochirurgie), Brill [105], 5.
Hyperkératose circonscrite, Gautron [133], 7.
Hypertension artérielle et circulation hépatique, Berman [15], 9.
— — (Chirurgie), Kostelecki [12], 20.
— — (Étiologie), Mjasnikow [73], 6.
— — (Fragilité capillaire), Duret [79], 1.
— — (Syndrome pseudo-tumoral endocrânien), Zanotto [91], 3.
— — (Lésions rénales unilatérales), Ahnert [3], 10; Wright [88], 11.
Hyperthyroïdie, Terracol [67], 1.
Hyperthyroïdisme (Iode radio-actif), Mc Cullagh [113], 2.
Hypophyse postérieure (Injection intra-artérielle mortelle), Tournay [133], 5; Vieville [133], 6.
Hypospadias (Plastie d'Ombrédanne), Carrai [9], 7.
Hypotension contrôlée, Mathey [56], 5.
Hystérectomie, Burch [14], 11.
— (Prolapsus vaginal consécutif), Williams [27], 1.
— totale abdominale (État du vagin), Dupont [99], 12.
Hystéropexie par cerclage de l'isthme, Bancaud [23], 2.
— ligamentaire, Granjon [54], 1.

I

Ictère (Diagnostic différentiel), Popper [34], 9.
— par obstruction intra-hépatique, Stine [35], 9.
Iléite régionale et appendicite, Burian [12 A], 9.
Iléon (Granulome non spécifique), Kornstein [34], 5.
— (Obstruction syphilitique) avec corps étranger et granulome, Kornstein [34], 5.
— terminal (Anastomose), Trace [13], 13.
Iléus (Origine thérapeutique), J. Francillon [128], 17.
— adhésif aigu, Becker [16], 11.
— alimentaire, Desjacques [128], 9.
— par gynécopathie, Ceriani [116], 18.
— par invagination, Jensen [99], 10.
— mécanique post-opératoire (Sonde et adréno-corticotropine, Andersen [99], 8.
— paralytique après appendicite, Noble [13], 5.
— spasmodique (Étiologie), Carpentier [2], 5.
Incisions esthétiques, Mraz [12 A], 34.
— ombilico-pubiennes, Mor [9], 2.
— para-rectales (Fermeture par superposition des lèvres), Bardini [116], 2.
Infection aiguë chez un diabétique, John [36], 2.
Infusions intra-veineuses (Thrombophlébite), Bolton Carter [86], 2.
Injection intra-artérielle mortelle, Tournay [133], 5; Vieville [133], 6.
— intra-veineuse (Immobilisation du membre), Knox [107], 15.
— — sous-claviculaire (Technique), Aubaniac [52], 26.
Insuffisance progestinique (Critères endométriaux), Ferin [78], 2.
Insuline retard, Camelin [57], 1.
Intestin (Anastomose), Sinaiko [13], 12.
— (Complications des gynécopathies opératoires), Ceriani [116], 18.
— (Étranglement), Laufman [34], 8.
— (Infarctus fonctionnel), Mancuso [6], 2.
— (Invagination au Massachusetts Hospital), Lawrence [110], 3.
— ; diverticule et pancréas aberrant, Jensen [99], 10.
— (Lipodystrophie), Pauley [35], 5.
— (Occlusion par ascaridiose), Benoldi [8], 12.
— (— calculeuse), Tangari [92], 2.
— (— congénitale), Tosovsky [12], 63.
— (— par étranglement), Laufman [34], 8.
— (Perforation); dans la colite, Tulin [107], 8.
— (Rotation incomplète); abdomen aigu, Tosovsky [12], 52.
— (Rupture par air comprimé), Dérobert [43], 4.
— (Volvulus chez le nouveau-né), Berrey [22], 1.
— grêle (Atrésie), Moreno de Orbe [20], 1.
— — (— congénitale), Akers [114], 2.
— — (Corps étrangers non métalliques); perforation, Wade [87], 10.
— (Hémangiome), Henck [34], 4.
— — (Phlébectasie); hémorragie, Schink [3], 4.
— (Résection); anémie, Hensel [73], 8.
— — (— massive), Samson [104], 1.
— — (Tumeur pédiculée), Levrat [132], 13.
Invagination colique, Baillat [132], 6.
— intestinale, Lawrence [110], 3.
Iode radio-actif pour hyperthyroïdisme, Mc Cullagh [113], 2.
Irradiation mammaire suivie de cancer, Lisa [50], 5.

J

Jambe (Ulcères); étiologie, Machacek [12 A], 33.
— —; causes et traitement, Anning [86], 7.
— —; origine veineuse, Martinet [133], 4.
— (Varices et ulcères); problème social, Mittelberger [75], 1.
Jéjunostomie, Boles Jr. [15], 2; Brintnall [15], 3.
Jéjunum (Diverticulite hémorragique). Ch. W. Mayo [14], 9.
— (Léiomyosarcome,) Smith [13], 17.
Jonction gastro-œsophagienne (Troubles non cancéreux), Allison [33], 1.

K

Kystes bronchogènes (Symptomatologie), Hasche [3], 6.
— dermoïdes, Hause [27], 9.
— — (Dégénérescence), I. Bertrand [53], 18.
— hydatiques (Neuro-chirurgie), Da Gama Imaginario [134], 2.
— — hépatiques, Garcia Moran [32], 7; Ciaudo [53], 5.
— — mammaires, Pierra [132], 11.
— — du névraxe, Goinard [134], 1.
— — osseux, Di Battista [92], 1.
— — cervico-thoracique, Capdehourat [118], 6.
— osseux, Cortese [8], 7.
— pancréatiques, Sarra [11], 4.
— péricardiques, Loehr [50], 8.
— tératoïdes, Fontaine [52], 18.
— [Pseudo] mésocoliques; obstruction duodénale, McMillan [13], 18.

L

Lambeaux tubulaires pédiculés (Circulation), Barron [5], 6.

Lambeaux tubulaires vésicaux, Couvelaire [131], 1.
Langue (Myoblastome), Albanese [116], 16.
Laryngectomie (Technique moderne), Novotny [75], 4.
Larynx (Cancer); biopsie, Piquet [30], 2.
— —; métastases pulmonaires, Barlet [30], 6.
— (Extirpation), Novotny [75], 4.
Lavement baryté (Écoulement intra-péritonéal), Isaacs [107], 13.
Lécithinase de Clostridium Welchii (Effets *in vivo*), Furr Jr. [16], 10.
Léiomyome œsophagien, Vaneckova [12], 41.
Léiomyosarcome, Nardi [110], 5.
— jéjunal, Smith [13], 17.
— urétéral, Zahorsky [12 *A*], 3.
Lésions bénignes mammaires, Ducuing [42], 2.
Lever précoce après greffe vertébrale, Guérin [2], 2.
Lèvres (Cancer); curiepuncture, Lamarque [61], 3.
— doubles congénitales, Calnan [5], 2.
Ligature artérielle, Meeroff [116], 22.
— carotidienne, Paillas [52], 10.
Lipome parotidien, Payne [87], 4.
Liquide de stase gastrique (Toxicité), Pompili [6], 5.
Lithiase urinaire, Devos [28], 2.
Lithotomie uretérale, Lewis [29], 2.
Lobectomie pulmonaire pour dilatation bronchique, Adle [124], 1.
— temporale sub-totale (Technique), Penfield [14], 5.
Lobotomie frontale, Margolis [40], 1.
Lombo-sacrée [Greffes osseuses], Rieunaud [60], 4.
Luxation, Ghirardi [49], 1.
— (Ostéosynthèse métallique), Guillaume [134], 8.
— congénitale (Réduction sanglante), Guilleminet [128], 13.
— récidivante, Botelheiro [98], 4.
Lymphome malin, Turley [29], 11.
Lymphoréticulose bénigne par morsure, Citterio [9], 1.
Lymphosarcome, Lockwood [107], 1.
— (Déformations squelettiques), Cocchi [50], 7.
— (Localisations multiples); évolution lente, Gros [65], 4.
— appendiculaire, Breuer [12], 57.
Lyophilisation des greffons osseux, Dubau [52], 15.

M

Main (Brûlures); chirurgie, Helena [12 *A*], 28.
— (Ecrasement); cortisone, Harrison [5], 1.
— (Gangrène par artérite), Luciani [123], 1.
— (Section transmétacarpienne), Rocher [2], 20.
Mal de Pott dorsal (Paraplégie) d'après 30 années. Galland [53], 23.
Malades cardio-vasculaires (Chirurgie), Garcia Ramos [84], 1.
— chirurgicaux (Métabolisme magnésien), Haynes [14], 7.
— — (Résultats éloignés), Dupuis [19], 4.
— — de petits risques (Testostérone post-opératoire), Hayes [14], 6.
Maladie de Banti [Phase pré-splénomégalique] (Hématémèses), Ducuing [132], 8.
— de Basedow (Lésions buccales), Gisclard [67], 3.
— de Biermer avec tumeur gastrique bénigne en dégénérescence, Gonin [57], 2.
— Buerger, Zapletal [12 *A*], 16.
— — (Chirurgie), Koppl [12 *A*], 20.
— cancéreuse (Manifestations cutanées), Forman [87], 8.
— de Dupuytren, Mason [15], 11; Huffstadt [90], 3.
Maladie des griffes du chat, Mac Murray [13], 16.
— de l'hypertension, Mjasnikow [73], 6.
— de Little (Interventions tendineuses) Lasserre [2], 10.
— de Lobstein, Rocher [2], 13.
— ostéogénique, Mega [18], 5.
— de Paget familiale, Strada [94], 3.
— — osseuse, Cazeille [62], 3.
— thrombo-embolique (Périodicité), Badin [53], 11.
— de l'ulcère (Traitement), Burghart [101], 5.
— ulcéreuse (Activité cortico-surrénalienne et œstrogénique), Pomerri [95], 2.
— — (Traitement actuel), Norpoth [69], 4
— de Whipple, Pauley [35], 5.
— de Wildebrand, Zakhajm-Linget [52], 5
Malformations d'origine amniotique, Brindeau [53], 1.
— congénitales (Étiologie); enquête à Baudelocque, Choukroun [53], 14.
Mastectomie bilatérale (Observations 20 ans après), Ficarra [107], 3.
Mastite à cellules plasmatiques, Gershon-Cohen [16], 13.
— puerpérale (Pathogénie), Malek [12 A] 31.
Maxillaire inférieur (Fractures), Lambert [52], 7.
— supérieur (Adamantinome) bilatéral Neulleau [52], 20.
Médiastin (Kyste thymique); voie transsternale, Fontaine [52], 18.
— (Tuberculome), Rapant [12], 5.
Membre inférieur (Artério-sclérose oblitérante), Zapletal [12 *A*], 16.
— — (Dérivations artério-veineuses traumatiques), Vojtisek [12], 42.
— — (Embolie artérielle), Nesvadba [12] 24.
— — (Gangrène) par obstruction veineuse massive, Tagariello [95], 1.
— — (Hyperkératoses circonscrites), Gaudron [133], 7.
— — (Occlusion veineuse massive aiguë) Nunez Nunez [39], 3.
— — (Pathologie veineuse), de Tœuf [78], 4
— — (Phlébites), Viviani [11], 1.
— — (Thrombose veineuse post-traumatique), Stulz [52], 19.
— — (Tumeurs métastatiques utérines) Dargent [42], 1.
— — (Veines variqueuses), Popilka [12 A] 32.
— supérieur (Acroparesthésie nocturne), S de Sèze [53], 10.
— — (Algies d'origine cervicale), Arlet [60], 1.
— — (Gangrène streptococcique), Malek [12], 61.
— — (Immobilisation) durant l'injection intra-veineuse, Knox [107], 15.
— — (Paralysie obstétricale), de Morae [19], 1.
Membres (Oblitération artérielle aiguë) Massé [2], 8.
— (Troubles post-traumatiques); participation des veines, Papin [2], 3.
Méningite tuberculeuse après intervention pour tuberculose, Aubertin [62], 8.
Menstruation (Anomalies), Burlamaqui-Benchimol [119], 4.
Mésentère (Tumeurs) avec trichobezoar Bensimon [116], 17.
— iléo-colique commun, Hasner [99], [99], 3.
Mésocôlon transverse (Pseudokyste), McMillan [13], 18.
Métabolisme après gastrectomie, Warte [65], 1.
— après pancréatectomie, Nardi [110], 5.
— magnésien en chirurgie, Haynes [14],

Métacarpiens [Ier] (Phalangisation), Rocher [2], 20.
Métatarsiens [Ve] (Fracture) de l'extrémité proximale, Ballester Hoys [83], 1.
Méthode de Papanicolaou, Rummel [70], 3.
— de Smith-Petersen-Johansson, Oosterhuis [90], 8.
Méthonium [Sels de] en chirurgie, Mathey [56], 5.
Méthylsulfate diphenméthanyl (Action sur l'ulcère), Bayer [35], 3.
Moelle épinière (Compression) par ostéophytes, Kunc [12], 21.
— — et racines (Lésions) dans les fractures luxations vertébrales, Petit-Dutaillis [134], 6.
Moignons d'amputation douloureux (Apport sanguin), Rehak [12 A], 2.
— tubaires (Anastomose bout à bout), Cordua [24], 3.
Morsure de chien (Lymphoréticulose), Citterio [9], 1.
Moutarde azotée dans le cancer œsophagien, Plauchu [132], 15.
— — pour cancer pulmonaire, Blanco Soler [117], 1.
Mucine gastrique après résection, Mersheimer [14], 8.
— — après vagotomie, Mersheimer [14], 8.
Muqueuses (Brûlures chimiques mortelles), Dérobert [43], 2.
Murmure de la fistule artério-veineuse, Edwards [110], 4.
Muscles (Relâchants); sécurité dans leur emploi, Vetten [125], 4.
— (Tuberculose), Eck [71], 3.
— de l'avant-bras (Contracture), Huffstadt [90], 3.
— poliomyélitiques (Examen), Genta [21], 1.
Myélogramme des ostéoses néoplasiques, Morel [58], 1.
Myélome multiple, Nelson [96], 1.
Myoblastome, Albanese [116], 16.
— du cystique, Fialho [121], 2.
Myocarde (Infarctus); chirurgie d'urgence, de Peyster [15], 10.
Myome gastrique, Petri [3], 2.
Myosite [Poly] tuberculeuse, Eck [71], 3.

N

Narcose (Centralisation circulatoire); prophylaxie par l'Effortil, Buhr [44], 1.
Naso-pharynx (Fibrome); opération par le serre-nœud, Aalam [124], 2.
Nécrose graisseuse pancréatique (Prévention), Noskin [34], 6.
— hémorragique, Hesse [71], 6.
Néoplasie lymphoglandulaire, Bellini [95], 4.
Néoplasmes endocrâniens, Betetto [95], 3.
— vésicaux, Senger [29], 5; Marshall [29], 7.
Néphrectomie pour ostéome, Macquet [131], 7.
— partielle, Foret [80], 1.
— transthoracique, Telecky [12], 40.
Néphroblastome chez un nourrisson, Veslot [52], 22.
Néphropathies gravidiques (Chirurgie), Merger [53], 17.
Nerf crural (Blocage) dans la sciatique, Moore [107], 5.
— maxillaire inférieur (Élargissement), Cuneo [41], 1.
— phrénique (Écrasement); relaxation partielle du diaphragme, Nettesheim [45], 4.
— — gauche [Branches musculaires], Hiklova [12 A], 11.
Neurinomes gastro-intestinaux, Gronback [99], 4.
Neurochirurgie (Anesthésie générale), Ciocatto [51], 1.
— (Avenir), Bucy [41], 8.
Neurochirurgie (Électro-coagulation, Pavrovsky [12 A], 26.
— de l'hémorragie cérébrale, Scott [113], 3.
— du kyste hydatique, Da Gama Imaginario [134], 2.
— mentale, Brill [105], 5.
Neurofibromatose (Tumeur volumineuse), Piccoli [7], 5.
Neurotomie obturatrice, Pauly [2], 22.
Névraxe (Kystes hydatiques), Goinard [134], 1.
Névromes (Opération de Dieckmann), Lambert [19], 3.
Névropathies périphériques, Elkington [88], 2.
Nez (Gliomes), Paillas [52], 2.
Novocaïne intra-veineuse, Maresova [102], 9.
Nupercaïne pesante, Guerra [51], 4.

O

Occlusion artérielle (Localisation), Kaindl [44], 2.
— du bassinet rénal, Renyi-Vamos [101], 4.
— intestinale, Benoldi [8], 12; Laufman [34], 8.
— — calculeuse, Tangari [92], 2.
— — congénitale, Tosovsky [12], 63.
Œdème cérébral, Jirasek [12], 45.
— post-opératoire, Bonvalet [53], 21.
— pulmonaire post-opératoire, Susat [12], 28.
Œsophage (Atrésie congénitale) et fistule, Logan-Leven [14], 10.
— — —; atélectasie pulmonaire post-opératoire, Hekman [90], 7.
— (Cancer); diagnostic tardif, Nègre [61], 4.
— —; métastase claviculaire, Desjacques [128], 11.
— —; moutarde à l'azote, Plauchu [132], 15.
— (Dilatation idiopathique), Bretislav-Brazda [12 A], 8.
— (Diverticule) avec atrésie, Bossi [48], 2.
— (Épithéliomas); pronostic précoce, Brulé [52], 11.
— (Examen physique), Palmer [36], 1.
— (Leiomyome), Vaneckova [12], 41.
— (Perforation) par anévrysme, Gittleman [105], 7.
— (Rupture), Anderson [37], 4.
— (Spasmes) à siège fixe, Staudacher [10], 7.
— (Sténose longitudinale congénitale), Bossi [48], 2.
— (Ulcère) dans l'enfance, Mellins [50], 10.
— (Varices); étiologie, Rack [15], 8.
— [Brachy], Santy [132], 14.
Œstrogénique [Activité] dans la maladie ulcéreuse, Pomerri [95], 2.
Ombilic (Carcinome métastatique), Clements [107], 7.
Opération de Babcock-Bacon, Nard [129], 9.
— césarienne (Anesthésie locale), Lanvin [53], 13.
— de Dieckmann, Lambert [19], 3.
— de Madlener, Cordua [24], 3.
— de Maydl, Brintnall [15], 3.
— de Terence Millin, Scartozzi [8], 8.
— — (Indications), Perrier [28], 1.
— de Péan-Rydigier, Placak [12], 26.
— de Semb, Rossi [8], 10.
— de Trendelenburg (Indications), Santy [128], 2.
Opérations par le serre-nœuds, Aalam [124], 2.
Or radio-actif, King [50], 4.
Orbite [Cavité] (Tumeurs), Uilhein [111], 2.
Oreille en cornet, Malbec [116], 12.
— saillante (Correction), Becker [5], 7.
Os (Cavités) traitées au Gelfoam, P. Blanc [115], 2.
— (Kystes), Cortese [8], 7.
— (— hydatiques), Di Battista [92], 1.

Os (Projectiles inclus); déplacement, Drewes [47], 5.
— (Tuberculose); calculose urinaire, Schulze [69], 5.
— de l'avant-bras (Fracture); enclouage, Lasserre [2], 19.
— — (Pseudarthrose), Giraud [128], 8.
— crochu (Fracture); guérison rare, Titze [47], 6.
— iliaque (Ostéite condensante), Rocher [2], 15.
— longs (Fractures); enchevillement, Schmorell [3], 8.
— malaire (Fractures), Toman [12], 50.
— semi-lunaire (Fracture en écaille), Rocher [2], 14.
Ostéite condensante, Rocher [2], 15.
— pubienne, D'Alo [49], 2.
Ostéoarticulaire [Tuberculose], Gérard Marchant [53], 22; Galland [78], 3.
— —; diagnostic, Blamkoff [78], 1.
— —; traitement, Schosserer [74], 3.
Ostéochondrome intra-thoracique, Salek [12], 39.
Ostéofibrome fémoral, Endler [74], 5.
Ostéome rénal, Macquet [131], 7.
Ostéomyélite aiguë (Évolution) après pénicilline, Garsche [47], 1.
— à paratyphique B, Pacini [93], 1.
Ostéomyélosclérose (Altérations squelettiques), Cocchi [50], 7.
Ostéophytes (Compressions médullaires), Kunc [12], 21.
Ostéoporose circonscrite, Cazeilles [62], 3.
Ostéoses néoplasiques secondaires, Morel [58], 1.
Ostéosynthèse (Résultats), Oosterhuis [90], 8.
— au fil de Kirschner, Fargas [12 *A*], 10.
— métallique de l'atlas, Guillaume [134], 8.
Ostéotomie correctrice, Guérin [2], 16.
— cunéiforme du rachis, Wiberg [99], 13.
— de direction, Guérin [2], 18.
— spinale, Helfet [125], 1.
Ovaire (Cystadénocarcinome métastatique), Hutcheson [46], 2.
— (Kyste dermoïde); dégénérescence, I. Bertrand [53], 18.
— (— — dans l'enfance), Hause [27], 9.
— (Tumeurs) faisant obstacle au travail, Lesinski [25], 1.
— [Stroma] (Hyperplasie fonctionnelle), Lafargue [42], 4.
Ovariectomie (Cycles artificiels), Drumel [78], 5.
— (Insuffisance progestinique), Ferin [78], 2.
Oxygène en anesthésie, Bizard [64], 1.
— (Consommation splanchnique), Hallett [16], 1.
— (Injection pré-sacrée), Gershon Cohen [50], 2.

P

Paladrine et palascopine en chirurgie, Küstner [73], 7.
Pancréas aberrant, Jensen [99], 10.
— — (Ilots gastriques), Dorigo [91], 2.
— annulaire (Sténose duodénale), Johner [101], 3.
— (Cystadénome), Gallart Esquerdo [32], 6.
— (Fonction); effets de la sympathectomie et de la vagotomie, Pfeffer [14], 1.
— (Kystes), Sarra [11], 4.
— (Nécrose graisseuse); prévention, Noskin [34], 6.
— (Radiographie directe), Balestre [58], 2.
— (Rupture traumatique), Aladjen [103], 1.
— (Tumeurs), Polak [12], 38.
— [Tête] (Sarcome); ectomie, Hellmuth [12 *A*], 35.
Pancréatectomie totale (Métabolisme), Nardi [110], 5.
Pancréatico-duodénaux (Néoplasmes malins), Brunschwig [14], 4.
Pancréato-duodénectomie pour néoplasie, Brunschwig [14], 4.
Papillome congénital, Braunstein [40], 2
— pancréatique, Garden Hendry [87], 2
— vésical, Patoir [131], 9.
Paralysie faciale, McLaughlin [86], 1.
— traumatique, Herrero de Cabo [82] 1.
— obstétricale, de Moraes [19], 1.
— rhumatismale, Baratto [11], 2.
Paraplégies pottiques, Galland [53], 23.
— traumatiques, Fontaine [134], 3.
— — (Indications opératoires), Guillaum [134], 7.
Paraplégiques (Modifications testiculaires), Klein [134], 4.
— (Reflux vésico-uretéral), Bors [29], 3.
Paratyphique B (Ostéomyélite), Pacin [93], 1.
P. A. S. pour tuberculose de l'endomètre, Kullander [89], 1.
Pavlov et chirurgie, Visneski [12], 1; Gr seenkov [12], 4, [12], 8; Kuprianov [12] 44; Bakulev [12], 59.
Peau (Homogreffe), Caby [53], 15.
— (Manifestations de la maladie cancéreuse Forman [87], 8.
Pénicillinothérapie du cancer du col, Ku lander [99], 11.
— de l'ostéomyélite, Garsche [47], 1.
— locale, Urban [102], 1.
Pénis (Induration plastique), Susze [73], 10 Pillokat [73], 11.
« Peptic ulcer » (Vagotomie), Pollock [86], 8
— — avec cirrhose portale, Lipp [35], 6.
— — (Hémorragie menaçante), Hecht [99] 14.
— — hémorragique (Remplacement du san et résection), Stewart [14], 13.
— — perforé dans le puerperium, McGarve [27], 7.
Perfusion à débit constant, Debray [132], 1
Périartérite noueuse (Complication), Conra [28], 4.
Périarthrite scapulo-humérale, Françon [119], 3.
Péricarde (Kystes), Loehr [50], 8.
— (Perforation par anévrysme), Kran [110], 2.
— (Sarcome), Dassen [116], 11.
Péricardite adhésive (Voie transpleurale) Lhotka [12], 36.
— constrictive, Ehrenhaft [37], 3.
Périnée (Chirurgie); anesthésie en sell Guerra [51], 4.
Période post-opératoire (Atélectasie pulmonaire), Chiodi [116], 6.
— — (Coagulation sanguine), Franchi [56] 6.
— — (Prévention des embolies), Pouzet [128], 5; Chalier [128], 6.
— — du goitre hyperthyroïdien, Rabbon [91], 1.
— pré-opératoire (Épreuve à l'histamine) Keil [73], 9.
Péritonite cloisonnée (Origine pyélo-rénale) Larget [131], 8.
— par perforation, Nard [129], 1.
Perlon pour sutures, Ruggiero [7], 4.
Phalangisation métacarpienne, Rocher [2] 20.
Phéochromocytome, Onativia [118], 7.
— (Clinique et pathologie), Scherman [18] 2.
Phlébites (Radiologie et chirurgie), Vivian [11], 1.
— (Séquelles), Wertheimer [128], 3; Gau tron [133], 7.
— précédée de tachycardie paroxystique Broustet [62], 7.
— de l'accouchée (Prévention des séquelles) Morin [54], 3.

Phlébites post-opératoire, Chalier [128], 6.
Phlébographie par injection intra-sternale, Ambrosi [8], 4.
Phosphore radio-actif, Kiehn [15], 15.
— — pour cancer pulmonaire, Blanco-Soler [117], 1.
Piedcreux (Translation de l'avant-pied), Brisard [19], 2.
— varus, Guérin [2], 16.
Pince pour clips de tantale, Crawford [41], 9.
Plaies de guerre (Expérience soviétique), Hajek [12], 62.
Plasties au derme préparé, Gordon [15], 13.
— d'Ombrédanne, Carrai [9], 7.
Plèvre (Empyème), Kothe [73], 1.
— (— tuberculeux), Nuboer [4], 5; Mathey [4], 6; Dumont [4], 6.
— (Épanchements) associés à la malignité, King [50], 4.
— (Tumeurs), Marx [12], 37.
Plexus (Anesthésie), Bruckner [73], 3.
— choroïde (Papillome congénital), Braunstein [40], 2.
Plombage au polyéthylène, Marascho [92], 3.
Pneumographie rétro-péritonéale, Gershon Cohen [50], 2.
Pneumolyse extra-périostée, Marascho [92], 3.
— extra-pleurale, Rossi [8], 10.
Pneumonactomie (Comportement des surrénales), Ursini [6], 3.
— (Influence circulatoire), Oric [4], 3.
— (Séquelles), Nuboer [4], 1.
— gauche suivie de grossesse, Pilheu [116], 13.
Pneumonie atélectasiante, Holub [12 *A*], 13.
— post-opératoire (Prophylaxie) par le thiantan, Wiesner [73], 5.
Pneumo-péricardiographie, Zahourek [12], 43.
Pneumopéritoine spontané (Pathogénèse), Cepek [102], 8.
Pneumorétropéritoine, Leucutia [50], 12.
Pneumothorax après résection du goitre, Ostapowicz [71], 7.
— extra-pleural, Riha [12 *A*], 14.
— chirurgical (Espace intra-pleural); pathophysiologie, Bross [97]. 1.
Poliomyélitique (Examen musculaire), Genta [21], 1.
Polyéthylène [Tubes fins] pour alimentation gastrique et jéjunale, Fallis [15], 4.
Polype gastrique dégénéré, Guariglia [116], 14.
— rectal, Lockahrt-Mummery [86], 5.
Polypose colique, Schaffer [13], 15.
Pommade aux protéolysats, Maire [67], 2.
Ponction-biopsie hépatique, Girard [132], 16.
Position de Trendelenburg, Howkins [86], 6.
Poumon (Abcès); pénicilline locale, Urban [102], 1.
— (— chronique); résection, Cavalcanti [121], 3.
— (Altérations) dans les déformations thoraciques, Sanquirico [49], 3.
— (Aplasie bilatéra e), Tuynman [46], 1.
— (Atélectasie post-opératoire), Hekman [90], 7; Chiodi [116], 6.
— (Cancer); diagnostic précoce, Clerf [107], 18.
— (— aigu post-traumatique), Michaud [43], 5.
— (— bronchique); ectomie, Oric [4], 3.
— (— inopérable); moutarde azotée et phosphore radio-actif, Blanco-Soler [117], 1.
— (Chirurgie); indications d'exérèse, Sauvage [53], 16.
— (Compression artificielle); influence cardiaque, Giaretta [7], 2.
— (Décortication); suites fonctionnelles, Patton [16], 12.
— (Échinococcose bronchogénétique secondaire), Kourias [52], 21.
Poumon (Embolie) angiocardiographie, Lochhead [50], 9.
— (Fistule artério-veineuse asymptomatique), Talbot [108], 1.
— (Fonctions) après décortication, Patton [16], 12.
— (Hamartomes), Desaive [4], 8.
— (Maladies à sécrétion augmentée); anesthésie, Hirsch [12 *A*], 12.
— (Œdème post-opératoire), Susat [12], 28.
— (Plombage au polyéthylène), Marascho [92], 3.
— (Résection) avec thoracoplastie, Lester [13], 6.
— (Tuberculomes), Herter [45], 1.
— (— isolés), Armand Delille [52], 23.
— (Tuberculose); pneumolyse et plombage, Marascho [92], 3.
— — pneumo extra-pleural, Riha [12 *A*], 14.
— —; résection; fonction respiratoire, Hirdes [4], 2.
— —; résection segmentaire, Forster [65], 2.
— (Tumeurs expérimentales), Burdette [37], 8.
— (— de Pancoast), Weidener [68], 2.
— (— rondes), Kalsbeck [90], 5.
— [Apex] (Cancer), Lachapèle [42], 3.
— [Lobe moyen] (Pneumonies atélectasiantes), Holub [12 *A*], 13.
— [— postérieur] et sous segments. Esser [47], 10.
Prantal (Effets sur l'ulcère), Bayer [35], 3.
Pression intra-cardiaque (Influence de la stimulation ou section sympathique), Zannini [6], 4.
Procaïne et douleurs post-opératoires, Pesek [12], 47.
— et œdème cérébral, Jirasek [12], 45.
— panthésine et hydergine dans la thrombose, Rappert [3], 5.
Procédé de Cantwell-Young, de Fontoura Madureira [28], 3.
Proctalgie fugace, Hulst [90], 1.
Proctologie (Pommade aux protéolysats), Maire [67], 2.
Produits de contraste (Action irritante), Debray [132], 1.
Projectiles (Déplacement intra-osseux), Drewes [47], 5.
Prostate (Abcès); aspiration et antibiotiques, Telecky [12], 29.
— (Adénome géant), Blanchot [129], 8.
— (Cancer); hormonothérapie, Acevedo [122], 1.
— —; forage, Luys [127], 1.
— —; valeur du traitement, Brendler [29], 10.
— — chez le nourrisson, Griswold [107], 17.
— (Chirurgie); résultats de 866 cas, Bulkley [29], 8.
Prostatectomie rétro-pubienne, Scartozzi [8], 8.
— supra-pubienne, Birdsall [29], 9.
— rétro-symphysaire (Complication), Hu [53], 7.
Protéines (Hydrolysats); voie orale, Fantino [95], 8.
Prothèses coxales, Donaldson [16], 4.
Prurit vulvaire, Mering [27], 4.
Pseudarthrose (Embrochage médullaire), Giraud [128], 8.
Pseudo-myxome appendiculaire, Caminati [10], 3.
Psycho-chirurgie, Palma [11], 3.
Pubis (Ostéite) après prostatectomie, D'Alo [49], 2.
Purpura mortel et ecchymoses, Derobert [43], 1.
— thrombopénique (Splénectomie), Schrijver [90], 4.
Pus tuberculeux et streptomycine, Froyez [53], 25.

Pyélographie respiratoire, MANGELSDORFF [47], 4.
Pylore (Sténose par brûlures), BAKER [107], 2.
Pyrifer dans la découverte des foyers inflammatoires, GEYER [73], 12.

R

Rachialgies (Rôle de l'entorse), GUILLEMINET [52], 1.
Rachis (Ostéotomie cunéiforme), WIBERG [99], 13.
— (Traumatismes) avec participation radiculo-médullaire, PETIT-DUTAILLIS [134], 6.
— (Tumeur en sablier), CHAMBERS [13], 9.
Radioclinique des hernies hiatales, CHAUMERLIAC [55], 1.
Radio-diagnostic vertébral, SVAB [12 A], 29.
Radiologie après duodéno-pancréatectomie, KORACH [12], 19.
— de l'ostéite pubienne, D'ALO [49], 2.
— des phlébites, VIVIANI [11], 1.
— des suppurations gastriques, CAMPLANI [48], 4.
— du syndrome de Klippel-Feil, SHOUL [50], 1.
Radiothérapie de l'adamantinome, HANKEY [88], 7.
— du cancer du col, KULLANDER [99], 11.
— du cancer rectal, MARQUES [132], 10.
— vésicale et rectale (Lésions graves), DRUITT [87], 3.
Radiumthérapie du cancer vésical, KLIGERMAN [29], 6.
Radius et cubitus (Fracture diaphysaire); traitement conservateur chez l'adulte, BOLTON [86], 3.
Rate (Chirurgie), HORAK [12 A], 18.
— (Hématome disséquant), KLEINNANN [3], 3.
Réanimation (Acquisitions et possibilités), LE BRIGAND [56], 2.
— dans le shock, COSTANTINI [94], 2.
— cardiaque, MARION [56], 3.
Rectum (Cancer) et hémorroïdes, BARBERA VOLTAS [32], 3.
— —; résection abdominale, CEPEK [12], 17.
— —; amputation; complications urinaires, VILLAR [129], 7.
— (— inopérable); radiothérapie, guérison, MARQUES [132], 10.
— (Polypes malins), LOCKHART-MUMMERY [86], 5.
— (Radionécrose), DRUITT [87], 3.
— (Résection abdomino-endo-anale), MARDEN-BLACK [15], 6.
— (Tuberculose hyperplastique), VOGEL [34], 7.
— (Tumeur) à symptômes d'hémorroïdes, GRAULICH [77], 2.
— (— non malignes), EARLE [88], 3.
— (— villeuses), GABRIEL [88], 5.
Reflux pyélo-veineux, VERRIÈRE [131], 10.
— vésico-urétéral, BORS [29], 3.
Région lombaire gauche (Suppuration); origine digestive, GIRARD [132], 17.
— sus-pubienne et opération de Millin, SCARTOZZI [8], 8.
Rein (Carcinome primitif), NORPOTH [3], 7.
— (Fonction) dans l'anurie chirurgicale, BAXTER [14], 12.
— (Lésion unilatérale); hypertension, AHNERT [3], 10; WRIGHT [88], 11.
— (Ostéome), MACQUET [131], 7.
— (Rupture); diagnostic, MERGL [12], 23.
— (Tuberculose); néphrectomie; troubles mictionnels, POUSSIER [66], 4.
— (Tumeurs mixtes), VAVRINEC [12], 7.
— restant (Retentissement des troubles mictionnels), POUSSIER [66], 4.
— [Bassinet] (Occlusion), RENYI-VAMOS [101], 1.
Relâchants musculaires, VETTEN [125], 4.
Résection abdomino-endo-anale, MARDEN BLACK [15], 6.
Réséqués gastriques (Syndrome), TYRONE [9], 5.
Résorcaïne intra-veineuse (Agent anesthésique), MANGIAVACCHI [51], 2.
Respiration après pneumonectomie, HIRDES [4], 2.
— artificielle (Appareil), ESPLEN [87], 7.
— contrôlée (Valve automatique), KEZSLER [12 A], 5.
— — et dosage des anesthésiques, DUNDEE [87], 6.
Ressuscitation cardiaque, PALOMERA [16], 17.
Rétention d'urine due à la Bantine, WALLER [29], 15.
Réticulo-sarcome mammaire, GRAMPA [10], 4.
Rétrécissement calcifié de l'uretère, CHAUVIN [131], 2.
Rétropneumopéritoine, VESLOT [52], 22.
— (Rôle localisateur), SIMON [128], 15.
Rhino-pharynx (Tumeurs); diagnostic, CELIS PEREZ [123], 3.

S

Salpingite après curettage, BOBECK [99], 2.
Sang (Conservation); méthode nouvelle, DIETZ [73], 4.
— en chirurgie remplacé par sérum animal, KOCH [70], 4, [70], 5.
Sarcoïdose, SCHRIJVER [90], 4.
— (Signes nerveux), JEFFERSON [87], 9.
Sarcome neurogénique biliaire, RABINOVITCH [13], 4.
— pancréatique, HELLMUTH [12 A], 35.
— péricardique, DASSEN [116], 11.
— utérin, CARLES [2], 4.
— cervical, MAC MURRAY [13], 16.
Schizophrène (Lobotomie frontale), MARGOLIS [40], 1.
Sciatique (104 cas opérés), CABANAC [128], 14.
— (Blocage du crural), MOORE [107], 5.
— discale, LAZORTHES [60], 2.
Scoliose essentielle, CASTILLO ODENA [116], 3.
Sécrétion gastrique (Effets du Prantal), BAYER [35], 3.
Sein (Abcès); incision esthétique, MRAZ [12 A], 34.
— (Amputation); cavités aériennes de la zone opératoire, BECK [47], 8.
— (Cancer), DUBOURG [129], 4; GRENET [129], 5.
— —; diagnostic précoce, PAPIN [62], 1.
— —; métastases axillaires, DAVIS [14], 3.
— —; traitement combiné; radio, radium et cobalt isotope, BRUSTEN [68], 1.
— —; radio-chirurgie, MAGENDIE [129], 6.
— —; adrénalectomie, HUGGINS [14], 2.
— (— multicentrique) après irradiation, LISA [50], 5.
— (Cystosarcome phyllodes), TALBOT [110], 6.
— (Gangrène), TESAR [12], 12.
— (Lésions bénignes); confrontations anatomo-cliniques, DUCUING [42], 2.
— (Maladie sécrétoire), GERSHON-COHEN [16], 13.
— gauche (Kyste hydatique) et échinococcose diffuse hépatique, PIERRA [132], 11.
Septum interauriculaire (Lacunes); fermeture chirurgicale, GROSS [110], 1.
Sérum animal (Substitut du sang), KOCH [70], 5.
Shock expérimental, KAFKA [12], 55; LICHTENBERG [12 A], 22.
— hémorragique (Réanimation), COSTANTINI [94], 2.
Silicobezoar, BENELL [50], 11.
Sodium radio-actif (Élimination locale), BARRON [5], 6.
Sonde de Miller-Abbott, ANDERSEN [99], 8.
Spasmes œsophagiens, STAUDACHER [10], 7.
Spéculum autostat, KÜHNEL [99], 7.

Sphincter d'Oddi (Section transduodénale), Lahey [16], 16.
Splénectomie pour anémie idiopathique, Feldman [125], 2.
— pour purpura, Schrijver [90], 4.
— et vascularisation hépatique, Hallett [16], 1.
Splénomégalie (Indications), Pinas [32], 12.
Splénoportographie, Sotgiu [52], 6.
Spondylarthrite ankylosante (Ostéotomie), Wiberg [99], 13.
Spondylite tuberculeuse (Foyers vertébraux), Thom [45], 3.
Squelette (Myélomatose); déformations, Cocchi [50], 7.
Stellectomie pour hémispasme facial, Baratto [11], 2.
Stérilisation sexuelle chez la femme (Refertilisation), Cordua [24], 3.
Sternotomie médiane, Fontaine [52], 18.
Streptococcie, Malek [12], 61.
Streptomycine et pus tuberculeux, Froyez [53], 25.
Substance sympathicomimétique, avec substance retard, Martinetto [51], 3.
Substances lipotrophiques, Waldstein [36], 3.
— opaques (Injection intra-sternale), Ambrosi [8], 4.
Suc gastrique [Acidité] (Changements) dans les fractures, Wiesner [71], 4.
Suppuration gastrique, Camplani [48], 4.
— lombaire d'origine digestive, Girard [132], 17.
Surrénalectomie transthoracique, Telecky [12], 40.
Surrénalome malin (Diagnostic), Creyx [62], 2.
Suture des anastomoses vasculaires (Influence sur leur croissance), Sauvage [109], 1.
— cardiaque, Benesova [12], 32.
— digestive, Fruchaud [53], 4.
— primitive des tendons fléchisseurs de l'index, Lasserre [2], 9.
— — tardive des traumatismes miniers, Rehak [12], 6.
Sutures (Matériel synthétique), Ruggiero [7], 4.
Sympathectomie cervico-thoracique suivie d'empyème, Stupka [12], 27.
— hypogastrique, Dailey [27], 6.
— thoraco-lombaire (Effets pancréatiques), Pfeffer [14], 1.
Sympathique thoracique (Stimulation et section), Zannini [6], 4.
Sympathome cervico-thoracique chez le nourrisson, Joseph [56], 7.
Syndrome controlatéral dans la hernie discale cervicale, Christensen [116], 10.
— de Klippel-Feil, Shoul [50], 1.
— lombo-sciatique (Chirurgie), Pastorova [12 A], 25.
— de Meigs, Andersen [99], 5.
— de Pancoast, Weidener [68], 2.
— de Pancoast Tobias, Lachapèle [42], 3.
— post-prandial après gastrectomie, Fernandez Cruz [32], 5.
— des réséqués gastriques, Tirone [9], 5.
— pseudo-tumoral endocrânien, Zanotto [91], 3.
— de Volkmann, de Moraes [19], 1.
Syndromes gastro-intestinaux (Diagnostic), Berry [34], 3.
Syphilis gastrique, Colombo [118], 4.
Système artériel hypogastrique (Branches collatérales), Cabanié [2], 7.
— nerveux (Résultats opératoires), Jirasek [12], 60.
— — (Signes de la sarcoïdose), Jefferson [87], 9.
— neuro-végétatif (Anesthésie), Samain [63], 1.
— — (Insuffisance circulatoire), Dietrich [72], 1.
Système porte (Veinographie), Hunt [88], 9.
— réticulo-histiocytaire (Néoplasie), Bellini [95], 4.
— trachéo-bronchique (Anesthésie), Keil [47], 2.

T

Tachycardie paroxystique avant phlébite, Broustet [62], 7.
Tantale pour plastie abdominale, Zanetti [8], 6.
— (Clips de), Crawford [41], 9.
— (Gaze de), pour plasties, Acquati [7], 3.
Tendon d'Achille (Rupture), Rocher [2], 21.
— bicipital distal (Arrachement); réinsertion, Burnham [114], 1.
— du long extenseur du pouce (Rupture spontanée), Giraud [128], 8.
Tendons (Interventions) dans la maladie de Little, Lasserre [2], 10.
— fléchisseurs des doigts (Greffe), Carpentier [2], 6.
— — de l'index (Suture primitive), Lasserre [2], 9.
— du fléchisseur commun superficiel des doigts (Greffe), Carpentier [2], 6.
Tests de laboratoire pour le diagnostic de l'ictère, Popper [34], 9.
— diagnostics du cancer, Roméeu [61], 6.
Testicule (Lymphome malin), Turley [29], 11.
— (Modifications chez les paraplégiques), Klein [134], 4.
— des paraplégiques (Histologie), Klein [134], 4.
— et épididyme (Défaut de fusion), Dean Jr [29], 13.
Testostérone dans la prévention des troubles post-opératoires, Hayes [14], 6.
Tétanie post-opératoire, Loos [71], 1.
Tétanos (Curare), Mellin [3], 1.
— (Prévention), Sachs [88], 1.
Tête et cou (Chirurgie); paladrin et Palascop, Küstner [73], 7.
Thécome, Laffargue [42], 4.
Thérapeutique liquidienne parentérale (Un guide), Miller [17], 1.
Thermométrie cutanée, Enria [8], 3.
Thiantan dans la pneumonie post-opératoire, Wiesner [73], 5.
Thiopentone (Dosage), Dundee [87], 6.
Thiouracil, Neumannova [12], 25.
Thoracoplastie avec résection pulmonaire, Lester [13], 6.
— postérieure, Rossi [8], 10.
Thoracotomie (Douleurs consécutives), Johnson [13], 14.
Thorax (Chirurgie); œdème pulmonaire, Susat [12], 28.
— (Déformations); altérations pulmonaires, Sanquirico [49], 3.
— (Tumeurs); cytodiagnostic, Jenke [73], 2.
— [Cavité] (Chirurgie); anesthésie endotrachéale, Salek [12], 10.
— — (Ostéochondrome), Salek [12], 39.
— — (Tumeurs); diagnostic, Fellinger [75], 2.
Thrombo-embolie (Périodicité), Badin [53], 11.
Thrombogramme original, Provenzale [6], 1.
Thrombopathie constitutionnelle, Zakhajm-Linget [52], 5.
Thrombophlébite après infusion intra-veineuse, Bolton-Carter [86], 2.
— cave inférieure, Kunc [12], 22.
Thrombose (Diagnostic précoce), Provenzale [6], 1.
— (Procaïne), Rappert [3], 5.
— aortique, Theis [16], 14.

Thrombose post-opératoire (Prévention), Köppl [12], 63.
— traumatique, Schneider [41], 6.
— variqueuse, Martorell [39], 2.
— veineuse (Anticoagulants), Izar [95], 6.
— — (Indications chirurgicales), Langeron [63], 2.
— — (Prévention), Truchet [128], 4.
— — post-traumatique, Stulz [52], 19.
Thymus (Kyste tératoïde); siège médiastinal, Fontaine [52], 18.
— (Radiologie), Martinez Colombres [118], 2.
Tibia (Adamantinome), Vanek [12], 49.
— (Fracture); rupture artérielle, Lasserre [2], 11.
— [Condyles] (Fractures), Niederle [12 A], 24.
— [Extrémité inférieure] (Fracture), Guérin [2], 16.
— [Tubérosité] (Fracture), Will [3], 12.
Tissus (Physiologie pathologique), Leriche [52], 13.
Tonsillectomie et poliomyélite, Wilson [107], 4.
Torticolis congénital, Uroblewski [97], 5.
Toux provoquée pré-anesthésique, Greene [113], 1.
Trachéo-œsophagienne [Fistule], Logen Lever [14], 10.
Traction-Manipulation des traumatismes cervicaux, Klingensmith [13], 11.
Tractus alimentaire (Corrosion); anémie, Kiviranta [85], 1.
— gastro-intestinal (Anastomose bout-à-bout éversante), Hertzler [15], 5.
— — (Cancer); importance des ganglions, Gilchrist [34], 2.
— — (Hémorragie) chez l'enfant, Brayton [107], 14.
— — (Lymphosarcome), Lockwood [107], 1.
— — (Neurinomes), Gronbaek [99], 4.
— — (Sécrétion); cellules néoplasiques, Lemon [35], 8.
— — supérieur (Syndromes multiples); diagnostic, Berry [34], 3.
— urinaire (Strictures); effets de la cortisone, Baker [16], 8.
— uro-génital (Tuberculose), Yung [70], 6.
Transfusion artérielle, Wilson [13], 7.
— croisée pour anurie, Di Donna [95], 5.
— de sang (Goutte à goutte prolongé), Holubec [12 A], 1*.
— — dans le shock hémorragique, Costantini [94], 2.
Traumatismes et cancer, Michaud [43], 5.
— abdominaux, Lawson [126], 2.
— cervicaux, Klingensmith [13], 11.
— crâniens, Herrero de Cavo [82], 1.
— crânio-cérébraux (Diagnostic), Schneider [41], 6.
— crânio-encéphaliques chez l'enfant, Sattamini Duarte [120], 1.
— du membre inférieur (Thromboses veineuses), Stulz [52], 19.
— du membre supérieur, Rocher [2], 20.
— de la mine (Suture primitive tardive), Rehak [12], 6.
— rachidiens (Traitement précoce), Petit-Dutaillis [134], 6.
— vasculaires, Hollingsworth [37], 1; Schneider [41], 6.
— vertébraux, Petit-Dutaillis [134], 6; Guillaume [134], 7; Lazorthes [134], 9.
— vertébro-médullaires, Lazorthes [60] 3; Lazorthes [134], 9.
Traumatologie à Vienne, Somerhausen [19], 5.
Trichobezoar, Bensimon [116], 17.
Trismus (Manipulation), Crawford [5], 3.
Trochanter [Petit] (Fracture), Lasserre [2], 12.
3 Méthyl-pentinolo (Nouvel anesthésique), Genazzani [95], 7.
Trompe de Fallope (Épithélioma), Doutre [129], 2.
— — (Occlusion interstitielle), Hartnett [27], 5.
— — (Rupture); endométriose, Kliszowski [127], 7.
Troubles trophiques (Nature), Leriche [52], 13.
Tube de décompression, Becker [16], 11.
Tube digestif (Sutures), Fruchaud [53], 4.
Tuberculeux rénal néphrectomisé (Troubles mictionnels), Poussier [66], 4.
Tuberculomes, Herter [45], 1.
— isolés, Armand Delille [52], 23.
— médiastinaux, Rapant [12], 5.
Tuberculose endométriale traitée par P. A. S., Kullander [89], 1.
— hyperplastique, Vogel [34], 7.
— musculaire, Eck [71], 3.
— osseuse; calculose urinaire, Schulze [69], 5.
— ostéo-articulaire, Gérard Marchant [53], 22; Blankoff [78], 1; Galland [78], 3.
— — (Traitement), Schosserer [74], 3.
— pleurale, Nuboer [4], 5; Mathey [4], 6; Dumont [4], 7; Kasal [12], 12.
— pulmonaire (Pneumolyse et plombage), Marascho [92], 3.
— — (Pneumothorax extra-pleural), Riha [12 A], 14.
— — (Résection), Hirdes [4], 2.
— — (— segmentaire), Forster [65], 2.
— rénale (Ectomie), Poussier [66], 4.
— uro-génitale, Yung [70], 6.
— vertébrale (Foyers multiples), Thom [45], 3.
— vésiculaire, Peruzzo [8], 11.
Tumeurs carotidiennes, Goldstone [125], 3.
— cérébrales, Pesek [12 A], 27; Fontan [62], 4; Grant [105], 3; Houdard [135], 2.
— coliques, Earle [88], 3.
— desmoïdes, Typovsky [12], 9.
— transethmoïdo-frontales, Paillas [52], 2.
— expérimentales, Burdette [37], 8.
— intestinales pédiculées, Levrat [132], 13.
— gassériennes, Cuneo [41], 1.
— paragassériennes, Ver Bruggen [41], 3.
— gastriques bénignes, Gonin [57], 2.
— lipomateuses, Deweerd [13], 2.
— mésentérique, Bensimon [116], 17.
— métastatiques, Dargent [42], 1.
— intra-orbitaires, Uihlein [111], 2.
— ovariennes, Lesinski [25], 1.
— pancréatiques, Polak [12], 38.
— rétro-pharyngées, Decroix [30], 1.
— pituitaires, Davidoff [105], 2.
— pleurales, Marx [12], 37.
— pulmonaires rondes, Kalsbeck [90], 5.
— rectales, Graulich [77], 2; Earle [88], 3.
— rénales, Vavrinec [12], 7.
— rhino-pharyngiennes, Celis Perez [123], 3.
— en sablier, Chambers [13], 9.
— surrénales, Kucera [12], 54.
— intra-thoraciques, Fellinger [75], 2.
— villeuses rectales, Gabriel [88], 5.
— de Wilms, Koref [102], 7.

U

Ulcères du canal pylorique (11 cas), Dubarry [132], 9.
— duodénaux, Valls Colomer [32], 13.
— — (Gastrectomie), Weinstein [35], 7.
— — à l'âge scolaire, Dubarry [62], 6.
— gastriques (Gastrectomie aux deux tiers), Hillemand [31], 3.
— — hémorragiques, Avery Jones [33], 2.
— gastro-duodénaux (Chirurgie), Hellmuth [12], 18; Nissen [69], 3.

SONDES (DELAMOTTE

DELAMOTTE-PLISSON, 68, rue J.-J.-Rousseau – PARIS

Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc

AMETAL PLISSON

Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Drains

Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

LIT-DUPONT
pour MALADES
DAN. 05-61. 10, rue Hautefeuille PARIS 6e

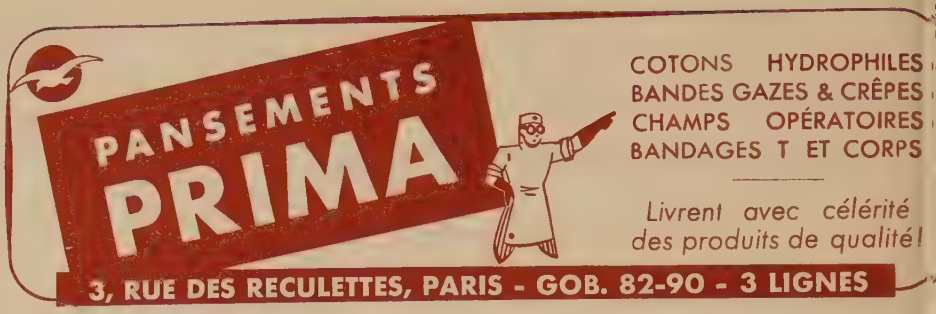
L. GAILLARD & Cie

FOURNISSEURS DES HOPITAUX DE PARIS

9, rue Danton, PARIS (6e) Danton 56-80

INSTRUMENTS
en GOMME et en CAOUTCHOUC

CATGUT FANDRE
SCELGUT, SLOGUT, SERTY-CATGUT
NANCY-PARIS



MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS-6e

RADIOLOGIE DU REIN ET DE L'URETÈRE

par

R. GOUVERNEUR
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Chef du Service d'Urologie

P. PORCHER
Radiologiste
de l'Hôpital Saint-Antoine

R. HICKEL
Radiologiste des Hôpitaux
Radiologiste du Service d'Urologie de l'Hôpital Necker.

PRÉFACE DU PROFESSEUR G. MARION

Un volume de 440 pages, avec 412 figures. . . . . 5.400 fr

LES RÉTRÉCISSEMENTS POST-OPÉRATOIRES DES VOIES BILIAIRES

par

R. DE VERNEJOUL
Professeur à la Faculté de Médecine

R. DEVIN
Chirurgien des Hôpitaux de Marseille

PRÉFACE DU PROFESSEUR DOGLIOTTI (de Turin).

Un volume de 98 pages, avec 44 figures. . . . . 920 fr

Ulcères gastro-duodénaux (Fréquence et complications), Wüst [71], 5.
— — (Effets du Prantal), Bayer [35] 3.
— — (Gastrectomie); séquelles, Pompili [6], 5.
— — (Gastro-entérostomie), Gordet [52], 14.
— — perforés, Foret [80], 3.
— de jambe, Machacek [12 *A*], 33.
— — (Causes et traitement), Anning [86], 7.
— — d'origine veineuse, Martinet [133], 4.
— de Meckel, François [77], 1.
— œsophagiens dans l'enfance, Mellins [50], 10.
— peptiques, Burghartz [101], 5.
— — (Traitement à Plonsk), Dziackowski [97], 3.
— — perforés (Indication opératoire), Rodrigues [18], 1.
— variqueux (Problème social), Mittelberger [75], 1.
Uretère (Abouchement vaginal), Sesboüé [131], 5.
— (Calculs); forceps pour lithotomie, Lewis [29], 2.
— (Calculose); urétérotomie, Mor [9], 2.
— (Cathétérisme); incidents, Motz [131], 4.
— (Dichotomie), Lattenzio [48], 1.
— (Léiomyosarcome), Zahorsky [12 *A*], 3.
— (Rétrécissement calcifié), Chauvin [131], 2.
— rétro-cave, Abeshouse [13], 1; Dufour [131], 3.
Urétéro-cysto-néostomie, Couvelaire [131], 1.
Urétéroplastie, Dufour [131], 3.
Urétérotomie pour calculose, Mor [9], 2.
Uréthrographie chez les hypospades, Carrai [9], 7.
Urographie d'excrétion (Technique nouvelle), Laur [69], 2.
Utérus (Cancer); diagnostic précoce, Lelio [116], 20.
— —; méthode de dépistage, Besimenski [130], 4.
— —; métastases au membre inférieur, Dargent [42], 1.
— —; curiéthérapie, Engsig-Karup [99], 6.
— (Curettage); salpingite, Bobeck [99], 2.
— (Déviations), Rouhier [53], 19.
— (Fibromes) traités par A. C. T. H. Varnier [53], 12.
— (Pexie directe); complication, Guillot [127], 4.
— (Sarcomes); histopathologie, Carles [2], 4.
— [Col] (Altérations épithéliales), Cramer [70], 2.
— — (Cancer), Lamarque [61], 2.
— — —; chirurgie, Louros [23], 1; Roux [61], 1.
— — —; pathogénie, Fischer [24], 1.
— — —; hyperplasie de l'endomètre, Bayly [27], 8.
— — —; pénicilline, Kullander [99], 11.
— — (Carcinome épidermoïde) et grossesse, Thorton [27], 2.
— — (Électrocoagulation), Raffi-Surbled [130], 2.
— — (Épithélioma pavimenteux intra-épithélial), Funck Brentano [53], 3.
— — (Lésions); colposcopie, Cerutti [118], 3.
— (— et Corps] (Cancer); récidives tardives, Burger [24], 2.
— [Corps] (Cancer); chirurgie, Tailhefer [42], 5.
— [Isthme] (Cerclage) pour hystéropexie, Bancaud [23], 2.

V

Vagin après panhystérectomie, Dupont [99], 12.
— (Brûlures chimiques), Bookrajian [27], 11.
— (Calcul urétéral), Sesboué [131], 5.
— (Carcinome primitif); étiologie, dos Santos Ferreira [98], 2.
— (Prolapsus) après hystérectomie, Williams [27], 1.
Vagotomie, Crile [14], 14.
— dans le « peptic ulcer », Pollock [86], 8.
— (Effets coliques), Wener [35], 10.
— (Effets pancréatiques), Pfeffer [14], 1.
— et gastrectomie pour ulcère duodénal, Weinstein [35], 7.
— bilatérale (Effets sur la mucine gastrique), Mersheimer [14], 8.
Vaisseaux (Croissance des anastomoses), Sauvage [109], 1.
— (Réparation) par greffes de gaines du droit, Cousar [15], 14.
— (Revascularisation des greffes), Kiehn [15], 15.
— périphériques (Troubles), Martin [88], 10.
Valve automatique, Kezsler [12 *A*], 5.
Valvules mitrales (Anatomie et pathologie), Brock [38], 1.
— (Sténose); chirurgie, Mauro [7], 1; Wylie [105], 1.
Varices (Problème social), Mittelberger [75], 1.
— (Traitement) en rapport avec l'exploration fonctionnelle veineuse, Cadili [8], 5.
— lepto-méningo-médullaires, Zimman [116], 5.
— œsophagiennes, Rack [15], 8.
Varicocèle (Traitement actuel), Renato Crey [119], 1.
Varico-thrombose, Martorell [39], 2.
Vaso-constriction périphérique par oblitération de la sous-clavière, R. Leriche [39], 1.
Veine cave inférieure (Ligature) suivie de grossesse, Hearth [27], 12.
— — — (Thrombophlébite), Kunc [12], 22.
— sous-clavière (Injections intra-veineuses), Aubaniac [52], 26.
Veines (Accidents post-opératoires); prévention, Favre Gilly [128], 1.
— (Greffes autoplastiques), Malan [8], 2.
— (— libre), Devin [52], 4.
— (Occlusion massive aiguë), Nunez Nunez [39], 3.
— (Participation) aux troubles post-traumatiques, Papin [2], 3.
— (Thromboses); indications, Langeron [63], 2.
— —; prévention, Truchet [128], 4.
— du membre inférieur (Obstruction massive); gangrène, Tagariello [95], 1.
— — — (Pathologie), de Tœuf [78], 4.
— variqueuses (Chirurgie), Popilka [12 *A*], 32.
Veinographie portale, Hunt [88], 9.
Vena femoralis dorsalis, Dvorak [12], 51.
Ventricule cardiaque gauche (Substitution mécanique), Dodrill [107], 12.
Vertèbres lombaires [II] (Fracture-luxation), Jentzer [134], 5.
Vertébro-médullaires [Traumatismes], Lazorthes [60], 3.
— —; 43 cas, Lazorthes [134], 9.
Vésicule biliaire (Carcinome), Howard [13], 3.
— — (Chirurgie); tendances, Cole [107], 11.
— — (Exploration), Wissmer [100], 1.
— — (Sarcome primaire), Rabinovitch [13], 4.
— — (Torsion) et gangrène, Warren [110], 7.
— — (Tuberculose), Peruzzo [8], 11.
— — (Volume rare), Traka [12], 64.

Vésiculectomie séminale, Silva de Assis [29], 12.
Vessie (Carcinome); résection segmentaire et radium, Kligerman [29], 6.
— (Déchirure) par fractures, Friedberger [102], 6.
— (Diverticule), Darget [129], 3.
(— chez la femme), Senger [29], 4.
(Ectopie), Carneiro de Moura [98], 5.
(Lambeau tubulé), Couvelaire [131], 1.
— (Néoplasme), Marshall [29], 7.
— —; prolapsus transuréthral, Senger [29], 5.
— (Papillome); prolapsus, Patoir [131], 9.
(Radionécrose), Druitt [87], 3.
— (Rupture), Surraco [116], 9.
Virilisme surrénal, Jailer [107], 9.
Viscères abdominaux (Rupture traumatique), Lawson [126], 2.
Vitaminothérapie E pour induration pénienne, Susze [73], 10; Pillokat [73], 11.
Voie biliaire commune (Calculs); exploration, Glenn [16], 6.
Voie biliaire principale (Occlusion), Weill [65], 3.
— — (Carcinome), Howard [13], 3.
— — (Chirurgie); duodénotomie, Ducuing [132], 5
— — (Fistules internes spontanées), Valentova [12], 30.
— — (Greffe veineuse libre), Devin [52], 4.
— — (Maladies); novocaïne intra-veineuse, Maresova [102], 9.
— — (Troubles fonctionnels), Velasco Suarez [116], 8.
— — extra-hépatiques (Reconstruction), Bonanome [9], 6.
— lacrymales (Néoplasmes), Beaujon [123], 2.
— urinaires (Anomalie congénitale), Lattenzio [48], 1.
Voie rectale pour curarisation, Delay [52], 8.
Vulve (Pathologie), Burlamaqui Benchimol [18], 6.
— (Prurit rebelle), Mering [27], 4.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

NOVEMBRE 1952

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 98.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. 68, n° 11. Novembre 1952. — **C. Couinaud.** Hépatectomies gauches lobaires et segmentaires; étude des conditions anatomiques (1). — **Diego Rodino.** Contribution à la technique de l'anastomose œsophago-jéjunale après gastrectomie totale (2). [1]

Lyon-Chirurgical, t. 47, n° 8, Novembre-Décembre 1952. — **P. Cogniaux** et **J. Lebrun.** A propos de seize observations de sarcomes du sein (1). — **R. Leriche.** Influence d'une oblitération de l'artère sous-clavière sur la vaso-constriction périphérique (2). — **J. Lecuire** et **M. Meunier.** Indications thérapeutiques précoces dans les traumatismes crâniens fermés (3). — **P. Stagnara.** Traitement de la scoliose (4). — **V. Stoyanovitch** et **D. Vasiljevitch.** Contribution à l'étude des kystes intra-pulmonaires (5). — **J. C. Sournia.** L'angio-pneumographie dans les indications d'exérèse pulmonaire (6). — **J. Sautot** et **M. Meunier.** La réfrigération dans les gangrènes vasculaires des membrss (7). [2]

Marseille Chirurgical, an. 4, n° 2, Mars-Avril 1952. [*Journées Chirurgicales du Sud-Est,* 1952]. — **R. de Vernejoul.** et **R. Devin.** Les rétrécissements post-opératoires de la voie biliaire (1). — **A. M. Dogliotti.** Une nouvelle orientation dans la thérapeutique chirurgicale des sténoses cicatricielles des voies biliaires (2). — **B. Binda** et **V. Belgrano.** Considérations sur 60 cas de sténose de la voie biliaire principale (3). — **Ch. Devin, H. Bonneau, F. Courbier, Inglesakis** et **C. Jean.** La reconstruction des voies biliaires extra-hépatiques à l'aide de greffes (4). — **L. Mollo.** A propos du traitement des fistules de la voie biliaire principale après cholécystectomie (5). — **L. Zanetti.** Sur quelques cas de sténose traumatique des voies biliaires (6). — **J. Assali** et **J. Comiti.** Les indications de la splénectomie en dehors des traumatismes (7). — **G. Psacharopulo** et **A. E. Fogliatti.** Sur 47 cas de splénectomie (Contribution clinique) (8). — **L. Mollo.** Éléments de mon expérience personnelle dans la question de la splénectomie (9). — **J. Segré.** Notes de traumatologie de la rate (10). — **L. Stropeni** et **B. Binda.** Indications et résultats de la splénectomie (11). — **A. Hébraud.** Note préliminaire sur le traitement des speudarthroses du scaphoïde carpien (12). — **J. Cottalorda, Devin, Payan** et **Trifaud.** Note à propos de l'action des antibiotiques et l'évolution des maladies infectieuses chirurgicales. Position du problème (13). — **M. Rautureau, R. Le Bihan** et **M. Cazeilles.** Le pneumo-rétro-péritoine dans le diagnostic des affections des viscères abdominaux (14). — **L. Artaud, M. Pierre, Courbier** et **J. Martin-Laval.** Les greffes du derme dans le traitement des éventrations (15). — **A. Picaud** et **J. Poucel.** D'un traitement chirurgical simple des fractures de la cheville (16). — **J. Figarella.** Résultat excellent et durable du traitement chirurgical dans deux cas de cardiospasme (17). — **G. Darcourt** et **D. Corti.** Les séquelles des fractures de la hanche (18). [3]

L'Afrique Française Chirurgicale (ALGER), n° 2, Mars-Mai 1952. [*I^re^ Réunion des Chirurgiens Nord-Africains, Mai* 1952.] — **Bourgeon, Catalano, Aprosio, Guntz.** Intérêt de la tomo- [4]

[4] graphie dans les tuberculoses ostéo-articulaires (1). — **Liaras et Catalano.** La place de la streptomycine dans le traitement de la tuberculose osseuse et articulaire de l'indigène algérien adulte (2). — **R. M. Marill, P. G. Marill et M. Khodja.** Sur le traitement actuel de la tuberculose ostéo-articulaire de l'adulte; aspects nord-africains (3). — **J. Ferrand et R. Debaille.** La banque d'os « réfrigérés » (4). — **P. Lombard, R. Aubaniac et J. Frailong.** Le traitement des grands abcès froids lombo-iliaques (5). — **Bourgeon, Catalano, Aprosio et Guntz.** Résultats de l'arthrodèse vertébrale type Wilson dans le traitement du mal de Pott de l'adulte (6). — **P. Descuns et H. Garre.** Essai de traitement chirurgical des abcès froids intra-rachidiens (7). — **Bourgeon, Catalano, Guntz et Aprosio.** Récupération fonctionnelle dans le traitement des coxalgies non évolutives, ankylosées, par prothèse acrylique (8). — **P. Ferrand et P. Lebon.** La méthode de Key Charnley; maintien sous pression des arthrodèses (9). — **Delvoye et Friess.** Histoplasmose osseuse cervicale (10). — **J. Bréhant et Grosse.** Opérée d'œsophagoplastie préthoracique par transposition du côlon droit (11). — **P. Guedj, P. Callige et Montandon.** Dolicho-méga-œsophage monstrueux: opération de Heller par voie thoracique (12). — **F. Lagrot, Greco, Py et Bensoussan.** Traitement des éléphantiasis des membres inférieurs par excision et greffe (13). — **Ed. Benhamou et J. Pugliese.** L'usine de dessiccation des sérums et plasmas sanguins de La Trappe: fonctionnement et résultats (14).

[5] **Zentralblatt für Chirurgie** (LEIPZIG), an. 77, fasc. 43, 1952. — **M. Mennenga.** Considérations critiques sur l'anesthésie péridurale (1). — **P. Brandstäter.** Contribution à la question du sarcome primaire du grêle (2). — **H. Wefers et Fr. Naegelsbach.** Résultats du traitement par injections des varices importantes (3).

Fasc. 43 a [*Numéro du Congrès Chirurgical de Janvier* 1952.] — **W. Fischer.** Les métastases des tumeurs (4). — **A. Fromme.** La biologie de la formation des métastases (5). — **A. Bienengräber.** Les métastases tumorales à la lumière de la notion d'allergie (6). — **H. Gesenius.** L'importance de la représentation des vaisseaux de l'abdomen (Aortographie. veinographie) en chirurgie (7). — **F. Rublack.** L'aortographie dans les troubles circulatoires (8). — **A. Brunner.** La résection dans le traitement opératoire de la tuberculose pulmonaire (9). — **H. Franke.** L'opération du canal artériel ouvert et de la cyanose congénitale (10). — **K. Th. Lesse.** L'anesthésie spinale extra-durale en chirurgie pulmonaire (11). — **H. Eggers.** L'anesthésique : la Falicaïne et son emploi (12). — **M. Steingräber.** L'irradiation préopératoire du cancer mammaire (13). — **E. W. Dörffel.** Le radiodiagnostic des maladies osseuses rares (14). — **H. Vebermuth.** Les progrès de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal (15). — **H. Griessmann.** Le traitement des kystes et des fistules du pancréas (16). — **W. Hohlweg.** Sur l'activité hormonale des implantations glandulaires d'après des recherches expérimentales (17). — **E. H. Kühtz.** Transplantations homoplastiques de l'œsophage (18). — **K. Brünning.** L'ostéomyélite aiguë hématogène et les antibiotiques (19). — **F. Juch.** Recherches sur la pénicilline dans la moelle osseuse humaine et son importance pour le traitement de l'ostéomyélite aiguë (20). — **P. Rubanyi.** La chirurgie de la maladie hypertensive (21). — **K. Vossschulte.** Le problème de la régénération sympathique après résection (22). — **E. Vojtek.** Le blocage du sinus carotidien dans la lutte contre le shock (23). — **M. Stolze.** Technique et vues de la cystectomie (24). — **H. Sprengell.** Sur la prostatectomie sus-pubienne de Harris-Hryntschak (25). — **G. Altvater.** Rein de stase et vas aberrant (26). — **F. Loeffler.** Le traitement de l'arthrose déformante de la hanche et du genou (27). — **W. H. Hasslinger.** Le traitement des pseudarthroses par la plastie d'os spongieux de Matti (28). — **F. Wilfert.** Le traitement de la rétraction des doigts de Dupuytren (29). — **B. Karitzky.** La plastie cutanée de la méningocèle spinale chez l'adulte (30).

Fasc. 44. — **L. G. Vogt.** La couverture plastique des pertes de substance osseuse du crâne par le Paladon, contribution à la technique du modelage et de l'opération (31). — **W. Wehrheim.** Sur le rapport entre blocage du ganglion stellaire et le pneumothorax spontané (32). — **W. Heep.** Spondylite après anesthésie lombaire (33). — **H. Kühne.** Sur la physiologie de l'épiphyse de l'os (34). — [*Sociétés.*] **Hoffmann.** Gastrectomie totale (35). — **Paas.** Tumeur géante rétropéritonéale (36). — **Paas.** Rare iléus par étranglement causé par un diverticule de Meckel (37). — **Pässler.** Progrès en chirurgie vasculaire (38).

Fasc. 45. — **F. Mörl.** Mort cérébrale tardive par anévrysme artério-veineux de la carotide (39). — **F. Wachs.** Le traitement chirurgical de la pneumonie obstructive chronique [40). — **E. Hempel.** Le traitement des hernies abdominales volumineuses par plastie cutanée (41). — **G. Marschner.** Sur le traitement chirurgical de l'ulcère hémorragique et sur une complication rare de celui-ci (42). — **H. Eck.** Sur la guérison spontanée des tumeurs malignes en particulier du tératome malin du testicule (43). — **A. Sohn.** Anurie par suite d'un calcul de l'uretère d'un rein solitaire (44). — **H. Neumann.** Expériences nouvelles du traitement de l'ostéomyélite hématogène aiguë par la pénicilline et résultat d'examens ultérieurs (45).

Fasc. 46. — **L. Melzer.** Sur la capacité vitale après les opérations de collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire (46). — **G. Aurig.** La radiologie des anévrysmes artério-veineux par cathétérisme veineux (47). — **F. Fuchs.** Pneumatose kystique de l'intestin (48). — **W. Werner.** Rupture spontanée d'un rein sain (49). — **F. Meissner.** Sur la valeur des épreuves fonctionnelles des surrénales chez les malades chirurgicaux (50). — **G. Schreckenbach.** La transplantation d'amnios pour la couverture des pertes de substance cutanées et pierre de touche de l'homoplastie (51). — **S. Richter.** Symptômes et traitement de l'anurie après transfusion d'un sang non transfusable (52). — **P. G. Höhle.** Age, nutrition insuffisante et fracture du col fémoral au point de vue statistique (53).

[6] **Acta Chirurgica Belgica** (BRUXELLES) [*An. 44 des Annales et 51 du Journal de Chirurgie*] N° 7, Octobre 1952. — **R. Bourg et Cl. Gompel.** De 11 cas d'épithéliome du col diagnostiqués au début (1). — **G. Melot et R. Potvliege.** Mise en évidence radiologique des lésions traumatiques intra-et para- articulaires du genou (2). — **H. Dancot.** Radiothérapie des cancers du sein (3). — **Van de Ghinst et J. Beumer.** Sur 3 cas de tétanos (4). — **P. Desaive et E. Monnoyer.** Anévrysmre cirsoïde du cuir chevelu (5).

[7] **Minerva Chirurgica** (TURIN), an. 7, n° 20, 31 Octobre 1952. — **O. Mantero, G. Barlassina et G. Monteverde.** Contribution, clinique et expérimentale à l'étude de la fonction rénale après

ligature de la veine cave inférieure (1). — **M. Ferrando** et **L. Cibrario.** Notre expérience du traitement de Filatov en chirurgie (2). — **N. Berri** et **L. Enrico.** Recherches anatomo-chirurgicales sur l'exérèse segmentaire du poumon (3). — **G. Gili.** Recherches expérimentales sur l'absorption des germes dans la cavité péritonéale et sur la flore bactérienne des péritonites (4). [7]

N° 21, 15 Novembre. — **M. Mini.** Sur l'échinococcose du poumon (5). — **G. Tartarini.** Étude clinique et histologique sur les tumeurs bénignes de l'estomac (6). — **M. Bogetti, S. Fabri** et **C. Bubbio.** L'emploi de peau désépithélialisée et de tissu sous-cutané dans la chirurgie réparatrice des tendons (7). — **V. Nociti.** Sur la réanimation par transfusion intra-carotidienne (8). — **W. Fiaccavento.** Nouvelle plastie œsophagienne par homogreffes conservées (9). — **V. Sommariva.** Influence des amino-acides électifs (méthyonine et acide glutaminique) sur les phénomènes régénératifs des nerfs périphériques (10).

Annali Italiani di Chirurgia (Bologne), vol. 29, n° 8, Août 1952. — **M. Caucci.** Adénite mésentérique iléo-colique et appendicite (1). — **P. Marziale.** Discordances et convenances entre la symptomatologie et les lésions anatomo-pathologiques dans les tumeurs des annexes tordues sur leur pédicule (2). — **L. Martinotti.** Sur un cas de cancer gélatineux double de l'estomac et du duodénum (3). [8]

N° 9, Septembre. — **G. Guerreri d'Antona.** La sclérose surrénale dans l'hypertension artérielle expérimentale (4). — **E. Marconi.** Peut-on appeler idéales quelques-unes des méthodes proposées pour la cure de l'échinococcose de la rate ? (5). — **L. Nascimbene.** Sur les implants de cartilage costal dans les pertes de substance des surfaces articulaires (6). — **G. Montella.** Sur un cas d'atrésie congénitale des voies biliaires (7).

Giornale Italiano di Chirurgia (Naples), vol. 8, n° 9, Septembre 1952. — **B. Rocco.** Sur la thérapeutique actuelle de l'hypertrophie prostatique (1). — **C. Viganoni.** Étude clinique de l'hématologie après splénectomie pour traumatisme (2). — **D. Mainiero.** Étude expérimentale de l'emploi de l'hexachlorophène dans la désinfection des mains en chirurgie (3). — **G. Tattoni.** et **A. Mazzella.** Le réseau lymphatique de la vésicule biliaire dans la cholélithiase (4). — **C. Sabbattini** et **A. Mannelli** et **A. Ruggiero.** Observations histologiques sur le poumon restant et sur la cavité pleurale oblitérée avec l'éponge de gélatine après pneumonectomie (5). — **L. Lo Schiavo** et **R. Rickler.** Faits et considérations sur plus de 500 anesthésies pour interventions de collapsothérapie pulmonaire chirurgicale (6). — **D. Catalano.** Cholécystite gazeuse aiguë (7). — [*Sociétés*]. **B. Romano.** Le traitement actuel des tuberculoses ostéo-articulaires et la possibilité de la *restitutio ad integrum* (8). — **O. Cantelmo.** Mon expérience de l'emploi, des résultats et des possibilités curatrices du sondage aspirateur, type Miller-Abbott (9). [9]

Chirurgia (Milan), vol. 7, fasc. 4, 1952. — **V. Staudacher, A. Pulin** et **V. Gasparini.** Le fascia et l'espace pré-vertébraux (1). — **M. L. Bozza.** L'hypotension contrôlée en chirurgie (2). — **G. Ballarin** et **A. Pulin.** Fibrome de la paroi thoracique au siège d'une thoracoplastie (2*). — **F. Columella** et **L. Mucchi.** Notre expérience concernant l'aortographie directe percutanée dans les oblitérations artérielles des membres inférieurs (3). — **V. Staudacher** et **L. Belli.** Sténose congénitale du cardia (4). [10]

Polski Przeglad Chirurgiczny (Krekow), t. 24, n° 5, 1952. — **J. Rancewicz.** Troubles de croissance des maxillaires accompagnant le torticolis (1). — **E. Siegel.** Remplissage secondaire de l'espace extra-pleural par l'huile de paraffine (2). — **T. Wiszinewski.** Les plaies de poitrine (3). — **Z. Galazka.** Nouvelle méthode plastique de l'opération de l'œsophage en utilisant le diaphragme (4). — **J. Kobiela, St. Bakowa** et **St. Bak.** Cas d'un nouveau-né prématuré avec occlusion intestinale (5). — **A. Krokowicz.** Traitement chirurgical du cancer du gros intestin (6). — **K. Smolarski.** Un cas de rupture spontanée du cæcum (7). — **O. Wroblewski.** Ostéosynthèse des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (8). [11]

Sirurji (Istanbul), vol. 5, n° 2, 1952. — **S. Akel** et **H. Berkol.** La surrénalectomie dans les thrombo-angioses (1). — **F. Sevket-Evrensel.** Les plaies du thorax (2). — **T. Maktav.** Diagnostic de la grossesse par le test de Soskin et essai sur le traitement de l'aménorrhée (3). — **M. Tokmak.** Myélome multiple (4). [12]

The American Journal of Surgery (New-York), vol. 84, n° 5, Novembre 1952. — [*Société de Proctologie*]. **A. A. Jaques.** Hémangiome caverneux du rectum et du côlon recto-sigmoïde (1). — **A. C. Haas.** Électrodessiccation opposée à électro-coagulation; leur application aux polypes adénomateux de l'intestin terminal (2). — **H. Gray Carter.** Explosion dans le côlon durant l'électro-dessiccation de polypes (3). — **L. E. McCrea.** et **D. L. Kimmel.** Concept nouveau de l'innervation vésicale, ses rapports avec le traitement de la vessie après rectosigmoïdectomie abdomino-périnéale (4). — **P. J. Fuzy** et **H. A. Smith.** La perte de sang dans les hémorroïdectomies (5). — **F. J. Rack.** Perforation obstructive du cæcum; 8 cas (6). — **E. Granet.** Opération plastique pour lésions ano-rectales multiples (7). — **E. D. Weiss** et **B. F. Haskell.** Manifestations ano-rectales de l'histo-plasmose (8). — **H. T. Hayes** et **H. Burr.** Lymphomes bénins du rectum (9). — **W. Birnbaum** et **Cooper Davis.** Aspects de la compensation industrielle des lésions du côlon, du rectum et de l'anus (10). — **H. E. Schmitz** et **J. E. Towne.** Les blessures de l'intestin terminal dues au cancer pelvien et à son traitement (11). — **F. J. Hofmeister.** La réparation reconstructive périnéale des fistules recto-vaginales et des lésions se produisant dans l'accouchement (12). — **H. Eidinoff.** Anesthésie caudale liposoluble en chirurgie ano-rectale (13). — **H. D. Trimpi.** et **H. E. Bacon.** Étude expérimentale et clinique des surfaces dénudées dans la grande chirurgie du côlon et du rectum (14). — **S. J. Freund.** Tumeur carcinoïde du rectum (15). — **J. M. McIntyre.** Cancer associé à une fistule à l'anus (16). — **A. J. Quick.** Le problème de l'hémostase défectueuse en chirurgie (17). — **E. F. Cohen.** Tumeurs carcinoïdes du rectum (18). [13]

nnals of Surgery (Philadelphie), vol. 136, n° 5, Novembre 1952. — **Ben Eiseman** et **E. M. Bricker.** Absorption des électrolytes consécutive à l'urétéro-entérostomie faite dans un segment intestinal isolé (1). — **F. Glenn** et **W. D. O'Sullivan.** Coarctation de l'aorte (2). [14]

[14] — **D. C. Sabiston Jr.** et **N. William Scott Jr.** Néoplasmes primitifs et kystes du médiastin (3). — **F. Gordon King.** La correction chirurgicale du thorax en entonnoir (4). — **Ch. E. Wiles Jr., W. G. Schenk Jr.** et **J. Lindenberg.** La production expérimentale de l'hypertension portale (5). — **H. H. Zinsser** et **A. W. Pryde.** Étude expérimentale des facteurs physiques, comprenant la formation de fibrine, influençant la diffusion des liquides et des petites particules, dans et à partir de la cavité péritonéale du chien (6). — **J. H. Forsee.** Lobectomie pour tuberculose pulmonaire (7). — **R. C. Foreman.** Tumeurs carcinoïdes; 38 cas (8). — **H. E. Stephenson Jr., St. Gross, St. L. Gumport** et **H. Willy Meyer.** Cystosarcome Phyllode du sein; littérature et 15 cas nouveaux (9). — **H. W. Fischer, C. E. Lischer** et **L. T. Bgars.** L'hermaphroditisme vrai (10). — **R. A. Wise** et **G. F. Asbury.** Neurinomes malins des nerfs périphériques (11). — **Ll. B. Burk Jr.** et **R. P. Hill.** Cystadénome papillaire du pancréas; un cas (12). — **H. H. Janes** et **M. C. Taddeo.** Léiomyosarcome du jéjunum; histoire de 17 ans, simulant l'ulcère duodénal chronique (13). — **B. Sherwin** et **A. A. Messe.** Pneumatose kystique de l'intestin (14). — **W. R. Deaton Jr.** et **E. E. Pautler Jr.** Kyste épithélial de l'estomac; un cas (15). — **J. V. Comer.** Fistule sigmoïdo-vésicale tuberculeuse; un cas (16).

[15] **The Surgical Clinics of North-America,** vol. 32, n° 5, Octobre 1952. — **D. C. Sabiston Jr.** et **A. Blalock.** Chirurgie de la cardiopathie congénitale accompagnée de cyanose (1). — **H. W. Scott.** Chirurgie du canal artériel ouvert dans l'enfance (2). — **H. T. Bahnson.** Coarctation de l'aorte et anomalies de la crosse de l'aorte (3). — **M. T. Edgerton.** Chirurgie plastique des anomalies congénitales associées au *spina bifida* et au *cranium bifidum* (4). — **A. Bachs** et **A. Earl Walker.** Clinique chirurgicale de l'hydrocéphalie (5). — **F. J. Otenasek.** Tumeurs cérébrales dans l'enfance (6). — **H. J. Jewett.** Diagnostic et conduite à tenir en présence des obstructions du tractus urinaire chez les enfants (7). — **D. C. McGoon.** Tératomes du cou (8). — **M. M. Ravitch** et **J. C. Handelsman.** Lésions des parois thoraciques chez les enfants et les tout-petits : déformations et tumeurs de la cage thoracique, anomalies du diaphragme (9). — **F. M. Covert** et **G. V. Brindley.** Carcinome de l'estomac (10). — **J. Powell** et **R. R. White.** Situation de la gastrectomie dans l'ulcère duodénal chronique (11). — **T. Speed.** Obstruction mécanique de l'intestin grêle (12). — **P. M. Ramey** et **K. S. Tabb.** Lésions de l'intestin grêle (13). — **R. R. White.** Choix de l'intervention dans l'obstruction aiguë maligne du côlon (14). — **G. V. Brindley** et **J. F. McKenney Jr.** Carcinome rectal et recto-sigmoïdien : traitement chirurgical (15). — **G. W. Brindley** et **J. S. Rice Jr.** Tumeurs malignes primaires multiples du gros intestin (16). — **A. C. Broders Sr., Ch. Phillips** et **J. C. Stinson.** Néoplasmes du gros intestin (17). — **Ch. H. Gillespie.** Considérations sur l'anesthésie en chirurgie gastro-intestinale (18).

[16] **The Journal of the International College of Surgeons** (CHICAGO), vol. 18, n° 3, Septembre 1952. — **A. J. Mendillo, R. M. Lowman, L. L. Waters** et **H. W. Stanley.** Kystes chyleux mésentériques (1). — **B. M. Soderberg.** Soins immédiats et tardifs dans les blessures traumatiques maxillo-faciales; observations; chirurgie plastique chez les blessés de Corée (2). — **E. L. Jewett, F. H. Albee Jr.,** et **F. D. Stanford.** Traitement de toutes les fractures du col fémoral et de la région trochantérienne à l'aide d'un clou à pans, original d'une pièce (3). — **C. J. Hunt.** Obstruction aiguë de l'intestin grêle (4). — **J. A. Hepp.** Endométriose (5). — **P. Nicely.** Symptômes urologiques soulagés par correction posturale (6). — **F. Rothbard** et **M. J. Steinberg.** Diagnostic pré-opératoire des inflammations gazeuses dans l' « abdomen aigu » (7). — **U. Borghetti** et **G. Pozzi.** Anévrysme de l'artère iliaque primitive (8). — **R. Weyl, Weichi-Liu** et **E. Lipp.** Évaluation de l'inutilité du séconal sodique intra-veineux dans l'anesthésie (9). — **W. A. Campbell.** Arrêt du cœur (10). — **E. K. Lewis.** Os accessoires et anomalies souvent prises à tort pour des fractures (11). — **L. S. Mann.** Bursite sous-deltoïdienne traitée par les rayons X (12).

[17] **Archives of Surgery** (CHICAGO), vol. 65, n° 4, Octobre 1952. — **E. C. Weckesser, J. F. Lindsay Jr.** et **F. A. Cebul.** La plicature de l'intestin pour l'occlusion par adhérences; opération de Noble (1). — **H. B. Shumacker Jr.** et **H. King.** Études spléniques (2). — **R. R. Margulis** et **B. E. Brush.** L'emploi de la fibrinolysine dans les complications chirurgicales (3). — **A. Large.** L'effet de l'anastomose directe de la voie biliaire commune au duodénum (4). — **P. F. Partington.** Pancréatite chronique traitée par anastomose jéjunale type Roux au tractus biliaire (5). — **F. E. Stinchfield** et **W. A. Sinton.** Les critères pour la fusion spinale avec emploi de la greffe osseuse en H, après ablation discale (6). — **M. Musselman, W. W. Glas** et **T. D. Grekin.** Embolie graisseuse (7). — **W. C. Beck** et **D. S. Motsay.** Éventration du diaphragme (8). — **W. C. Gardner, J. B. Hartzell** et **W. M. Tuttle.** Technique simplifiée pour le traitement de la hernie du hiatus œsophagien (9). — **J. M. Dorsey** et **A. McKinnon.** Le traitement chirurgical du goitre intra-thoracique par la voie d'approche trans-sternale (10). — **H. E. Snyder, C. D. Snyder** et **L. D. Bunch.** L'excrétion urinaire des électrolytes et de l'eau, avant, pendant et après l'acte chirurgical (11). — **F. Jolly Lewis, M. P. Reiser, R. H. Egdahl** et **K. T. Chung.** L'efficacité thérapeutique du rein artificiel (12). — **F. M. Owens Jr.** La ligature de la veine cave dans la maladie thrombo-embolique (13). — **C. T. Surington** et **A. F. Jonas Jr.** Veinographie intra-abdominale après ligature de la veine cave inférieure (14). — **W. S. Coxe, H. B. Shumacker Jr** et **L. W. Freeman.** La pléthysmographie dans l'étude de la circulation périphérique (15). — **O. C. Julian, W. S. Dye Jr., L. A. Baker** et **M. S. Sadove.** Le traitement chirurgical de la sténose mitrale (16). — **W. A. Altemeier, R. Coith, R. Sherman, A. Logan** et **A. Tytell.** Immunisation toxoïdique de la gangrène gazeuse (17). — **J. Rabinovitch, S. Trinidad, B. Pines** et **D. Gragzel.** Tumeurs rétro-péritonéales (18).

[18] **Surgery, Gynecology and Obstetrics** (CHICAGO), vol. 95, n° 5, Novembre 1952. — **J. V. Bamajian.** La distribution des valvules des veines fémorales, iliaques externes et iliaques primitives. Leurs relations avec les veines variqueuses (1). — **H. Yagi.** Traitement du cancinome du col (2). — **Th. Cmoore** et **J. S. Battersby.** Dédoublements congénitaux de l'intestin grêle (3). — **R. Spencer.** Occlusion intestinale chez le nouveau-né avec anomalie du développement de l'intestin moyen et de son mésentère; 3 observations (4). — **E. A. Lawrence.** Carcinome sur les cicatrices des brûlures thermiques compte tenu spécialement de l'influence de l'âge et de la période latente (5). — **C. D. Creevy** et **M. P. Re**

ser. Observations sur l'absorption des constituants urinaires après urétéro-sigmoïdostomie : importance de la lésion rénale (6). — **E. R. Jennings, A. R. Mansberger, E. P. Smith** et **J. H. Yeager.** Une nouvelle technique de la suture tendineuse primaire (7). — **G. E. Lindskog** et **W. L. Felton.** Le thorax en entonnoir; 8 cas avec correction chirurgicale (8). — **W. E. Stern** et **E. Boldrey.** Collections purulentes subdurales (9). — **R. E. Gross** et **C. C. Ferguson.** La chirurgie chez les prématurés; 159 observations (10). [18]

Western Journal of Surgery Obstetrics and Gynecology (Portland, Oregon), vol. 60, n° 10, Octobre 1952. — **A. R. Kilgore.** Standards de précautions contre l'oubli d'éponges et d'instruments chez les malades chirurgicaux (1). — **E. G. Clausen.** Concept récent du mégacôlon (2). — **C. Mathewson.** L'indication de la pancréatico-duodénectomie (3). **Cl. E. Stafford** et **H. C. Prout.** L'ulcère gastrique. Le problème d'une lésion bénigne ou maligne (4). — **F. E. Stock.** L'anastomose porto-cave dans le traitement de la cirrhose du foie (5). — **M. E. Conway.** Mélanomes malins et nævi pigmentés (6). — **A. H. Kegel.** Fonctions sexuelles du muscle pubo-coccygien (7). [19]

Trabajos y Memorias de la Sociedad Nacional de Cirurgia (La Havane, Cuba), an. 6, n° 1, 1952. — **J. W. Maliniac.** Inter-relations entre la chirurgie plastique et les autres spécialités (1). — **A. Rodriguez Dias.** Le traitement chirurgical de l'hypertension portale (2). — **J. Ocejo.** Le traitement de la hernie crurale étranglée (3). — **J. C. Gros.** Les séquelles auriculaires dans les traumatismes crâniens (4). — **E. Marrero.** Les troubles fonctionnels dans les traumatismes crâniens (5). — **L. F. Hirzel.** La herniorraphie inguinale (6). — **A. Gonzalez Garcia.** Fracture isolée du sacrum (7). — **C. Perez Abreu** et **R. Moerles Coello.** Rupture spontanée d'une rate apparemment normale (8). [20]

The Australian and New Zealand Journal of Surgery (Melbourne), vol. 22, fasc. 2, Novembre 1952. — **E. E. Dunlop.** La chirurgie du laryngo-pharynx et de l'œsophage cervical (1). — **E. S. J. King.** Cholécystite glandulaire; sinus de Rokitansky-Luschka-Aschoff et états apparentés (2). — **N. Johnson.** Maladie de Paget du mamelon (3). — **D. Robb.** Fistule congénitale trachéo-œsophagienne sans atrésie mais avec large diverticule œsophagien (4). — **J. H. W. Birzell.** Tumeurs du corpuscule carotidien (5). — **D. M. Mc Laren.** Fibro-adénome géant du sein (6). — **J. T. Hueston.** Extrusion d'un kyste hydatique intact du foie (7). — **C. S. Barbour** et **R. D. Corman.** Grossesse abdominale primitive (8). [21]

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

Archives Françaises de Pédiatrie (Paris), t. 9, n° 9, 1952. — **Nguyen-Huu** et **G. Cazes.** L'ectocardie thoracique avec fissure sternale (1). — [*Société*]. **F. Lepage, P. P. Petit, M. Bœswillwald** et **Schramm.** Un cas de kyste de l'ovaire opéré chez un nouveau-né de 3 jours; guérison (2). — **A. Buisine** et **G. Raux.** Dystrophie polyépiphysaire avec nanisme (3). [22]

Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires (Paris), an. 19, n° 10, Octobre 1952. **F. Coste, M. Bourel** et **A. Siboulet.** Rôle de certains ultra-germes dans les affections rhumatismales spondylarthrite ankylosante et chlamydozoacées (1). — **A. Robecchi** et **G. Filogamo.** Sur quelques mécanismes pathogéniques de la périarthrite de l'épaule (2). — **G. Vignon, Cl. Bocca** et **M. Roche.** Résultats du traitement de 150 sciatiques par les tractions sur table de vertébrothérapie (3). — [*Ligue*]. **L. Leger** et **R. Ducroquet.** Évolution vers la guérison d'une localisation fémorale de granulome éosinophile (4). — **P. Louyot.** Fracture de l'ischion apparue sur un bassin pagétique (5). — **M. Desse, Le Moal Moello** et **Kernec.** Persistance des canaux de Hahn et algies dorsales (6). — **Ch. Pellet.** Arthralgies sacro-iliaques et ostéochondrite pubienne chez la femme (7). — **P. Ordonneau** et **A. Djian.** Fracture d'un uncus, intérêt de la radiographie agrandie (8). [23]

Acta Orthopædica Belgica (Bruxelles), vol. 18, fasc. 7, Novembre 1952. — **J. Delchef** et **A. Walch.** La luxation congénitale de la hanche (1). — **G. Huc** et **A. Tequi.** Fractures du listel marginal des corps vertébraux (2). — **J. Verbrugge** et **G. Desenfans.** Sur un cas de tumeur des os longs (3). — **G. Desenfans.** Un cas de décollement de la tête fémorale (4). — **G. Desenfans** et **H. Evrard.** Le traitement chirurgical des fractures du cou-de-pied (5). [24]

Acta Pediatrica Espanola (Madrid), an. 10, n° 118, Octobre 1952. **J. L. de la Mano Marcos.** Les uropathies de l'enfance; divers cas cliniques (1). — **Megias Velasco.** Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des tuberculoses ouvertes de l'enfance (2). — **C. Elordi.** Un cas d'hypertrophie thymique (3). — **A. Garcia Montes.** Jumeaux thoracopages (4). **J. Picanol.** Les hémorragies dans l'ectopie gastrique partielle du petit enfant (5). [25]

Archives of Diseases in Childhood (Londres), vol. 27, n° 135, Octobre 1952. — **W. H. P. Cant** et **R. Astley.** Lipome du corps calleux (1). — **B. Laurance, A. C. Cunliffe** et **J. A. Dudgeon.** Vaccine gangréneuse (2). — **J. D. Whiteside** et **J. A. Cholmeley.** La maladie de Morquio (3). [26]

La Pédiatria (Naples), an. 60, fasc. 9-10, 1952. — **L. Parenzan.** Étude clinique radiologique et histologique de la dyschondroplasie (1). — **M. Lato** et **A. Contessa.** Un cas d'exostoses multiples cartilagineuses ou chondrodysplasie héréditaire déformante (2). [27]

Minerva Pediatrica (Turin), an. 4, n° 17, 15 Septembre 1952. — **G. Zunin.** Un cas de leucémie aiguë infantile à début pseudo-appendiculaire (1). [28]
N° 19, 15 Octobre. — **M. Genesi.** Considérations sur les abcès intra-crâniens avec cardiopathie congénitale (Abcès cérébelleux à flore mixte avec tétralogie de Fallot) (2).

[29] **American Journal of Diseases of Children** (CHICAGO), vol. 84, n° 4, Octobre 1952. — **E. K. Johnson** et **J. L. Mangiardi.** Hernie diaphragmatique chez le nouveau-né (1). — **L. A. St John** et **H. Tamoney.** Obstruction partielle de l'intestin causée par un septum intra-duodénal (2).

[30] **Archivos de Pediatria del Uruguay** (MONTEVIDEO), an. 23, n° 10, Octobre 1952. — **V. Knaibl.** Considérations sur les brûlures chez les enfants (1).

Gynécologie.

[31] **Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique** (PARIS), an. 47, n° 7-8, Juillet-Août 1952. — **Bret, Duperrat** et **Cavagna.** Kystes périnéo-vulvaires épidermoïdes (1). — **J. P. Isaac** et **Th. A. Wurch.** Une nouvelle technique de coloration différente des frottis vaginaux (2). - **C. Roman.** Les éléments du pronostic dans la conservation ovarienne (3). — **R. Michel.** Un cas curieux de fibrome pédiculé de l'ovaire (4).

[32] **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (STUTTGART), an. 12, fasc. 11, Novembre 1952. — **H. Hubert.** La signification de la multiplicité tumorale primaire dans le cadre de la surveillance ultérieure des malades (1) . — **H. Riehm** et **P. Stoll.** Carcinome du corps après traitement folliculinique de 17 ans (2). — **H. Burger.** Y a-t-il des lésions dans la salpingographie pratiquée au moyen de substances de contraste hydrosolubles et visqueuses? (3). — **J. Breitner.** Traitement de la tuberculose des annexes avec la streptomycine (4).

[33] **La Clinica Ostetrica e Ginecologia** (ROME), vol. 54, n° 5, Octobre 1952. — **D. Rossi.** Grossesses intra et extra-utérine en même temps (1). — **G. Nicora** et **A. Sanna.** Septicémie au pseudomonas pyocyanea au 5e mois de la grossesse avec avortement. Germes retrouvés dans le fœtus et dans le liquide amniotique (2).

[34] **Minerva-Ginecologica** (TURIN), an. 4, n° 15, 15 Novembre 1952. — **P. Quaini.** La section transversale des muscles droits de l'abdomen à leur insertion pubienne; abréviation technique utile dans la laparotomie gynécologique (1). — **G. Ferraris** et **G. Massone.** Recherche nouvelle pour mettre en évidence la présence de tissu chorial (2). — **P. Salvi.** L'action de la parahydroxypropiophénone sur quelques formes d'hypertension artérielle (3). — **C. Andreoli.** Le mécanisme pathogénique de la métropathie hémorragique disfonctionnelle considéré dans le but d'une thérapeutique plurihormonale fonctionnelle (4). — **D. Bronzini.** Les tumeurs du ligament rond (5).

[35] **Annales Chirurgiæ et Gynecologiæ Fenniæ**, vol. 41, fasc. 3, 1952. — **Y. K. J. Grönqvist, Th. H. Seldon** et **A. Faulconer Jr.** L'anoxie cérébrale au cours de l'anesthésie (1). — **O. Kinnunen.** Y a-t-il réellement un myome contractile (2). — **H. Zilliacus.** Héparine et Dicoumarol dans la dysménorrhée sévère (3). — **M. Antila.** Septum transversal du vagin, obstacle à l'accouchement (4). — **P. Lievonen.** Anévrysme développé à la fois sur la sous-clavière et la carotide primitive (5).

[36] **American Journal of Obstetrics and Gynecology** (SAINT-LOUIS), vol. 64, n° 4, Octobre 1952. — **T. N. A. Jeffcoate** et **H. Roberts.** Sur l'incontinence d'urine d'effort (1). — **L. E. Phaneuf.** Inversion du vagin et prolapsus du col après hystérectomie sus-cervicale et inversion du vagin consécutive à l'hystérectomie totale (2). — **C. T. Javert.** La diffusion de l'endomètre bénin et malin dans le système lymphatique, avec note sur l'envahissement vasculaire coexistant (3). — **A. T. Hertig** et **P. A. Younge.** Qu'est le cancer *in situ* du col utérin? Est-ce la forme pré-invasive du carcinome vrai? (4). — **J. L. McKelvey.** Le carcinome *in situ* du col; considération générale (5). — **B. Carter, K. Cuyler, W. L. Thomas, R. Creadick** et **R. Alter.** Les méthodes de traitement du carcinome *in situ* du col (6). — **R. R. Greene.** Les origines diverses des tumeurs de Brenner (7). — **J. B. Graham** et **J. V. Meigs.** La détection précoce du cancer du col utérin récidivant par le frottis vaginal (8). — **J. A. Hepp** et **E. F. Boyd.** La cure d'une volumineuse rectocèle; observation sur la technique de Dannreuther (9). — **J. H. Boyd.** Carcinome de l'ovaire subclinique (10). — **F. K. Engelhart.** Carcinome de la vulve, un cas à 24 ans (11). — **D. K. Kushner** et **Rosenbaum.** Torsion de la trompe, complication de la grossesse (12).

[37] **Obstetricia y Ginecologia Latino-Americanas**, an. 10, n° 7, Juillet 1952. - - **H. L. Guixa.** Hémorragies intra-péritonéales d'origine folliculaire ou lutéinique (1).
N° 8, Août 1952. — **A. de Aquino Salles.** Microcarcinome cervical (2). — **A. Foix.** Étude de l'endomètre normal post-ménopausique (3).

Appareil génito-urinaire.

[38] **Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale** (PARIS), t. 58, n° 7-8, 1952. — **A. Dufour** et **P. Sesboué.** L'uretère rétro-cave (1). — **R. Couvelaire** et **J. Leca.** Sur la signification des calculs rénaux et sur leur cause basse uréthro-cervico-vésicale (2). — **R. Couvelaire** et **P. Hatton.** De l'influence du rachis tuberculeux sur l'uretère (3). — **G. S. F. Mooy.** Les « hypernéphromes » sont des tumeurs mixtes (4).

[39] **Urologia** (TRÉVISE), an. 19, fasc. 4, 20 Août 1952. — **A. Trevisini.** Le tableau clinique du bassinet postérieur (1). — **P. Capacci.** Importance pratique de l'artériographie du rein tuberculeux (2). - - **S. Fantoni.** Survie et pronostic opératoire des tumeurs rénales (3). — **E. Bidone.** Contribution à l'étude du carcinome à cellules squameuses du bassinet rénal (4). **V. Scrufari.** Calcul uréthral géant et coxite droite tuberculeuse (5).
Fasc. 5, 20 Octobre. — **J. Hamburger.** Données nouvelles sur la physiopathologie et le traitement de l'anurie (6). — **A. Trevesini.** Modifications et résultats de la prostatectomie retropubienne (7). — **S. Petkovic.** La vésicoplastie dans la cure de la vessie rétractée (8).

— **L. Delzotto.** Hyperplasie de la prostate et hernie inguinale (9). — **S. Godena.** Sur un cas de rupture d'un rein hydronéphrotique congénital (10). — **V. Scrufari.** L'énervation simultanée de la vessie et de l'urèthre postérieur dans les cystites rebelles (11). [39]

The Journal of Urology (Baltimore), vol. 68, n° 5, Novembre 1952. — **E. F. Poutasse** et **E. P. Mc Cullagh.** Le syndrome de Cushing (1). — **C. W. Vermeulen, C. R. Helsby** et **R. Goetz.** Lithiase urinaire expérimentale (2). — **R. J. Spillane** et **G. C. Prather.** Éventration diaphragmatique droite avec déplacement du rein (3). — **P. E. Huth.** Un type inhabituel de rein traumatique (4). — **R. J. Spillane, J. A. Singiser** et **G. C. Prather.** Fibromyxolipome du rein (5). — **T. L. Saxe.** Néoplasmes bénins primaires de l'uretère associés à un calcul urétéral (6). — **H. M. Constantian** et **L. M. Felton.** Séparation de l'urèthre et de la vessie consécutive à une fracture du pelvis (7). — **M. Rabadan Marina.** Technique de la cysto-prostato-vésiculectomie en un temps (8). — **M. M. Mayers.** Tumeurs des cellules interstitielles du testicule (9). — **O. S. Culp, J. Barron** et **J. K. Ormond.** Diagnostic de la thrombose veineuse et prévention de l'embolie pulmonaire (10). — **H. R. Trattner.** Suspension balancée pour rendre plus commode l'instrumentation endoscopique (11). [40]

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Les Annales d'Oto-Laryngologie (Paris), t. 69, n° 7, 1952. — **L. Fruhling** et **Ch. Wild.** Données anatomo-pathologiques et statistiques, nécropsiques et biopsiques concernant les tumeurs malignes de l'œsophage (1). — **M. Ezio.** Le cancer du lobe moyen (2). [41]

N° 8-9. — **F. Baclesse.** Les cancers du sinus maxillaire, de l'ethmoïde et des fosses nasales (3). — **Piquet, Driessens** et **Clay.** Le granulome malin de la face. Inflammation ou néoplasie ulcéreuse ? (4). — **G. F. Greiner, F. Isch, F. Rohmer** et **D. Philippides.** Neurinomes de l'acoustique et surdités atypiques (5). — [*Sociétés*]. **L. Maotti.** Fibrocytome du maxillaire supérieur (6). — **P. C. Huet.** Laryngo-pharyngectomie totale (7). — **P. C. Huet.** Six tumeurs parapharyngées (8). — **P. C. Huet, J. Labayle** et **F. Roth.** Chirurgie exsangue dans les opérations d'exérèse pour tumeurs des régions cervicale et faciale avec anesthésies générale et locale (9). — **P. Barbier** et **Ch. Laville.** Pour l'étude expérimentale de l'anesthésie au pentiobarbital pentamethonium (10). — **Ch. Wild** et **Heimendinger.** Deux cas de sarcome de la bouche de diagnostic difficile (11). — **P. Coussieu.** Un cas rare de malformation linguo-palatine (12). — **E. Grimaud** et **P. Courtet.** Diverticule pharyngo-œsophagien d'origine traumatique (13). — **Mordret** et **Pailler.** Histoire de deux fractures du crâne méconnues (14).

Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie (Bordeaux), an. 73, n° 9-10, Septembre-Octobre 1952. — **J. Terracol** et **L. Gesp.** Les kystes sero-muqueux ou mucoïdes du seuil urinaire (1). — **A. P. Lachapele, J. Humbert** et **Chupin.** De la tomographie dans la visualisation du trou déchiré postérieur et du trou condylien antérieur (2). — **M. Seguinard.** Les métastases des épithéliomas du massif facial supérieur (3). — **J. L. Robin** et **Cambin.** Lympho-épithéliome cervical (4). [42]

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie (Stuttgart), an. 31, fasc. 9, Septembre 1952. — **W. Albrecht.** Doit-on considérer le cholestéatome de l'oreille moyenne comme une tumeur ? (1). [43]

Fasc. 11, Novembre. — **G. Theissing.** Contribution au traitement opératoire de l'atrésie cicatricielle de l'œsophage (2).

Appareil digestif.

Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition (Paris), t. 41, n° 9-10, Septembre-Octobre 1952. — **A. Bergeret, G. Albot, G. Berthet** et **J. Hermant.** L'hypertension portale d'origine biliaire (1). — **M. Ségal, S. Ségal** et **Ch. Debray.** Technique nouvelle d'opacification du grêle par intubation duodénale avec obturation du pylore (2). — **R. Dupérié, J. J. Dubarry, G. Mayer** et **Mlle Couteau.** Un cas d'insulinome malin (3). — **C. Auguste.** Guérison d'un rétrécissement œsophagien d'origine caustique à la suite d'une gastrectomie (4). — **Savignac, d'Allaines** et **Porcher.** Un diagnostic infaisable : gros schwannome gastrique invaginé dans l'intestin grêle (5). [44]

Revue de Stomatologie (Paris), t. 53, n° 8, 1952. — [*Sociétés*]. **G. Ginestet** et **P. Ouary.** Kyste du maxillaire inférieur traité par greffe osseuse (1). — **M. G. Carlier, Mlle Cornillot** et **M. Verhaeghe.** Quatre observations de kystes congénitaux du cou méconnus; diagnostic par l'examen cytologique (2). [45]

Revista Espanola de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutricion (Madrid), t. 11, n° 4, Juillet-Août 1952. — **J. Soler Roig.** Sympathomes abdominaux (1). — **F. A. Pinos Marsell, J. Figuerola Duran** et **J. Monserrat Font.** Valeur relative des réactions de Weinberg et de Casoni (2). — **F. J. d'Allaines.** Sur une image radiologique anormale du tube digestif (3). — **A. Gomez Fernandez de la Cruz.** Prolapsus transpylorique de la muqueuse gastrique (4). — **J. Pi Figueras.** L'évolution de la chirurgie abdominale dans les 35 dernières années (5). [46]

Revista Brasileira de Gastroenterologia (Rio de Janeiro), vol. 4, n° 4, Juillet-Août 1952. — **J. Avelino de Freitas.** L'unité du système lymphoïde en proctologie (1). — **H. Fragoso.** Atrésie congénitale de l'anus et mégacôlon (2). — **A. Bernacchi.** Infection lymphogranulomateuse compliquant les hémorroïdes ou post-opératoire (3). [47]

Appareil respiratoire.

Revue de la Tuberculose (Paris), t. 16, n° 9, 1952. — **P. Le Foyer, A. Garnier** et **P. Moriceau.** Résultats éloignés de 282 pneumothorax extra-pleuraux (1). [48]

Journa Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques (PARIS), t. 6, n° 5, 1952. — **G. Cordier** et **Nguyen Huu.** Les gaines vasculaires des pédicules pulmonaires; leur intérêt anatomo-chirurgical (1). — [*Société*]. **J. Delarue, Depierre, Daumet, Paillas** et **Pointillart.** Suppuration pulmonaire entretenue 26 ans par corps étranger (2). — **Corajod** et **J. Bérard.** Hamartochondrome évoluant depuis 15 ans; exérèse (3). — **J. Bérard, Ode, Moulin** et **Barrachin.** La tuberculisation des abcès du poumon opérés (4). — **J. Le Melletier, P. Daumet** et **J. Paillas.** Épistome; épithélioma bronchique à stroma remanié et tuberculose bronchique intriqués (5). — **Brille** et **Hatzfeld.** Étude fonctionnelle d'une tumeur bronchique; avant et après exérèse (6). — **Gernez-Rieux** et **A. Gérard.** Bactériologie des suppurations des muqueuses respiratoires (7).

[50] **Der Tuberkulosearzt** (AUGSBOURG), an. 6, n° 11, Novembre 1952. — **E. Derra.** La résection pulmonaire chez les tuberculeux (1). — **R. Hoppe.** Les hémorragies après pneumolyse (2).

[51] **La Chirurgia Toracica** (ROME), an. 5, n° 3, Juin 1952. — **N. Di Paola.** La thoracoplastie (1). — **P. Albruzzini.** Le pneumothorax extra-pleural chirurgical (2). — **G. Chidichimo.** Plastie musculaire pour éviter la réexpansion du sommet après thoracoplastie avec apiculyse (3). — **G. Chidichimo.** Les complications précoces de la pneumolyse intra-pleurale (4).

N° 4, Août. — **M. A. Chiechi.** Agénésie lobaire du poumon (5). — **N. Del Bello** et **F. Borrelli.** Rapports entre pneumonectomie et zone réflexogène sino-glomo-carotidienne (6).

[52] **Giornale Italiano della Tubercolosi** (MILAN), vol. 6,, n° 4, Juillet-Août 1952. — **A. P. Naeff.** Diagnostic et indications opératoires principales en chirurgie pulmonaire (1). — **U. Agostini** et **G. Ballarin.** Sur quelques précautions techniques à prendre dans la pratique de la thoracoplastie avec apicolyse (2).

N° 5, Septembre-Octobre. — **A. Morgana** et **C. Zucconi.** La bronchectasie dans la tuberculose pulmonaire comme suite de la thoracoplastie. Étude stratigraphique et bronchoscopique (3). — **A. Mastro-Paolo.** Sarcome du médiastin et syndrome thyréotoxique associés à une tuberculose pulmonaire excavée (4).

[53] **Acta Tuberculosea Scandinavica** (COPENHAGUE), vol. 27, fasc. 1-2, 1952. — **J. K. Kraan.** La résection dans la tuberculose pulmonaire (1). — **L. van der Drift.** L'effet de la résection pulmonaire segmentaire sur la fonction pulmonaire (2). — **P. Rudstrôm** et **E. Hedvall.** Pneumolyse ouverte dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (3). — **F. Hagn-Meincke** et **E. J. Nielsen.** Éventration diaphragmatique (4). — **Nils Tolagen** et **A. Björklund.** Pneumothorax extra-pleural (5).

[54] **The American Review of Tuberulosis** (NEW-YORK), vol. 66, n° 4, Octobre 1952. — **J. D. Murphy, I. J. Amrheim, F. P. Ilasi, B. Bagby** et **W. S. Schwartz.** La prévention des difformités consécutives à la thoracoplastie (1).

N° 5, Novembre. — **W. H. Kastl** et **L. F. Knoepp.** Drainage fermé et thoracoplastie dans le traitement de l'empyème tuberculeux (2). — **W. Weisel** et **J. D. Conway.** Kystes intra-thoraciques après oléothorax (3). — **C. J. Kaufman, G. F. Herben, D. A. Mulvihill, J. J. V. Comer** et **B. Barshay.** Pneumectomie et streptomycine dans un cas de tuberculose aiguë streptomycino-résistante. Une observation (4).

[55] **The Journal of Thoracic Surgery** (SAINT-LOUIS), vol. 24, n° 5, Novembre 1952. — **E. E. Rockey.** Le soin des plaies thoraciques et thoraco-abdominales dans la zone de combat en Corée (1). — **A. R. Valle.** Le traitement des plaies de guerre de poitrine (2). — **E. Q. Swift, J. H. Grindlay** et **O. Theron Clagett.** La réparation des pertes de substance de la trachée avec du fascia ou du réseau de tantale (3). — **J. K. Berman, P. S. Test** et **B. A. Mc Art.** Fistule œso-phago-bronchique congénitale chez un adulte (4). — **H. E. Bolton, R. Maniglia** et **F. C. Massey.** Embolie calcique complication de la commissurotomie de la valvule mitrale (5). — **W. O. Kelley** et **D. V. Pecora.** La résection dans la tuberculose pulmonaire (6). — **J. D. Thorburn, H. B. Stephens** et **O. F. Grimes.** Thymome bénin du hile pulmonaire (7).

Appareil circulatoire.

[56] **Archives des Maladies du cœur et des vaisseaux** (PARIS), an. 45, n° 10, Octobre 1952. — **E. Donzelot, M. Le Bars, Y. Castel** et **R. Husson.** Péricardite aiguë au cours de septicémie *post-abortum* (à propos de trois observations) (1).

[57] **Zeitschrift für Kreislaufforschung** (DARMSTADT), vol. 41, fasc. 21, 22 Novembre 1952. — **H. Thoenies** et **P. Scheid.** Anévrysme artério-veineux du poumon (1). — **H. Schlegel.** Contribution clinique à la connaissance du syndrome épaule-main (2).

[58] **Angiologia** (BARCELONE), vol. 4, n° 6, Novembre-Décembre 1952. — **A. Albanese** et **A. A. Lazzarini.** Anastomoses vasculaires termino-terminales en raquette (1). — **T. Clivio Durante.** Jambe trophique veineuse (2).

Système nerveux.

[59] **Revue Neurologique** (PARIS), t. 86, n° 6 *bis*, 1er Semestre 1952. — **Guy Laroche.** La pathologie osseuse dans l'œuvre de Pierre Marie (1).

T. 87, n° 2, 2e Semestre 1952. — **F. Rohmer, Y. Gastaut** et **M. B. Dell.** L'électroencéphalogramme dans la pathologie vasculaire du cerveau (2).

[60] **Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie** (PARIS), t. 24, n° 6, Août-Septembre 1952. — [*Sociétés*] Cl Gros, Cazaban et Enjalbert. Tumeurs juxtasellaires à manifestations hallucinatoires complexes (1). — **J. Euzière, P. Pagès, R. Lafon, S. Cabanettes** et **R. Labauge.** Hyperostose du canalicule optique extériorisée par une stase papillaire unilatérale et symptomatique d'une hyperostose frontale interne (2). — **J. A. Barré** et **F. Isch.** Étude clinique

d'un cas de chordome de la base du crâne (3). — Cl. Gros et R. Cazaban. Atrophie optique bilatérale et ostéome du sinus sphénoïdal (4). — M. G. F. Greiner. A propos d'un cas de traumatisme de l'orbite ayant provoqué une dysréflexie vestibulaire croisée et une amnésie rétrograde (5). — H. Roger, N. Carrega et C. Raybaud. Paralysie unilatérale des quatre derniers nerfs crâniens et du sympathique cervical (syndrome de Villaret) par phlegmon périamygdalien. Paralysie de l'œsophage (6). [60]

Rivista di Neurologia (Bologne), vol. 22, fasc. 3, Mai-Juin 1952. B. Guidetti. Les méningiomes de l'aile du sphénoïde (1). [61]

Anatomie Pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

Annales d'Endocrinologie (Paris), an. 13, n° 3, 1952. [*Sociétés*]. J. Boute, A. Fanard et J. Limage. Bilans hormonaux avant et après castration chirurgicale dans un cas de pseudo-hermaphrodisme mâle (1). [62]

N° 4. — P. Desclaux, A. Soulairac et Chaneac. Modifications thyroïdiennes par implantations locales de fragments basophiles d'hypophyses d'animaux normaux et thyréoprives (2). — X. Abely et P. Borenstein. Acromégalies et fonctions endocriniennes (3).

Tumori (Milan), an. 38, fasc. 5, 1952. — U. Pallarati. Le cancer du sein. Considérations statistiques et résultats éloignés (1). — A. Domenici. Angio-cavernome du foie de dimensions inhabituelles associé à un kyste hydatique (2). [63]

Radiologie.

Journal de Radiologie d'Électrologie et Archives d'Électricité Médicale (Paris), t. 33, n° 9-10, 1952. — Ch. M. Gros et A. Veillon. La radiothérapie du cancer du corps de l'utérus (1). — G. Tori et Zaffagnini. Résultats à distance et considérations techniques sur la radiothérapie de 85 cas de cancer laryngé (2). — R. J. Weissenbach et P. Pizon. Röntgenthérapie des algies cervico-brachiales dites rhumatismales (3). — A. Nègre. Ossicules supra sternaux (4). — R. Fontaine, P. Warter, Frank, Raber et Stall. Angiomes osseux; 3 cas (5). — P. Cabon et G. Gérard. Deux cas de spasme étagé de l'œsophage (6). — M. Brombart et Segers. Complication rare d'un diverticule de l'œsophage thoracique (7). — A. Morice et A. Daverne. Un mégaduodénum (8). — A. Djourno, J. Guelfi et Roucayrol. Nouvelle application de la haute fréquence; l'extraction de pièces métalliques coincées dans les os longs (9). — [*Sociétés*]. Belot. Fulguration de la verrue plantaire (10). — E. Chérigié et R. Verspyck. Deux cas de sub-occlusion du grêle par ascaridiose (11). — Jaubert de Beaujeu et R. Didier. Estomac entièrement thoracique avec œsophage long chez un enfant de 4 mois (12). [64]

Filiale de l'Est. Weigel. Un cas de pneumopéritoine spontané vu radiologiquement (13). — Watrin, Antoine, Beuret et Mme Tréheux. Les manifestations osseuses de la syphilis (14). — Gros, Sigrist et Speeg. Radiographie de la mamelle tumorale (15). — Gros, Speeg et A. Veillon. Métastase crânienne, premier symptôme de 3 épithéliomas glandulaires (16). — Rousseaux, Midon, Barbier, Lepoire et Jeangeorge. Confrontation des données de l'angiographie cérébrale et de l'électro-encéphalographie dans le diagnostic des tumeurs sus-tentorielles (17). — Rousseaux, Antoine, Midon et Lepoire. La visualisation radiographique des abcès cérébraux chroniques (18). — Sichel, Wild et Witz. Ostéomes des sinus (19).

Fortschritte auf dem Gebiete der Rotgenstrahlen vereinigt mit Rontgenpraxis (Stuttgart), vol. 77, fasc. 5, Novembre 1952. — E. Muntean. Diagnostic précoce du relâchement du segment mobile de la colonne cervicale (1). — H. Weyers. Malformations associées des extrémités du maxillaire et des membres (2). — Kremser. Contribution à la question de la formation des diverticules dans le domaine de l'anse duodénale (3). — H. J. Wichmann. Contribution casuistique à la question de l'ostéomyélite à forme tumorale (4). — K. Frech. Fracture du grand os (5). — H. J. Fiebelkorn. Sur un élément osseux peu connu et inconstant du tarse (6). — G. Brunner et E. Ochs. Un cas rare de luxation coxo-pubienne antérieure (7). [65]

Radiologia Medica (Turin), vol. 38, n° 11, Novembre 1952. G. Melillo. Lésions pulmonaires consécutives à l'irradiation pénétrante du thorax (1). [66]

Acta Radiologica (Stockholm), vol. 38, fasc. 4, Octobre 1952. U. Borell,, I. Fernström, K. Lindblom et A. Westman. Valeur diagnostique de l'artériographie de l'artère iliaque en gynécologie et obstétrique (1). — B. E. W. Nordenström. Altérations pathologiques de l'urèthre chez la femme mises en évidence par un examen radiologique pendant la miction (2). — L. Kjellman. Carcinome primaire de la troisième portion du duodénum (3). — E. Moberg. Suite des observations de « corticalisostéoïdes « ou « ostéome ostéoïde « (4). — J. Thoms. Le décollement épiphysaire cause d'un remodelage anormal de l'os (Formation d'une « zone de transformation ») (5). — J. E. J. Resink. Contribution à la radiologie des articulations sacro-iliaques 6). — P. Hjorth. Le carcinome sur lupus. Possibilités de la radiothérapie (7). [67]

Radiologia Clinica (Bale), vol. 21, n° 6, Octobre 1952. [*Sociétés*]. B. Thommen. Tumeurs de l'intestin grêle (1). — H. R. Renfer. L'ostéite pubienne et son traitement par les rayons X (2). — H. E. Walter. Diagnostic des tumeurs avec de l'iode radio-actif (3). — R. Sarasin. Les invaginations œsophago-gastriques (4). — L. Babaiantz. Les aspects radiologiques de l'œsogastrostomie pour sténoses organiques de l'œsophage et du cardia (Considérations pré-opératoires) (5). [68]

Radiology (Detroit), vol. 59, n° 4, Octobre 1952. — W. H. Mullen Jr. et W. J. Engel. Uretère circumcave (1). — J. M. Parker, P. E. Russo et D. L. Œsterreicher. Recherches sur les [69]

[69] causes du lymphœdème de l'extrémité supérieure après mastectomie radicale (2). — R. W. J. Borron, L. Goldberg et Ch. E. Knowlton. Polype du bulbe duodénal. Une observation (3). — J. A. Evans. Gastro-iléostomie (4).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

[70] **La Presse Médicale** (Paris), an. 60, n° 69, 1er Novembre 1952. — J. Vaysse, J. P. Binet et N. Œconomos. Cœur artificiel et dérivations circulatoires extra-corporéales (1). — P. Pizon. Rœntgenthérapie des épithéliomas du sein (2).

N° 70, 5 Novembre. — P. Moulonguet et R. Decker. Choix du traitement d'un cancer du sein (3). — R. S. Schwab et P. Passouant. Les indications de la thymectomie au cours de la myasthénie (4).

N° 71, 8 Novembre. — Cl. Olivier. La place de la chirurgie dans le traitement des phlébites variqueuses (5). — R. Dupuy. Les traitements et l'avenir des ulcères gastro-duodénaux (6).

N° 72, 12 Novembre. — Léon Binet, F. Bourlière et D. Coullaud. Les variations avec l'âge de la résistance capillaire (7).

N° 73, 15 Novembre. — F. Triboulet et Th. Liokis. On doit et on peut éviter les accidents pleuraux consécutifs aux sections de brides dans les pneumothorax artificiels (8).

N° 74, 19 Novembre. — Chalnot, Grimaud et Gille. Les problèmes chirurgicaux posés par certains corps étrangers bronchiques (9) — Cl. Olivier, H. Welti et N. Arvay. Radio-diagnostic de la pancréatite aiguë (10). — J. Mathey, J. Facquet, P. Alhomme et Mlle J. Combaz. La crosse aortique double incomplète; 2 cas ayant nécessité l'intervention chirurgicale (11). — P. Laumonier et J. Depaulis. Kystes bronchogéniques du médiastin; 4 observations récentes (12). — P. Betoulières, L. J. Picard et Y. Bonnet. Les aspects radiologiques de l'ostéomyélite aiguë traitée par la pénicilline (13). — M. Merlier et H. Cresson. Pneumonectomie élargie systématisée dans le traitement du cancer bronchique (14). — H. L. Rocher. Ostéomyélite diaphysaire primitive post-traumatique de l'humérus ayant simulé histologiquement un ostéosarcome périostique (15). — R. Boron et A. Favre. Technique de reconstruction du pouce (16).

N° 75, 22 Novembre. — J. Ducuing, A. Enjalbert, A. Gédéon et Bruguier. Le traitement chirurgical conservateur de l'artérite des membres inférieurs; sympathectomie; surrénalectomie; résultats d'une série d'interventions portant sur 4 ans (17). — R. Darget, Maye et R. Ballanger. Traitement du cancer de la prostate par l'implantation intra-testiculaire de pellets d'œstrogènes (18).

N° 76, 29 Novembre. — E. Donzelot et H. Kaufmann. Conception générale de l'action de l'héparine sur le milieu sanguin; l'antagonisme héparine-sympathique (19).

[71] **La Semaine des Hôpitaux** (Paris), an. 28, n° 82, 6 Novembre 1952. — F. Coste et S. Brion. Étude anatomo-clinique d'un cas de périthéliosarcome du système nerveux central (1).

N° 83, 10 Novembre. — R. Clément. Chondrodystrophies (2). — R. Clément. Achondroplasie (3). — R. Clément. Maladie de Morquio (4). — R. Clément. Dystrophie polyépiphysaire; dysplasie épiphysaire multiple ou unique (5). — R. Clément, Gerbeaux et Hinzelin. Chondromatoses (6).

N° 84, 14 Novembre. — R. Hickel. Les signes radiologiques morphologiques des tumeurs du rein (7).

N° 85, 18 Novembre. — C. Menegaux, M. Courtois Suffit et H. Lauras. Les torsions isolées du grand épiploon (8). — R. Klein, G. Tardieu et C. de la Riva. Sur l'anastomose jugulo-carotidienne et ses résultats dans le traitement de l'arriération mentale (9). — Nguyen Huu et Vu Thi Thoa. De l'aveuglement pleuro-musculaire étagé comme technique de transformation des thorax ouverts en thorax fermés (10). — P. Jacquenoud et Y. Mercier. Prévention des vomissements post-anesthésiques par les antihistaminiques (11). — H. Finsterer. L'anastomose gastro-duodénale termino-terminale ou termino-latérale après gastrectomie pour ulcère gastrique ou duodénal (12). — R. Aubaniac. Une voie nouvelle d'injection ou de ponction veineuse; la voie sous-claviculaire (veine sous-clavière, tronc brachiocéphalique) (13). — J. M. Bonvallet. La patellectomie dans le traitement des fractures de la rotule (14). — [*Semaine Médicale*]. L. G. Amiot. Les progrès de l'anesthésie intra-veineuse (15). — A. Queinnec. La place de la chirurgie dans le traitement des varices et des ulcères chroniques de jambe (16).

N° 86, 22 Novembre. — I. C. Rubin. La myomectomie en vue de la grossesse; l'hémostase à l'aide d'un tourniquet péricervical (17). — M. P. Delinotte. L'incontinence d'urine orthostatique chez la femme (18). — R. Bourg. Conséquences des hydromètres provoqués sur la fonction ovarienne. Étude expérimentale; considérations cliniques (19). — J. Huguier. Lachirurgie abdomino-pelvienne à deux équipes en gynécologie (20). — M. Deniker. Les tumeurs du ligement large (21).

N° 87, 26 Novembre. — J. P. Jouin, H. Michel-Wolfromm et M. Robey. Des antibiotiques dans les endocervicites après test de la sensibilité des germes *in vitro* (22). — J. Séguy et Mlle Tchiloyan. Kystes non chirurgicaux de l'ovaire (23). — J. Séguy. Des oblitérations bilatérales à la corne utérine décelées par l'hystérographie au lipiodol (24).

N° 88, 30 Novembre. — A. Paraf. Adénomes du rectum et du côlon sigmoïde chez les alcooliques (25).

[72] **Le Bulletin Médical** (Paris), an. 66, n° 21, 1er Novembre 1952. — M. Filippi. Dissociation clinique du syndrome hémorroïdaire (1).

[73] **La Revue du Praticien** (Paris), t. 2, n° 28, 1er Novembre 1952. — J. J. Dubarry et P. Pêne. Physiopathologie et étiologie des grandes hématémèses (1). — Cl. Dubost. Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux (2). — E. Delannoy. La radiologie dans le diagnostic des

grandes hématémèses (3). — **R. Dupuy** et **J. Paolaggi.** Hématémèses cryptogénétiques (4). [73]
N° 29, 11 Novembre. — **Pestel.** Thrombophlébites de veines cérébrales (5).
N° 30, 21 Novembre. — **R. Musset.** Formes cliniques et traitement des vaginites (6).

Ouest Médical (PARIS), an. 5, n° 23, 25 Novembre 1952. — **Ed. Huc.** Une complication ennuyeuse de la prostatectomie par voie rétro-symphysaire (1). — **L. Fromenty.** Bilan actuel de la lobectomie préfrontale (2). — **Lieffring, Corbineau** et **J. Le Bourg.** Sur deux duodéno-pancréatectomies céphaliques (3). [74]

Journal de Médecine de Lyon, an. 33, n° 788, 5 Novembre 1952. — **J. Dechaume, M. Jouvet** et **P. Wertheimer.** Les gliomes juxta-ventriculaires sus-tensoriels (1). [75]
N° 789, 20 Novembre. — **L. Binet** et **M. V. Strumza.** La thérapeutique des arrêts du cœur (2).

La Revue Lyonnaise de Médecine, an. 1, n° 9, Novembre 1952. — **R. Froment** et **J. Gravier.** Apports de l'interrogatoire et de la stéthoscopie aux indications de la commissurotomie mitrale; importance fondamentale (1). [76]

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 70, n° 19, 2 Novembre 1952. — **Delattre** et **Buisine.** Épithélioma primitif du foie chez une fille de 3 ans (1). [77]

Montpellier Médical, an. 95, n° 7, Septembre 1952. — **G. Giraud, P. Bétoulières, H. Latour, G. Carli, J. P. Temple** et **M. Pélissier.** De la mise en évidence directe des adénopathies abdominales profondes de la maladie de Hodgkin et des réticulopathies. Les lésions ganglio-vertébrales de la granulomatose (1). — **G. Giraud, H. Latour, A. Lévy** et **J. P. Temple.** Expression hémolytique d'un cancer gastrique (2). [78]

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, an. 129, n° 11, Novembre 1952. — [*Sociétés*]. **E. Aubertin, J. J. Dubarry, Ch. Dulong de Rosnay, P. Labadie** et **Cabanieu.** Trois cas de tétanos gravissime traités par l'hibernation artificielle; 3 échecs (1). — **J. Despons.** Ostéome du sinus frontal post-traumatique (2). — **Cadenaule, Fournier** et **H. Pouyanne.** Un cas d'astroblastome kystique du vermis cérébelleux; opération; guérison (3). — **Beauvieux, Cadenaule** et **Despons.** Ethmoïdite phlegmoneuse chez un nouveau-né de 5 jours (4). [79]

Toulouse Médical, an. 53, n° 10, Novembre 1952. — **H. Laborit** et **C. Jaulmes.** De l'anesthésie potentialisée à l'hibernation artificielle (1). — **J. Ducuing** et **A. Enjalbert.** Les tendances actuelles de la chirurgie des anévrysmes artériels périphériques (2). [80]

Revue Médicale de Nancy, an. 73, Octobre 1952. — **P. Chalnot.** De la réanimation par le sang et le plasma (1). [81]
Novembre. — **G. Faivre, P. Lamy, Arnoux** et **Mercet.** Un cas de pseudo-truncus arteriosus, diagnostic avec la tétrade de Fallot (2). — **J. Midon, C. Feuillet, R. Thiébaux** et **Gérardin.** Complications chirurgicales de la lobotomie préfrontale (3). — **Cl. Crafoord** et **Benichoux.** Le traitement chirurgical de l'embolie massive de l'artère pulmonaire (4).

Strasbourg Médical, t. 3, n° 10, Octobre 1952. — **M. Klein, R. Fontaine** et **C. Bollack.** Examens cytologiques appliqués au diagnostic des tumeurs (1). — **C. M. Gros** et **A. Veillon.** Le bronchiome malin est en voie de disparition (2). — **J. Warter, R. Vœgtlin** et **J. M. Grappe.** Silicose à forme pseudo-tumorale notée après 30 ans d'empoussiérage (3). [82]

Le Sud Médical et Chirurgical (MARSEILLE), an. 85, n° 2.367, 30 Novembre 1952. — **De Vernejoul.** Réanimation du cœur (1). — **J. Cottalorda** et **J. Bimar.** Étude clinique de l'anesthésie potentialisée en chirurgie gastro-intestinale (2). — **De Vernejoul.** État actuel des recherches expérimentales sur le cœur poumon artificiel (3). — **R. Devin, P. Jaquenoud** et **S. Lacombe.** Les hydrolysats de protéines injectables en chirurgie (4). — **P. Jaquenoud** et **Y. Mercier.** Recherches cliniques sur l'emploi des antihistaminiques dans la prévention des vomissements post-opératoires (5). — **P. Jaquenoud.** Choix d'un curare en vue de l'intubation endotrachéale (6). [83]

Archives de Médecine générale et tropicale (MARSEILLE), an. 29, n° 3, Mai-Juin 1952. — **P. Laval** et **R. Weiller.** Cancer pleuro-pulmonaire chez une malade guérie depuis 10 ans d'un ostéosarcome du bras (1). — **M. Gregoire, P. Laval, H. Métras** et **H. Payan.** Tumeur dysembryoplasique pulmonaire (Hamartome) et pneumonie huileuse (2). [84]

Algérie Médicale (ALGER), an. 56, n° 8, Octobre 1952. — [*Sociétés*]. **Mme Viallet, P. Viallet, Descuns, Chevrot** et **Garre.** Angiographies cérébrales (1). — **Levi Valensi, Ferrero** et **Bardot.** 3 cas d'hémothorax consécutifs au pneumothorax extra-pleural; injections de streptokinase, streptodornase (2). — **R. Bourgeon** et **Pietri.** Communication d'un abcès du foie avec les voies biliaires (3). — **Huguenin, Bourgeon** et **Miniconi.** Tumeur du cæcum d'origine amibienne; exérèse et iléotransversostomie (4). — **J. Houel.** Épistome bronchique (5). — **R. Eisenbeth, Chevrot** et **Medioni.** Brûlures œsophagiennes de position avec reflux gastro-œsophagien (6). — **Chevrot, Eisenbeth** et **Viallet.** Deux nouveaux cas de reflux gastro-œsophagien (7). [85]
N° 9, Novembre. — **A. M. Larmande.** Les complications oculaires de l'artériographie cérébrale (8). — **M. Stefanini.** Un cas de triorchidie vraie (9). — **M. J. Calvo Melendra.** Un cas de kystes hydatiques du cœur et du péricarde (10).

Maroc Médical (CASABLANCA), an. 31, n° 329, Octobre 1952. — **L. Arnaud.** Sur les syndromes de l'hypochondre droit (1). — **H. A. Djebli el Aydondi.** Réticulo-endothéliose osseuse généralisée (2). [86]

Allemagne.

[87] **Deutsches Medizinisches Journal** (BERLIN), an. 3, n° 21-22, 15 Novembre 1952. — **E. Derra** Méthodes modernes de la chirurgie cardiaque (1). — **H. M. Hasse.** Troubles circulatoire périphériques (2). — **K. E. Losse.** Diagnostic et traitement chirurgical des maladies vas culaires périphériques (3). — **L. Zuckschwerdt.** Blessures accidentelles de la colonne vé tébrale et examen de leurs suites (4). — **R. Budniok** et **H. Stoll.** Le traitement des infec tions urinaires; résultats de la Gantrisin d'après 100 cas (5).

[88] **Münchener Medizinische Wochenschrift,** an. 94, n° 48, 28 Novembre 1952. — **W. Herzog** L'ulcère aigu profond du duodenum; un trouble de circulation (1). — **H. Schubert** e **Muller.** Pour l'amélioration de la technique des infusions veineuses en goutte à goutte demeure (2).

[89] **Deutsche Mesizinische Wochenschrift** (STUTTGART), an. 77, n° 45, 7 Novembre 1952. — **Jes serer** et **H. Scholda.** Tableau clinique de l'ostéite pubienne (1). — **P. Patronicolas.** Ch rurgie de la sténose mitrale (2).

N° 47, 21 Novembre. — **W. Stich.** Abcès tardif dans un cas de septicémie ostéomyél tique (3).

N° 48, 28 Novembre. — **H. Jantz.** Pathogénie et traitement de la névrite brachiale (4 — **W. Otto.** Expériences du traitement de plaies superficielles infectées avec une préparatio de culture pure de bacilles d'acide lactique (5).

Autriche.

[90] **Wiener Medizinische Wochenschrift,** an. 102, n° 45, 8 Novembre 1952. — **A. Allaria, Brancifor** et **Zanasi.** Impressions des 50 premiers cas de tuberculose ostéo-articulaire traités p l'hydracide isonicotinique (1). — **L. Schönbauer.** Expertise de l'estomac opéré (2).

N° 47, 22 Novembre. — **E. Zitka.** Cas à évolution mortelle d'actinomycose cervic faciale (3). — **S. Mayr.** L'expertise en chirurgie des accidents (4).

N° 48, 29 Novembre. — **F. Endler.** Le pied contracté secondaire comme suite d'un maladie primitive de la jambe (5).

[91] **Wiener klinische Wochenschrift,** an. 64, n° 42, 17 Octobre 1952. — **F. Mandl.** La chirurgie a service de la cure du cancer (1). — **H. Moser.** La clinique des blessures de l'extrémit supérieure du radius (2).

N° 43, 24 Octobre. — **S. Burkert.** Résultats de l'hémostase de la loge prostatique pa tamponnage à la mousse de gélatine dans la prostatectomie sus-pubienne (3). — **D. Bsteh** Sur l'opération de la maladie de Hirschsprung; méthode de plicature (4). — **Braun Wotke** Tuberculose pulmonaire et strumectomie (5).

N° 44, 31 Octobre. — **W. Ehalt.** Tumeurs osseuses malignes et fractures pathologiques (6 — **P. Werner.** L'opération du cancer du col utérin (7).

N° 45, 7 Novembre. — **H. Chiari.** L'histologie du cancer gastrique (8). — **H. Kraus** Tumeurs malignes de la colonne vertébrale et de la moelle (9). — **H. Knaus.** Expérience et résultats de 600 opérations de Wertheim et de Schauta (10).

N° 46, 14 Novembre. — **H. Finsterer.** Sur la chirurgie du cancer gastrique (11). — **R. Kühlmayer.** Sur 4 cas d'hématome spontané du droit abdominal (12).

N° 47, 21 Novembre. — **H. Finsterer.** Sur le traitement chirurgical du carcinome gas trique (13).

N° 48, 28 Novembre. — **R. Herbst.** L'importance de l'électro-chirurgie dans la lutte contr le cancer (14).

[92] **Klinische Medizin** (VIENNE), an. 7, fasc. 11, 1er Novembre 1952. — **R. Rauhs.** L'irradiatio Röntgen du plexus choroïde dans la commotion cérébrale d'après les résultats de l'expér mentation animale (1). — **V. Grunberger, H. Holkup** et **K. Portele.** La question des mod fications vasculaires de l'endomètre dans l'hypertension (2). — **E. Stangl** et **H. Villinger Kwerch.** Cancer primitif du foie avec métastases osseuses généralisées (3). — **E. Zitka** Sur l'action calmante de la douleur du venin de vipère dans la névralgie du trijumeau (4

Belgique.

[93] **Bruxelles Médical,** an. 32, n° 44, 2 Novembre 1952. — **R. Bourg.** Technique et valeur présen des frottis vaginaux (1).

N° 46, 16 Novembre. — **J. Pirart** et **V. Conrad.** Un cas de myosite ossifiante progressive cortisone (2).

N° 48, 30 Novembre. — **H. Verbiest.** Expériences neuro-chirurgicales dans les méningite purulentes aiguës et dans la méningite tuberculeuse (3). — **J. L. Wodon.** Quelques ca d'épithéliome *in situ* du col utérin (4).

[94] **Revue Médicale de Liége,** vol. 7, n° 21, 1er Novembre 1952. — **Bessis.** La conservation du san et des tissus par la congélation (1).

N° 22, 15 Novembre. — **G. Lakaye.** Le cancer du brai et du goudron (2).

N° 23, 1er Décembre. — **P. Cambresier, L. Lefebvre** et **R. Thone.** Évolution d'un ca de péricardite chronique opéré (3).

Espagne.

[95] **Revista Clinica Espanola** (MADRID), t. 45, n° 4, 31 Août 1952. — **M. Raiz Noriega.** La radi thérapie des bursites et des périarthrites scapulo-humérales (1). — **J. Calvo Melendr** L'hydarthrose symétrique de l'enfance; maladie de Clutton (2).

N° 5, 15 Septembre. — **G. Blanco-Soler, J. W. Otte** et **I. Madrigal.** Traitement combi

des cancers pulmonaires inopérables avec la moutarde azotée et le phosphore radio-actif (3). — J. Alix y Alix. Possibilités des méthodes diagnostiques du cancer pulmonaire (4). — G. Labra. Complications chirurgicales hépato-biliaires dans les spondylioses (5). — J. M. Roméo-Orbegozo et A. Ortega Nunez. Compression médullaire par neurofibrome à caractère familial (6). — A. Garcia-Baron. Résection gastrique en *situs inversus* (7). [95]

Grande-Bretagne.

The Lancet (Londres), vol. 263, n° 6740, 1er Novembre 1952. — E. D. D. Davis. La tumeur kystique multiloculaire ou adamantinome de la mâchoire (1). [96]

N° 6741, 8 Novembre. — R. Maingot. Fistule gastro-jéjuno-colique consécutive à la gastro-jéjunostomie pour sténose pylorique infantile (2).

N° 6742, 15 Novembre. — M. A. Falconer. L'avenir de la chirurgie dans le traitement de l'hémorragie cérébrale spontanée (3). — J. B. Blaikley, M. Leverman et Lewis. Les résultats du traitement du cancer du col (4). — S. H. Jackson, Savidge, L. Stein et Varley. Le carcinome du pancréas associé à la nécrose graisseuse (5).

N° 6743, 22 Novembre. — C. Wakeley et Ph. Somerville. Lipomes (6). — J. M. Walshe et H. H. Wolff. Carcinome primitif du foie consécutif à une hépatite à virus (7).

N° 6744, 29 Novembre. — P. B. Counsell et J. C. Goligher. Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse (8). — A. P. Waterson. Diverticulose jéjunale avec hémorragie (9). — J. E. Richardson et Russell. Maladie cérébrale due à des tumeurs fonctionnantes de cellules insulaires (10).

British Medical Journal (Londres), n° 4791, 1er Novembre 1952. — W. W. Galbraith. Le traitement de la tuberculose du tractus urinaire (1). — A. J. Evans. L'emploi du couteau de Humby pour l'excision des brûlures (2). [97]

N° 4792, 8 Novembre. — F. A. R. Stammers. 4 cas d'obstruction de la jonction duodéno-jéjunale (3). — J. Pett Turney. Lésion de la queue de cheval due au spondylolisthésis (4).

N° 4794, 22 Novembre. — E. E. Pochin, G. Hilton, N. B. Myant, A. J. Honour et R. D. Corbett. Les indications du traitement par le radio-iode du cancer thyroïdien (5). — M. Dargent et P. Guimet. Les stades du début du cancer de la thyroïde (6). — W. Laurence. Fracture de la diaphyse du fémur compliquée d'embolies systématiques multiples (7).

N° 4795, 29 Novembre. — W. D. Park et Swann. Un cas de tumeur parathyroïdienne palpable (8). — R. T. Cooke. Un cas d'épithélioma de l'urèthre masculin après traumatisme (9).

The Practitioner (Londres), vol. 169, n° 1013, Novembre 1952. — C. Naunton Morgan. Le carcinome du rectum (1). — W. I. Card. La colite ulcéreuse (2). — I. Fraser. Le traitement des hémorroïdes (3). — A. H. Douthwaite. Diverticulose et diverticulite (4). — C. Allan Birch et M. Pemberton. Les soins de la colostomie (5). — M. Bodian. La constipation chronique chez l'enfant, y compris la maladie de Hirschsprung (6). [98]

N° 1014, Décembre. — D. N. Matthews. La rétraction de Dupuytren (7).

Proceedings of the Royal Society of Medicine (Londres), vol. 45, n° 11, Novembre 1952. — [*Anesthésie*]. Mc Dowall. Asphyxie et balance électrolytique (1). — A. H. Galley. L'analgésie caudale; applications dans les maladies vasospastiques des jambes et la neuropathie diabétique (2). [99]

[*Endocrinologie*]. — Bishop et E. Orti. Le traitement endocrinien de la dysménorrhée (3).

Glasgow Medical Journal, vol. 33, n° 11, Novembre 1952. — W. Auld. Pneumothorax fermé bilatéral simultané se produisant au cours de l'anesthésie (1). [100]

Italie.

Il Policlinico [Lezione pratica] (Rome), vol. 59, n° 43, 27 Octobre 1952.

N° 44, 3 Novembre. — M. Gonzales et V. Romanelli. Transfusion et novocaïne dans la pratique post-opératoire (1). [101]

N° 45, 10 Novembre. — A. Alessi. Observations sur les lésions par empalement avec description d'un cas singulier d'empalement transversal complet bilatéral du thorax (2).

N° 46, 17 Novembre. — V. Bonanome. Sur un cas d'épulide à caractère atypique (3).

Reconti Progressi in Medicina (Rome), vol. 13, n° 1, Juillet 1952. — G. d'Onorio et G. Chiota. Aspects actuels de l'anatomie et de la physiologie de la menstruation (1). [102]

N° 4, Octobre. — A. Padalino. Indications et technique de la néphrectomie par voie transthoraco-diaphragmatique (2).

La Riforma Medica (Naples), an. 66, n° 44, 1er Novembre 1952. — L. Giorgi. Sur trois cas d'occlusion intestinale due au diverticule de Meckel (1). [103]

N° 45, 8 Novembre. — D. Rodino et A. Aghina. Fréquence des diverses variétés de tumeurs dans l'enfance (2).

N° 45, 8 Novembre. — Rodino et Aghina. La fréquence des divers types de tumeurs chez l'enfant (3). — R. Locascio. Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie (4).

N° 46, 15 Novembre. — M. Sorrentino. Cure médicale et cure chirurgicale de la tuberculose rénale (5). — C. Sabbatini. Rare ectasie veineuse inguino-scrotale (6).

N° 47, 22 Novembre. — D. Mainiero. Sur une affection rare du système lymphatique, l'adénolymphocèle de la fosse iliaque (7).

N° 48, 29 Novembre. — M. Mancini. Sur un cas d'arrachement complet traumatique par contusion du pédicule rénal (8). — F. Iandoli et S. del Vecchio. Des réinterventions pour appendicite aiguë (9).

[104] **Ressegna Internazionale de Clinica e Terapia** (NAPLES), vol. 32, n° 19, 15 Octobre 1952. — **B. Buonomo La Rossa.** Sur les indications de la valvulotomie mitrale (1).
N° 22, 30 Novembre. — **N. Cocchia.** Anesthésie par réfrigération (2). — **C. Trezza.** Variations de la prothrombine dans le sang conservé (3).

[105] **Il Progresso Medico** (NAPLES), vol. 8, n° 20, 31 Octobre. — **G. Savonuzzi** et **L. Ferranti.** Fragments de muqueuse œsophagienne prélevés à l'éponge (1). — **V. Scala** et **V. Cangiano.** Sur le granulome malin primitif de l'intestin; la maladie de Hodgkin est-elle une affection de système ? limites de la chirurgie (2).
N° 21, 15 Novembre. — **L. Cobellis.** Hypernéphrome métastatique de la thyroïde (3).

[106] **Archivio per le Scienze Mediche** (TURIN), an. 77, n° 4, Octobre 1952. — **N. Aquila.** Recherches sur le comportement des acides nucléiques cellulaires dans le cal des fractures (1). — **G. Bardesono.** Étude clinique des complications de la pleurolyse au cours du pneumothorax thérapeutique (2).

[107] **Minerva Medica** (TURIN), an. 43, n° 88, 1er Novembre 1952. — **G. Bardesono.** Le traitement novocaïnique de l'ulcère gastro-duodénal (1).
N° 91, 12 Novembre. — **A. M. Dogliotti** et **F. Ciocatto.** Possibilités chirurgicales sur le cœur exsangue exclus de la circulation chez l'animal traité par les ganglioplégiques et l'hypothermie (2). — **M. Tomassini.** Sur la thyroïdite subaiguë dite de de Quervain (3).
N° 92, 15 Novembre. — **Gyl y Gyl.** Étude radiologique du sternum et son importance en pathologie et en cancérologie (4). — **U. Cocchi.** Diagnostic et thérapie des tumeurs malignes des os (5).
N° 94, 22 Novembre. — **M. Poli.** Importance du diagnostic bactériologique dans la pathologie et dans la thérapeutique des suppurations pulmonaires (6).
N° 95, 26 Novembre. — **P. Littardi Buniva** et **D. D. Donna.** De la transfusion croisée dans le traitement de l'anurie (7).

[108] **Omnia Medica** (PISE), vol. 30, fasc. 3, 1952. Supplément XXX : **A. Picco.** Le cancer thyroïdien (1).

[109] **Il Friuli Medico** (UDINE), vol. 7, n° 5, Septembre-Octobre 1952. — **G. Gemolotto.** Sur deux cas de malformation tératomateuse (1). — **G. Del Zotto.** La résection du plexus iléo-coliques dans les syndromes douloureux iléo-cæcaux; suites (2). — **D. Baratto.** Hystérectomie totale suivant la méthode de Hertz (3).

Pays-Bas.

[110] **Nederlandsch Tidschrift voor Geneeskunde** (AMSTERDAM), an. 96, n° 44, 1er Novembre 1952. — **G. Chapchal.** Épiphyséolyse de la tête du fémur chez l'adolescent et son traitement (1).
N° 45, 8 Novembre. — **J. A. G. Tenberg.** Le traitement de l'actinomycose par l'auréomycine (2). — **A. L. de Vetten.** Appendicite aiguë perforée (3).
N° 46, 15 Novembre. — **C. B. A. J. Puylaert.** Un symptôme de la néphroptose dans le pyélogramme en position horizontale (4). — **P. R. J. Pinxter, M. Knape** et **W. E. Naessens.** Le mégacôlon et la maladie de Hirschprung (5). — **M. W. van Weel.** Le problème de l'appendicite chronique devant le médecin de famille (5).
N° 47, 22 Novembre. — **H. J. J. Fesevur.** Les résultats du traitement opératoire de l'hypertension essentielle (6). — **S. E. Bos, Kho Lien Keng, Velzeboer** et **S. de Vries.** Hypertension maligne chez une fille de 12 ans traitée par l'hexaméthonium; diagnostic avec le phéochromocytome (7).
N° 48, 29 Novembre. — **T. A. Donkersloot.** Pseudo-kystes du pancréas (8). — **K. de Rutter.** Traitement de la péritonite par cortrophine associée aux antibiotiques (9).

Pologne.

[111] **Polski Tygodnik Lekarski** (VARSOVIE), vol. 7, n° 40, 6 Novembre 1952. — **Z. Dzieciolowski.** Résultats comparatifs de l'examen par palpation du foie et de la vésicule biliaire par diverses méthodes (1). — **C. Niedzielski.** Arrêts de développement des côtes thoraciques (2).
N° 41, 13 Novembre. — **S. Grabowski.** Fistules duodénales post-opératoires (3). — **T. Pykosz.** La bactériologie des abcès otogènes du cerveau et leur traitement (4). — **W. Sznajder.** Débilité limitée du diaphragme (5). — **W. Kuczynski.** Une plaie du cœur par coup de couteau (6).
N° 42, 20 Novembre. — **W. Sznajder.** Le syndrome de Milkman (7). — **J. Smolaga.** Les ouvertures des corps humains dans les cas de morts post-opératoires (8).

Portugal.

[112] **Boletim Clinico dos Hospitais Civis de Lisboa**, vol. 16, n° 3, 1952. — **F. Lévy.** La chirurgie d'urgence des tumeurs du côlon (1). — **F. J. Ferreira de Lima** et **Lopo de Carvalho** (fils). Péritonéoscopie et cancer de l'estomac (2). — **A. Gomes** et **J. Gomes Rosa.** Absence congénitale du vagin (3). — **A. Luzes** et **J. de Mello do Rego.** Considérations sur un cas d'absence congénitale partielle du vagin (4).

États Scandinaves.

[113] **Acta Medica Scandinavica** (STOCKHOLM), vol. 143, fasc. 6, 29 Septembre 1952. **F. S. P. van Buchem, Eerland, Nieveen, Homan** et **Marring.** Le traitement chirurgical des sténoses pulmonaires (valvulotomie) (1). — **N. Alwall.** L'aspiration biopsie du rein (2).

Nordisk Medicin (Stockholm), vol. 48, n° 44, 31 Octobre 1952. [114]
N° 45, 7 Novembre 1952. — **K. Liavaag.** Sténose gastrique due à l'ingestion de substances corrosives (1).
N° 46, 14 Novembre. — **R. Lund.** Bezoards de résine (2). — **E. Moltke.** Zona et traumatisme (3).
N° 47, 21 Novembre. — **O. Secher.** L'anesthésie en pédiatrie (4).

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 72, n° 11, Novembre 1952. — **F. Saegesser.** Le traitement chirurgical du rétrécissement mitral par la commissurotomie (1). — **J. P. Crosetti** et **C. A. Muller.** La pollakiurie incoercible, complication rare de la ligamentopexie selon Doléris (2). [115]

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 82, n° 44, 1er Novembre 1952. — **E. Baumann.** Le Furacin pour la prophylaxie des plaies accidentelles et la lutte locale contre les infections (1). — **H. J. Bein, Gross, Schuler** et **Tripod.** Différenciation pharmacologique des substances d'action parasympathicolytique et bloquante ganglionnaire comme base de leurs possibilités d'emploi thérapeutique (2). [116]
N° 46, 15 Novembre. — **H. U. Gloor.** Avatars de la pathogénie de la tuberculose urogénitale (3). — **B. Bibus.** Contribution au traitement du carcinome vésical (4).
N° 47, 22 Novembre. — **R. Nissen.** Nouveaux efforts pour l'amélioration et l'extension du traitement opératoire du cancer (5). — **J. Clauss** et **H. v. Appen.** Le frottis vaginal et l'examen de routine pour le diagnostic précoce du cancer utérin (6). — **A. Jentzer.** Hibernation, anesthésie potentialisée, choc post-opératoire à l'exclusion de l'hypotension contrôlée (7). — **R. Kucher.** L'opération sans hypotension contrôlée (8).

Tchécoslovaquie.

Casopis Lekaru Ceskych (Prague), vol. 91, n° 44, 31 Octobre 1952. — **O. Riedl** et **O. Korbelar.** La gangrène des pieds dans la thrombose veineuse profonde (1). — **J. Hynie, Cermak, Gregor** et **Pokorny.** Traitement anticoagulant du priapisme par le Pelentan, dans les leucémies myéloïdes chroniques (2). [117]
N° 45-46, 14 Novembre. — **J. Bedrna** et **Miloslav Kucera.** Expériences chirurgicales de la péricardite constrictive traitée par péricardectomie (3). — **K. Herfort.** La cholélithiase et l'apparition de la nécrose aiguë du pancréas (4). — **A. Jirasek.** Sur l'abaissement artificiel de la pression sanguine au cours d'opérations sur le cerveau (5). — **D. Niederle** et **O. Tesar.** Perspectives de la chirurgie des maladies ulcéreuses (6). — **J. Petrikova, E. Polak** et **J. Stolz.** Dysembryome thoracique homo- et hétéroplastique (7). — **J. Rehor.** Pronostic et traitement du tétanos (8). — **H. Sikl.** Malformation rare du tronc artériel; départ de l'aorte d'une branche principale de l'artère pulmonaire (9).
N° 47, 21 Novembre. — **J. Neumann** et **Pokorny.** Réactions vaso-motrices dans l'exploration du système vasculaire périphérique (10). — **Z. Reinis.** Traitement au Pelentan des thromboses et embolies artérielles (11). — **J. Urbanek.** Changements de l'électro-cardiogramme après interventions chirurgicales (12).

Lekarske Listy (Brno), vol. 7, n° 21, 1er Novembre 1952. — **V. Hamr.** Du peptic ulcer au cours de la guerre (1). — **J. Strelec.** Des fractures du trochiter de l'humérus (2). — **J. Janek** et **U. Holub.** Le traitement de la paralysie cérébrale infantile au point de vue de l'opération de Stoffel (3). [118]
N° 22, 15 Novembre. — **J. Trnka.** L'emploi de fil de silon en chirurgie osseuse (4). — **Dvoracek.** Le lymphosarcome primitif du poumon (5). — **O. Brücknerova.** Nos expériences dans le traitement des thrombophlébites (6).

Turquie.

Turk Tip Cemiyeti Mecmuasy (Istamboul), an. 18, n° 7, Juillet 1952. — **N. Dorken.** La péricardite constrictive et son traitement (1). — **F. Berkay** et **Büke.** Un cas rare de sclérodermie traité par parathyroïdectomie et ganglionectomie stellaire (2). — **R. R. Garbon.** Quelques cas d'endartérite oblitérante traités par parathyroïdectomie (3). — **H. Ogan.** Un cas de pancréatite hémorragique (4). — **H. Berkol.** Un cas de goitre rétro-sternal (5). — **S. Sun.** Appareil d'anesthésie (6). [119]
N° 8, Août. — **S. Ersek.** Lobectomies et pneumonectomies (7). — **N. Dorken.** La réanimation dans la chirurgie du thorax (8).

Yougoslavie.

Archives Serbes de Médecine (Beograd), an. 80, n° 8, Août 1952. — **B. Tasovac** et **A. Kocic.** Traitement des lésions corrosives dues à l'empoisonnement à la soude caustique (1). — **S. Pejic.** Tonsillectomie « à chaud » (tonsillectomie d'abcès) à la lumière des faits (2). [120]

Moyen-Orient.

Revue Médicale du Moyen-Orient (Beyrouth), an. 9, n° 3, Juillet-Septembre 1952. — **F. d'Allaines.** Sur l'état actuel de la chirurgie du cœur (1). — **A. Guichard** et **F. Cabanne.** Pour l'étude histologique des lésions surrénaliennes au cours de l'hypertension artérielle permanente traitée par surrénalectomie; statistique complémentaire de 20 cas inédits; [121]

[121] étude globale de 52 cas (2). — **A. Sicard.** Maladie de Mondor (3). — **F. Françon, Galland** et **J. Françon.** La monoarthrite chronique inflammatoire du genou (4). — **X. Serafino.** Importance de l'élément vasculaire et sympathique dans la pathologie traumatique des nerfs périphériques (5).

Afrique du Sud.

[122] **South African Medical Journal** (CAPETOWN), vol. 26, n° 43, 25 Octobre 1952. — **W. Weinberg.** Observations gynécologiques. Quatre cas intéressants (1).

N° 45, 8 Novembre. — **C. J. Kaplan.** Clinique de la douleur lombo-sacrée (2).

N° 46, 15 Novembre. — **A. Lee McGregor.** Le traitement du papillome du canal (galactophore) (3). — **J. du Plessis.** Le carcinome du sein (4).

Canada.

[123] **Union Médicale du Canada** (MONTRÉAL), t. 81, n° 11, Novembre 1952. — **G. Lorange** et **P. David.** Coarctation de l'aorte (1). — **R. Johnson.** Coarctation de l'aorte et hémopéricarde (2). — **R. Naud.** Problèmes médico-chirurgicaux en rapport avec un épithélioma du côlon (3). — **G. Cousineau** et **L. Legault.** De l'éther à l'anesthésie épidurale en chirurgie thoracique (4).

[124] **Laval Médical** (QUÉBEC), vol. 17, n° 8, Octobre 1952. — **L. Royer.** Ostéome ethmoïdo-fronto-orbitaire (1). — **E. Paquet.** Le cancer de la thyroïde (2).

[125] **The Canadian Medical Association Joarnal** (TORONTO), vol. 67, n° 4, Octobre 1952. — **R. M. Wansbrough.** Invagination intestinale (1). — **H. S. Randall, M. K. Belton** et **M. Digby Leigh.** Perfusion de demerol pendant l'anesthésie (2). — **G. D. Molnar** et **W. C. Mac Kenzie.** Léiomyosarcome de l'estomac (3). — **O. D. Beresford.** La vitesse de sédimentation dans le cancer (4).

N° 5, Novembre. — **A. D. Mc Kenzie, J. R. Moore** et **G. G. Miller.** Les complications de l'intubation gastro-intestinale (5). — **E. Asquith.** L'hypotension en chirurgie (6). — **A. J. Blanchard** et **R. W. Bell Irving.** Le carcinome bronchogénique (7). — **A. Gaum** et **C. Riley.** Hétérotopie pancréatique (8). — **D. Bowers.** Perforation jéjunale (9).

États-Unis.

[126] **The New York State Journal of Medicine,** vol. 52, n° 21, 1er Novembre 1952. — **O. B. Crawford.** L'anesthésie péridurale en chirurgie thoracique (1). — **J. H. Sirci.** Le traitement des traumatismes graves, aigus, crâniens (2).

[127] **The Journal of the American Medical Association** (CHICAGO), vol. 150, n° 9, 1er Novembre 1952. — **A. M. Olsen** et **J. W. Pender.** Préparation des malades à l'endoscopie per orale (1). — **J. W. Miller.** Traitement conservateur et chirurgical prophylactique des lésions du pied chez le diabétique (2). — **E. I. Greene, J. M. Greene** et **R. C. Busch.** Manifestations rares après ablation d'un kyste parathyroïdien (3). — **B. J. Ficarra** et **W. J. Mc Laughlin.** Douleurs dorso-lombaires dues à des hernies du pannicule adipeux (4). — **C. T. Klapp, J. Hayles** et **B. B. Blades.** Le diagnostic précoce du cancer du sein (5). — **O. Saphir.** Diagnostic précoce des lésions du sein (6).

N° 10, 8 Novembre. — **L. S. Sell.** Erreurs de diagnostic et de traitement des lésions du disque intervertébral au début (7). — **S. W. Moore, R. S. Mc Elwee** et **C. Romiti.** Les tumeurs bénignes du tractus biliaire (8).

[128] **Tha American Journal of the Medical Sciences** (PHILADELPHIE), vol. 224, n° 5, Novembre 1952. — **M. Feldman** et **Ph. Myers.** Coexistence d'un carcinome gastrique et d'une hernie gastrique de l'hiatus œsophagien (1).

Mexique.

[129] **Gaceta Medica de Mexico,** t. 81, n° 2-3-1, 31 Décembre 1951. — **A. Sordo-Noriega.** Chirurgie des déchirures périnéales complètes (1). — **J. Rabago.** Commentaires au travail inaugural du docteur A. Sordo-Noriega ayant pour titre : « Chirurgie des déchirures périnéales complètes » (2). — **R. Flores-Lopez.** Diagnostic différentiel de l'abdomen chirurgical aigu (3). — **M. Quinones.** Commentaires au travail inaugural du docteur L. Flores-Lopez (4). — **M. Maquivar.** Attitude de l'anesthésiste en présence d'une cardiopathie (5).

T. 80, n° 1, Janvier-Février 1952. — **M. Mateos-Fournier.** Le prolapsus utérin. L'hystérectomie vaginale en tant que traitement de l'une de ses formes (6).

Cuba.

[130] **Archivos del Hospital Universitario** (HABANA-CUBA), vol. 4, n° 4, Juillet-Août 1952. — **P. Aguirre Medrano** et **O. Lopez Fernandez.** Le prolapsus de la muqueuse gastrique à travers le pylore (1). — **A. Barquet Chediak.** Nouvelle méthode diagnostique du syndrome de Banti par anomalie congénitale de la veine porte (2). — **M. Valverde Medel.** Épididymite par effort (3). — **S. Domingues Quesada, E. Camayd Zogbe** et **A. Mendez Pinilla.** Volvulus du cæcum (4).

Équateur.

[131] **Gaceta Medica** (GUAYAQUIL-ÉQUATEUR), vol. 7, n° 4, Juillet-Août 1952. — **J. Tanca Marengo.** Arthropathies de la colonne cervicale et arthrite ankylosante de l'épaule (1). — **R. Arosemena Elizalde.** Un nouveau cas de tératoblastome rétro-péritonéal (2).

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires), vol. 39, n° 43, 21 Octobre 1952. — **A. L. C. Maggi, M. Meeroff** et **Segal.** Radiologie de l'ulcère gastro-duodénal; statistique de 100 cas (1). — **D. Calendra, H. J. Pena, Menycha Turkieltaub** et **R. Inza.** Thrombo-embolie, complication de la chirurgie abdominale chez la femme (2). — **C. A. F. Luna, J. C. Tinelli** et **J. H. Chiodi.** L'occlusion intestinale par appendicite aiguë (3). — **A. G. Iglesias** et **Domingo Severino.** Tumeur glomique de Masson (4). — **I. Perianes** et **D. Gotlieb.** Kyste thymique du médiastin (5). — **I. C. Odena.** Enclouage médullaire de la fracture des os longs (6). [132]

N° 44, 31 Octobre. — **R. Finochietto, J. V. Uriburu** et **A. Ducos.** Adéno-mastectomie sous-cutanée par voie aréolaire dans la maladie fibro-kystique du sein, variété scléreuse. Quelques détails de technique (7). — **R. C. Ferrari.** Le cancer des lèvres. Classification anatomo-clinique et traitement (8). — **M. Balaban.** Fistules ano-rectales (9). — **R. T. Michelini.** Sonde transvatérienne Cattel-Michelini (10).

N° 45, 7 Novembre. — **F. E. Tricerri.** Chirurgie du rétrécissement mitral; 30 cas opérés (11). — **A. J. Lasala** et **E. A. Bilesio.** Sur le drainage de la voie biliaire principale; technique de la mise en place du tube de Kehr (12). — **E. L. Capdehouret** et **R. A. Gini.** Une image radiologique d'origine rare (13). — **F. R. Pilheu** et **J. Manrique.** Cancer de la lèvre; clinique d'après 150 malades (14). — **L. Broide.** Diverticulose de l'intestin grêle et diarrhée chronique (15). — **E. Bamballi** et **I. Gerschenfeld.** Spondylolisthésis (16),

La Semana Medica (Buenos-Aires), an. 59, n° 17, 23 Octobre 1952. — **G. di Paola.** L'œstro-génothérapie de la stérilité cervicale (1). [133]

N° 20, 13 Novembre. — **R. C. Ferrari.** Sur le cancer du larynx; laryngectomie, radiothérapie et antibiotiques (2).

Revista de la Asociacion Medica Argentina (Buenos-Aires), t. 66, n° 730, Juillet 1952. — **A. L. C. Maggi, M. Meeroff** et **J. J. Dumas.** Anévrysme de l'aorte abdominale (1). — **O. Blanchard.** Cancer du moignon cervical (2). — **P. L. Cereseto.** Thrombose veineuse aiguë et embolies (3). [134]

Brésil.

O Hospital (Rio de Janeiro), vol. 49, n° 5, Novembre 1952. — **L. A. Ribeiro** et **I. B. Horta.** Pancréas annulaire (1). [135]

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia (Sao Paulo), vol. 64, n° 2, Août 1952. — **E. de Oliveira.** La maladie thrombo-embolique dans la chirurgie du côlon (1). — **M. de Abreu Camparario.** Calculose biliaire; anatomie pathologique et radiologie (2). [136]

Revista Paulista de Medicina (S. Paulo), vol. 41, n° 4, Octobre 1952. — **D. E. Cutait** et **P. Correta.** Iléostomie avec greffe cutanée (1). — **A. Goldenstein.** La mamelle sanglante, diagnostic et traitement par exérèse des canaux atteints (2). [137]

IV. Sociétés.

Académie de Chirurgie, 15 *Octobre* 1952. Sur l'observation d'explosion gastrique par insufflation de vapeurs d'éther dans l'estomac (**P. Moulonguet**) (1). — Des arthroplasties de la hanche (**J. J. Herbert**) (2). — De la radiothérapie post-opératoire dans le traitement du cancer du sein (**A. Tailhefer**) (3). — 8 cas de luxations concomitantes des genoux par « blast » (**R. Boron, J. Dumas, H. Evrard** et **H. Bezes** [rapport **J. Sénèque**]) (4). — Sur une hypertension artérielle par rétrécissement de l'isthme aortique. Son évolution clinique après une double splanchnicectomie et sympathectomie lombaire (**F. Froehlich** [rapport **Ch. Dubost**]) (5). — Hernie diaphragmatique étranglée simulant un volvulus du côlon pelvien (**Laumonnier** [rapport **Lortat-Jacob**]) (6). — Tétanos après gastrectomie (**Hébraud** et **P. Sauvet** [rapport **J. L. Lortat-Jacob**]) (7). — La fermeture immédiate du vagin dans l'hystérectomie abdominale totale (**G. Menegaux, J. Pergola** et **M. Courtois-Suffit**) (8). — Sur un cas d'hépatectomie typique gauche réglée pour kystes hydatiques multiples de la partie gauche du foie (**J. Sénèque, M. Roux, Ch. Chatelin** et **P. Huguenard**) (9). — Éventration diaphragmatique; nosologie et traitement (**A. Monsaingeon**, **J. Delarue, M. Boureau** et **L. Orcel**) (10). [138]

22 *Octobre.* — La place de la gastropexie dans le traitement des accidents gastriques de l'éventration diaphragmatique (**Lucien Léger**) (11). — Du traitement chirurgical de l'éventration diaphragmatique (**J. Mialaret**) (12). — Récidive ampullaire d'un cancer recto-sigmoïdien plus de 5 ans après opération d'Hartmann (**Chr. Pierra** [rapport **Ameline**]) (13). — Le traitement des plaies de l'abdomen en pratique civile; d'après 143 observations (**Claudo** et **Zacharia** [rapport **A. Sicard**]) (14). — Arthrodèse-arthrorise du cou-de-pied par prothèse de résine acrylique armée dans les paralysies du nerf sciatique ou de ses branches (**Sohier** et **Julien Vieroz** [rapport **Gérard-Marchant**]) (15). — L'équilibre hydrique et ionique des opérés (**J. Gosset**) (16). — Les résultats du traitement des rénosynovites tuberculeuses de la main, d'après 34 observations (**M. Iselin** et **M. Vassitch**) (17). — Résection prothèse acrylique pour ankylose osseuse totale de la hanche droite; ossification secondaire de la partie interne de la capsule; réintervention; guérison (**A. Richard**) (18).

[*Bulletins et Mémoires de l'Académie*, t. 78, n° 25 et 26, *Octobre* 1952.]

[139] **Société des Chirurgiens de Paris,** 30 *Juin* 1952. — Fibrome du sigmoïde(**Staud**) (**1**). — Des délabrements labio-commissuraux en chirurgie de guerre (**Chippaux** et **Bernard** [rapport **Favre**]) (**2**).

4 *Juillet.* — Sur la communication de M. Luquet sur ulcère et cancer de l'estomac (**J. Petit**) (**3**). — Sur un traumatisme crânien grave fermé (**Klizowski** et **Magerand**) (**4**). — Des hétérogreffes cartilagineuses (**Ginestet, Merville** et **Sergent**) (**5**). — Contradictions et erreurs dans la pathologie et la thérapeutique des infections urinaires à B. Coli (**A. Raiga**) (**6**).

[*Bulletins et Mémoires,* t. **42**, n° 7, 1952.]

[140] **Société de Chirurgie de Lyon,** 15 *Mai* 1952. — Le traitement du cancer de la partie mobile de la langue (**M. Dargent** et **Loung Tan Truong**) (**1**).

29 *Mai.* — Sur les arthroplasties de la hanche (**J. J. Herbert** et **S. Paillot**) (**2**).

5 *Juin.* — Sur une atrophie cérébrale traitée par hémisphérectomie (**P. Wertheimer** et **G. Allègre**) (**3**). — Brachialgie avec anomalie de la première côte et réaction mammaire post-opératoire (**J. Barrié, P. Bazin, S. Escomel** [rapport **Wertheimer**]) (**4**). — De 16 observations de sarcomes du sein (**P. Cogniaux** et **J. Lebrun**) (**5**). — Ostéomyélite aiguë de la rotule; antibiotiques et patellectomie (**Condamin** et **Bardonnet** [rapport **Creyssel**]) (**6**).

[*Lyon chirurgical,* t. **47**, n° 8, Novembre-Décembre 1952.]

[141] **Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française** [*XV^e Congrès d'Alger-Tunis*], 5-10 *Mai* 1952. — La mole hydatiforme (**Brindeau, H. et M. Hinglais** [Rapport] : discussion) (**1**). — Le diagnostic précoce du cancer du col et son traitement au stade non invasif (**de Wattewille, Geisendorf** et **Danon** [rapport] : discussion) (**2**).

[*Communications diverses.*] — Un cas de grossesse salpingo-péritonéale à terme (**J. Lambillon** et **Van Wymeersch**) (**3**). — Une tumeur pelvienne inattendue : la rate ectopique (**Lagrot** et **Cortat**) (**4**). — Les changements histologiques du système nerveux dans l'endométriose rétro-cervicale (**G. Halter**) (**5**). — Nécroses cutanées infectieuses étendues chez le nouveau-né; guérison sans greffe (**J. Ravina, B. Jamain** et **R. Coupi**) (**6**).

[*Bulletin de la Fédération,* t. **4**, n° 3 *bis,* 1952.]

[*Royale Belge*]. — Étude clinique et biologique d'un cas de pseudo-hermaphrodisme mâle (**J. Snoeck, R. Tagnon** et **N. Cordier**) (**7**). — Coarctation de l'aorte et grossesse (**A. Ghilain** et **Ph. Paquet**) (**8**). — Traitement des fistules vésico-vaginales (**M. Topuz**) (**9**).

[*Paris.*] — De l'emploi du dipropionate de méthyl-androsténédiol en gynécologie (**A. Netter** et **M. Robey**) (**10**). — La gynécographie (**Seguy, Granjon** et **Bellair**) (**11**). — L'hystéro-salpingographie aux organo-iodés hydrosolubles visqueux avec enregistrement manométrique; le diagnostic des sténoses tubaires (**R. Palmer** et **J. Pulsford**) (**12**).

[*Bordeaux.*] — Un cas de césarienne basse pour tumeur rétropéritonéale prævia (**Boursier, Gaussen** et **Dubecq**) (**13**). — Aménorrhée et stérilité guéries par appendicectomie et résection partielle de l'ovaire (**Darmaillacq** et **Mlle Dangoumau**) (**14**). — Kyste suppuré de l'ovaire chez une fille de 13 ans (**R. Darmaillacq**) (**15**). — Notre expérience dans le traitement des annexites chroniques par l'infiltration du paramètre avec pénicilline et novocaïne (**B. Labandibar** et **Benzecry**) (**16**). — Hémorragies rebelles traitées par radiumthérapie; conséquences obstétricales graves (**P. Lafargue, G. Faugère** et **Plantey**) (**17**). — Aspect clinique des ruptures hémorragiques des kystes folliculaires et lutéiniques (**Magendie** et **Pouche**) (**18**). — Voie transosseuse pour l'introduction des antibiotiques dans les affections pelviennes graves (**Magendie, Pourché** et **Santenay**) (**19**). — Diagnostic précoce et traitement de l'atrésie congénitale de l'œsophage (**Dabadie**) (**20**).

[*Lille*]. — Intérêt de la salpingographie à la diodone dans le diagnostic des annexites (**Vendendorp, Gauthier** et **Lemaitre**) (**21**).

[*Lyon.*] — Hémorragie incoercible de la délivrance par trouble temporaire de la crase sanguine; hystérectomie; guérison (**C. Ambre, Chattot** et **Gerbay**) (**22**).

[*Marseille.*] — Sur la valeur diagnostique de la cœlioscopie (**Serment**) (**23**). — Grossesse après salpingectomie et ovariectomie controlatérale (**Vayssière** et **Serment**) (**24**). — 4 cas de plaie vaginale par coït (**Serment** et **Deturmeny**) (**25**). — Le dome vaginal après hystérectomie totale selon la technique d'Aldridge (**J. P. Daveo** et **Deschamps**) (**26**). — Rétroversion utérine congénitale avec troubles urinaires (**Sermant** et **Chauvin**) (**27**).

[*Nancy.*] — Thrombose des vaisseaux funiculaires (**Vermelin, Zyzek** et **Bertrand**) (**28**). — Lipiodol intra-utérin per opératoire (**P. Bertrand**) (**29**). — Dystocie par tumeur sacro-coccygienne (**Richon, Louyot** et **Facq**) (**30**). — Ligamentopexie vaginale (**P. Bertrand**) (**31**). Deux cas d'occlusion intestinale au cours de la puerpéralité (**Vermelin, Louyot, Marchal** et **Facq**) (**32**).

[*Strasbourg.*] — Tétanos après manœuvres abortives (**Bichel** et **Gander**) (**33**). — Rétention d'urine aiguë par hématométrie volumineuse chez une femme de 73 ans (**E. Blum** et **Montrieul**) (**34**). — Modification de l'opération de Doleris en vue d'éviter l'occlusion intestinale possible par étranglement (**Keller** et **Gaertner**) (**35**).

[*Toulouse.*] — 70 interventions sur les annexes droites par incision iliaque (**Ch. Pierra**) (**36**).

[*Ibidem,* n° 4, 1952.]

[142] **Société Française de Gynécologie,** 16 *Juin* 1952. — Le dépistage des cancers du col utérin par la méthode des frottis. Statistique commentée sur l'emploi de cette méthode pendant une période de 2 ans 1/2 (**A. Netter, Yaneva** et **M. James**) (**1**). — Hémorragies du col restant (**J. E. Marcel**) (**2**).

[*Comptes rendus de la Société, Juin-Septembre* 1952, n° 6.]

[143] **Société Nationale Française de Gastro-Entérologie,** 7 *Juillet* 1952. — Sur la biopsie de la muqueuse gastrique; un appareil (**Debray, Housset** et **d'Autray-Tarte**) (**1**). — Confrontation des données gastroscopiques et des biopsies muqueuses dans les gastrites (**Debray, Laumonnier** et **Housset**) (**2**). — Anite hémorragico-purulente, forme localisée de la colopathie hémorragico-purulente (**J. M. Gorse**) (**3**). — Lithiase pancréatique (**Bergeret**) (**4**). — Allergie et troubles post-opératoires (**Gutmann**) (**5**).

[*Région du Nord.*] — Adénome biliaire kystique (**C. Auguste**, **Delannoy** et **Tacquet**) (6). — Pancréatite subaiguë; cholécystostomie; guérison clinique; régression tardive des signes radiologiques (**J. Paris**, **Gautier** et **Devambez**) (7). — Iléostomie terminale pour recto-colite hémorragique; utilité de l'abouchement cutané du bout distal de l'iléon (**Delannoy**, **Auguste** et **Héraud**) (8). — Action du chlorhydrate d'isomylamino-6-méthyleptane sur les spasmes biliaires (**Swynghedauw**, **Salembier** et **Asbroucq**) (9). — Sténose duodénale par pince aortico-mésentérique chez un nourrisson de 15 jours (**G. Bonte**, **Salembier** et **Dernoncourt**) (10). [143]

[*Sud-Ouest.*] — Une observation de schwannome du grêle (**Berthon** et **Poirier**) (11). — Cancer du cardia ou de l'estomac traité par la voie thoraco-abdominale systématique (**Berthon**, **Hourtoule**, **Poirier** et **Poutier**) (12). — De trois cas de sténose duodénale sous-vatérienne (**Missonnier** et **Mante**) (13). — Cancer primitif du bulbe duodénal (**Dubourg**, **Léger**, **Richard** et **F. Achille**) (14). — Du traitement du cancer de l'estomac, d'après 150 cas (**Ducuing**, **Grimoud** et **Lapeyrère**) (15). — 3 cas de plicature partielle de l'intestin grêle pour occlusion (**H. Filhoulaud** et **Raymond**) (16). — Anomalies des voies biliaires cystique double et canal hépatique accessoire associé à une dyskinésie du col de la vésicule (**Demartial**, **Hervy** et **Raymond**) (17). — Cancer de l'angle duodéno-jéjunal; duodéno-jéjunectomie (**Lafargue**) (18). — Les occlusions tardives après appendicectomie (**Rosenstiel**) (19).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. **41**, n° 9, 10 *Sept.-Oct.* 1952.]

Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 10 *Octobre* 1952. — Greffe d'un myélome multiple sur une maladie de Paget (**F. Layani**, **A. Aschkenazy** et **J. Sebaoun**) (1). — Maladie de Biermer. Guérison. Anémie symptomatique. Hernie diaphragmatique et reflux œsophagien (**P. Hillemand**, **A. Monsaingeon**, **P. Isch-Wall** et **J. E. Varela**) (2). — Myélomatose diffuse non décalcifiante (sans signes radiologiques) (**Ph. Seringe**, **B. Duperrat** et **B. Grenier**) (3). [144]

17 *Octobre* 1952. — Le pneumomédiastin dans les affections médiastino-pulmonaires (**M. Bariety**, **Ch. Coury**, **P. Choubrac** et **P. Mathe** avec la collaboration de **O. Salaun**) (4).

[*Bulletins et Mémoires*, an. **68**, n° 26-27, 1952.]

31 *Octobre*. — Priapisme par phlébite pelvienne; médication anticoagulante (**Eschbach**) (5). — L'orchite suppurée de la brucellose (**R. Puig**) (6).

[*Ibidem*, n° 28-29.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

NOVEMBRE 1952

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès cérébelleux, GENESI [28], 2.
— cérébraux chroniques, ROUSSEAUX [64], 18.
— intra-crâniens, GENESI [28], 2.
— froids lombo-iliaques, LOMBARD [4], 5.
— — intra-rachidiens, DESCUNS [4], 7.
— hépatiques, BOURGEON [85], 3.
— otogènes (Bactériologie), PYKOSZ [111], 4.
— pulmonaires opérés (Tuberculisation), BÉRARD [49], 4.
— tardifs, STICH [89], 3.
— péritonsillaires, PEJIC [120], 2.
Abdomen (Adénopathies profondes) dans le Hodgkin, GIRAUD [78], 1.
— aigu (Diagnostic), FLORES-LOPEZ [129], 3; GUINONEZ [129], 4.
— — (Inflammations gazeuses) : diagnostic, ROTHBART [16], 7.
— (Chirurgie) : évolution, PI FIGUERAS [46], 5.
— (Plaies) en pratique civile, CLAUDO [138], 14.
— (Sympathomes), SOLER ROIG [46], 1.
Abdomino-pelvienne (Chirurgie à deux équipes), HUGUIER [71], 20.
Accidents de travail, BIRNBAUM [13], 10.
Achondroplasie, CLÉMENT [71], 3.
Acides nucléiques cellulaires et cal des fractures, AGUILA [106], 1.
Acromégalie et fonctions endocriniennes, ABELY [62], 3.
Actinomycose (Auréomycine), TENBERG [110], 2.
— cervico-faciale (Cas mortels), ZITKA [90], 3.
Adamantinome, DAVIS [96], 1.
Adénite mésentérique et appendicite, CAUCCI [8], 1.
Adénolymphocèle, MAINIERO [103], 7.
Adénomastectomie (Voie sous-cutanée), FINOCHIETTO [132], 7.
Adénome biliaire kystique, AUGUSTE [143], 6.
— recto-colique, PARAF [71], 25.
Adénopathies abdominales profondes (Mise en évidence directe), GIRAUD [78], 1.
Alcooliques (Adénomes rectaux et sigmoïdiens chez les —), PARAF [71], 25.
Algies cervico-brachiales (Radiothérapie), WEISSENBACH [64], 3.
— dorsales, DESSA [23], 6.
Allergie et métastases tumorales, BIENENGRÄBER [5], 6.
— et troubles post-opératoires, GUTMANN [143], 5.
Aménorrhée, MAKTAV [12], 3.
— guérie par appendicectomie, DARMAILLACQ [141], 14.
Aminoacides électifs et régénération des nerfs, SOMMARIVA [7], 10.
Amnios (Transplantation), SCHRECKENBACH [5], 51.
Analgésie caudale, GALLEY [99], 2.
Anastomose duodéno-biliaire, LARGE [17], 4.
— gastro-duodénale après gastrectomie, FINSTERER [71], 12.
— jéjunobiliaire, PARTINGTON [17], 5.
— jugulocarotidienne, KLEIN [71], 9.
— œsophago-jéjunale après gastrectomie, D. RODINO [1], 2.
— porto-cave pour cirrhose, STOCK [19], 5.
— vasculaire en raquette, ALBANESE [58], 1.
Anémie symptomatique, HILLEMAND [144], 2.
Anesthésie et cardiopathie, MAQUIVAR [129], 5.
— en chirurgie gastro-intestinale, GILLESPIE [15], 18.
— pour collapsothérapie pulmonaire, SCHIAVO [9], 6.
— en pédiatrie, SECHER [114], 4.
— (Anoxie cérébrale), GRÖNQVIST [35], 1.
— (Appareil), SUN [119], 6.
— (Pneumothorax fermé bilatéral), AULD [100], 1.
— avec perfusion de Demerol, RANDALL [125], 2.
— à la Falicaine, EGGERS [5], 12.
— au pentobarbital-pentaméthonium, BARBIER [41], 10.
— caudale liposoluble, EIDINOFF [13], 13.
— épidurale, MENNENGA [5], 1.
— — en chirurgie thoracique, COUSINEAU [123], 4.
— péridurale, CRAWFORD [126], 1.
— générale et locale pour tumeurs cervico-faciales, HUET [41], 9.
— lombaire (Spondylite), HEEP [5], 33.
— potentialisée, LABORIT [80], 1; COTTALORDA [83], 2; JENTZER [116], 7.
— par réfrigération, COCCHIA [104], 2.
— spinale extra-durale, LESSE [5], 11.
— intra-veineuse (Progrès), AMIOT [71], 15.
— —(Seconal sodique), WEYL [16], 9.
Anévrysmes aortiques, MAGGI [134], 1.
— artériels périphériques, DUCUING [80], 2.
— artério-veineux, THOENIES [57] 1.

Anévrysme artério-veineux (Radiologie par voie veineuse), Aurig [5], 47.
— — carotidien, Mörl [5], 39.
— cirsoïdes, Desaive [6], 5.
— sous-claviers et carotidiens, Lievonen [35], 5.
— iliaques, Borghetti [16], 8.
Angiocavernome, Domenici [63], 2.
Angiographie cérébrale, Viallet [85], 1.
— — et électroencéphalographie, Rousseaux [64], 17.
Angiomes osseux, Fontaine [64], 5.
Angiopneumographie, Sournia [2], 6.
Anite hémorragico-puru ente, Gorse [143], 3.
Annexes de l'utérus (Torsion) : symptômes et lésions, Marziale [8], 2.
— — (Tuberculose) : streptomycine, Breitner [32], 4.
— — droites (Abord par incision iliaque), Pierra [141], 36.
Annexites (Diagnostic salpingographique), Vandendorp [141], 21.
— chroniques, Labandibar [141], 16.
Anomalies congénitales aortiques, Bahnson [15], 3.
— — crânio-rachidiennes, Edgerton [15], 4.
— diaphragmatiques, Ravitch [15], 9.
Ano-rectale [Chirurgie], anesthésie, Eidinoff [13], 13.
— [Fistules], Balaban [132], 9.
— [Histoplasmose], Weiss [13], 8.
— [Lésions multiples]; opération plastique, Granet [13], 7.
Ano-rectaux (Accidents de travail), Birnbaum [13], 10.
Anoxie cérébrale, Grönqvist [35], 1.
Antibiotiques dans les endocervicites, Jouin [71], 22.
— et évolution des maladies infectieuses chirurgicales, Cottalorda [3], 13.
— et ostéomyélite, Brüning [5], 19.
— dans la péritonite, de Rutter [110], 9.
— (Voie transosseuse), Magendie [141], 19.
Anticoagulants dans le priapisme, Hynie [117], 2; Eschbach [144], 5.
Antihistaminiques dans la prévention des vomissements post-anesthésiques, Jacquenoud [71], 11.
— dans la prévention des vomissements post-opératoires, Jacquenoud [83], 5.
Anurie (Physiopathologie), Hamburger [39], 6.
— (Transfusion croisée), Littardi Buniva [107], 7.
— après transfusion, Richter [5], 52.
— calculeuse, Sohn [5], 44.
Anus (Atrésie congénitale) et mégacôlon, Fragoso [47], 2.
— (Fistule) et cancer, McIntyre [13], 16.
Aorte (Coarctation), Glenn [14], 2; Bahnson [15], 3; Lorange [123], 1; Johnson [123], 2.
— — et grossesse, Ghilain [141], 8.
— (Départ de l'artère pulmonaire), Sikl [117], 9.
— [Crosse] (Anomalies), Bahnson [15], 3.
— — (Duplicité incomplète) Mathey [70], 11.
— [Isthme] (Rétrécissement); hypertension, Froehlich [138], 5.
— abdominale (Anévrysme), Maggi [134], 1.
Aortographie dans les troubles circulatoires, Rublach [5], 8.
— abdominale, Gesenius [5], 7.
— directe percutanée, Columella [10], 3.
Aponévrose palmaire (Rétraction), Matthews [98], 7.
Appareil génital de la femme (Affections); 4 cas, Weinberg [122], 1.
— — — (Chirurgie); thrombo-embolie, Calendra [132], 2.
— génito-urinaire, (Tuberculose), Gloor [116], 3.
Appareil urinaire (Lithiase expérimentale), Vermeulen [40], 2.
— — (Symptômes); correction posturale, Nicely [16], 6.
Appendicectomie suivie d'occlusion, Rosenstiel [143], 19.
— (Suites gynécologiques), Darmaillacq [141], 14.
Appendicite et adénite mésentérique, Caucci [8], 1.
— aiguë (Occlusion), Luna [132], 3.
— — (Réinterventions), Iandoli [103], 9.
— — perforée, de Vetten [110], 3.
— chronique, Van Weel [110], 5.
Arriération mentale (Anastomose jugulo-carotidienne), Klein [71], 9.
Artère carotide (Anévrysme artério-veineux); mort cérébrale, Mörl [5], 39.
— — primitive (Anévrysme), Lievonen [35], 5.
— sous-clavière (Anévrysme), Lievonen [35], 5.
— — (Oblitération); influence vaso-constrictive, Leriche [2], 2.
— iliaque (Artériographie); valeur diagnostique, Borell [67], 1.
— — primitive (Anévrysme), Borghetti [16], 8.
— pulmonaire (Embolie massive), Crafoord [81], 4.
Artères (Thrombo-embolies); le Pelentan Reinis [117], 11.
— des membres inférieurs (Oblitération); aortographie, Columella [10], 3.
— périphériques (Anévrysmes), Ducuing [80], 2.
Artériographie de l'artère iliaque, Borell [67], 1.
— cérébrale (Complications oculaires), Larmande [85], 8.
— du rein tuberculeux, Capacci [39], 2.
Artérite (Chirurgie conservatrice), Ducuing [70], 17.
Arthralgie sacro-iliaque, Pellet [23], 7.
Arthrite ankylosante, Tanca Marengo [131], 1.
— [Mono] chronique, Françon [121], 4.
— [Péri] scapulo-humérale, Raiz Noriega [95], 1.
Arthrodèse (Maintien sous pression), Ferrand [4], 9.
— Arthrorise, Sohier [138], 15.
— vertébrale, Bourgeon [4], 6.
Arthropathies cervicales, Tanca Marengo [131], 1.
Arthroplasties coxales, Herbert [138], 2; Herbert [140], 2.
Arthrose déformante, Loeffler [5], 27.
Articulation sacro-iliaque (Radiologie), Resink [67], 6.
Articulations [Surfaces] (Pertes de substance); plasties costales, Nascimbene [8], 6.
Ascaridiose, Chérigié [64], 11.
Asphyxie (Balance électrolytique) Dowall [99], 1.
Aspiration-biopsie, Alwall [113], 2.
Astroblastome kystique, Cadenaule [79], 3.
Atrophie optique, Gros [60], 4.
Auréomycinothéraphie de l'actinomycose, Tenberg [110], 2.

B

Bacille lactique, Otto [89], 5;
B. coli, Raiga [139], 6.
Bactériologie des suppurations des muqueuses respiratoires, Gernez-Rieux [49], 7.
— des suppurations pulmonaires, Poli [107], 6.
Banque d'os réfrigéré, Ferrand [4], 4.
Bassin osseux (Fracture); section de l'urèthre, Constantian [40], 7.

Bassin osseux (Fracture pagétique), Louyot [23], 5.
Bassinet postérieur (Clinique), Trevisini [39], 1.
— rénal (Carcinome), Bidone [39], 4.
Bezoards de résine, Lund [114], 2.
Biopsie à l'éponge, Savonuzzi [105], 1.
— muqueuse gastrique, Debray [143], 1.
Blessures de guerre, Rockey [55], 1; Valle [55], 2; Chippaux [139], 2.
— — maxillo-faciales, Soderberg [16], 2.
Blocage stellaire, Wehrkeim [5], 32.
Bouche (Sarcome), Wild [41], 11.
Bras (Ostéosarcome), Laval [84], 1.
Brides pleurales (Section); accidents pleuraux, Triboulet [70], 8.
Bronches (Corps étrangers); chirurgie, Chalnot [70], 9.
Bronchectasie après thoracoplastie, Morgana [52], 3.
Bronchiome malin (Disparition), Gros [82], 2.
Brucellose, Puig [144], 6.
Brûlures (Carcinome de la cicatrice), Lawrence [18], 5.
— (Excision), Evans [97], 2.
— chez l'enfant, Knaibl [30], 1.
Bursite (Radiothérapie), Mann [16], 12; Raiz Noriega [95], 1.

C

Cæcum (Perforation obstructive), Rack [13]' 6.
— (Rupture spontanée), Smolarski [11], 7.
—(Tumeur amibienne), Huguenin [85], 4.
— (Volvulus), Domingues Quesada, [130], 4.
Cal des fractures (Acide nucléique cellulaire), Aquila [106], 1.
Calcul uréthral, Scufari [39], 5.
Calculose biliaire (Anatomie, radiologie), de Abreu Campanario [136], 2.
— rénale (Cause uréthro-vésicale), Couvelaire [38], 2.
— urétérale, Sohn [5], 44; Saxe [40], 6.
Canal artériel ouvert (Chirurgie) chez l'enfant, Scott [15], 2.
— — — (Opération), Franke [5], 10.
— cystique double, Demartial [143], 17.
— galactophore (Papillome), Mc Gregor [122], 3.
— hépatique accessoire, Demartial [143], 17.
— rachidien (Abcès froids), Descuns [4], 7.
Canalicule optique (Hyperostose), Euzière [6], 2.
Canaux galactophores (Exérèse) dans la mamelle sanglante, Goldenstein [137], 2.
— de Hahn (Persistance), Dessa [23], 6.
Cancer (Cure chirurgicale), Mandl [91], 1.
— (Electrochirurgie), Herbst [91], 14.
— (Traitement opératoire); son extension, Nissen [116], 5.
— (Vitesse de sédimentation), Beresford [125], 4.
— in situ, Hertig [36], 4; Mc Kelvey [36], 5; Carter [36], 6; Wodon [93] 4.
— anal, McIntyre [13], 16.
— du brai et du goudron, Lakaye [94], 2.
— bronchique, Merlier [70], 14; Blanchard [125], 7.
— colique, Broders [15], 17; Naud [123], 3.
— duodénal, Kjellman [67], 3; Dubourg [143], 14.
— gastrique, Covert [15], 10; Giraud [78], 2; Chiari [91], 8; Finsterer [91], 11; Finsterer [91], 13; Carvalho [112], 2; Petit [139], 3; Berthon [143], 12.
— gélatineux, Martinotti [8], 3.
— hépatique, Delattre [77], 1.
— intestinal, Krokowicz [11], 6.
— labial, Ferrari [132], 8; Pilheu [132], 14.
Cancer laryngé, Tori [64], 2; Ferrari [133], 2.
— lingual, Dargent [140], 1.
— mammaire, Steingraber [5], 13; Ballarati [63], 1; Pizon [70], 2; Moulonguet [70], 3; du Plessis [122], 4; Klapp [127], 5; Tailhefer [138], 3.
— ovarien, Boyd [36], 10.
— pancréatique, Jackson, [96], 5.
— pelvien, Schmitz [13], 11.
— pleuro-pulmonaire, Laval [84], 1.
— prostatique, Darget [70], 18.
— pulmonaire, Blanco Soler [95], 3; Alix y Alix [95], 4.
— rectal, Naunton [98], 1.
— recto-sigmoïdien, Prindley [15], 15; Pierra [138], 13.
— thyroïdien, Pochin [97], 5; Dargent [97], 6; Picco [108], 1; Paquet [124], 2.
— uréthral, Cooke [97], 9.
— utérin, Bourg [6], 1; Yagi [18], 2; Riehm [32], 2; Hertig [36], 4; Mc Kelvey [36], 5; Carter [36], 6; Gros [64], 1; Werner [91], 7; Blaikley [96], 4; Clauss [116], 6; Blanchard [134], 2; de Wattewille [141], 2; Netter [142], 1.
— vésical, Bibus [116], 4.
— vulvaire, Engelhart [36], 11.
Capacité vitale après collapsothérapie, Melzer [5], 46.
Capillaires [Résistance] (Variations avec l'âge), L. Binet [70], 7.
Carcinome sur cicatrice, Lawrence [18], 5.
— sur lupus (Radiothérapie), Hjorth [67], 7.
— à cellules squameuses, Bidone [39], 4.
Cardia (Cancer), Berthon [143], 12.
— (Sténose congénitale), Staudacher [10], 4.
Cardiopathie et anesthésie, Maquivar [129], 5.
— congénitale, Genesi [28], 2.
— — cyanogène (Chirurgie), Sabiston [15], 1.
Cardiospasme (2 cas guéris), Figarella [3], 17.
Cartilage (Hétérogreffes), Ginestet [139], 5.
— costal (Plasties articulaires), Nascimbene [8], 6.
Castration chirurgicale pour pseudo-hermaphrodisme mâle, Bonte [62], 1.
Cavité pelvienne (Affections graves); antibiotiques, Magendie [141], 19.
— — (Cancer); blessures colo-rectales, Schmitz [13], 11.
Cellules interstitielles testiculaires (Tumeurs), Mayers [40], 9.
Cerveau (Abcès chroniques); visualisation radiographique, Rousseaux [64], 18.
— (— otogènes); bactériologie, Pykosz [111], 4.
— (Angiographie), Viallet [85], 1.
— (Anoxie), au cours de l'anesthésie Grönqvist [35], 1.
— (Artériographie); complications oculaires. Larmande [85], 8.
— (Atrophie); ectomie, Wertheimer [140], 3.
— (Commotion) (Irradiation choroïdienne. Rauhs [92], 1.
— (Hémorragie spontanée); chirurgie, Falconer [96] 3.
— (Maladie due à des tumeurs insulaires). Richardson [96], 10.
— (Opérations); abaissement de la tension sanguine, Jirasek [117], 5.
— (Pathologie vasculaire), Rohmer [59], 2.
— (Tumeurs chez l'enfant), Otenasek [15], 6.
— (— sustentorielles), Rousseaux [64], 17.
Cervelet [Vermis] (Astroblastome kystique), Cadenaule [79], 3.
Cervico-faciale [Actinomycose] (Cas mortels). Zitka [90], 3.
Chirurgie (Traitement de Filatov), Ferrando [7], 2.

Chirurgie des accidents (Expertise), Mayr [90], 4.
— plastique, Maliniac [20], 1.
— vasculaire, Passler [5], 38.
Chlamydozoacées, Coste [23], 1.
Chlorhydrate d'isomylamino-6-méthyleptane (Action biliaire), Swynghedauw [143], 9.
Choc post-opératoire, Jentzer [116], 7.
Cholécystectomie (Fistule biliaire), Mollo [3], 5.
Cholécystite gazeuse aiguë, Di Catalano [9], 7.
— glandulaire, King [21], 2.
Cholécystostomie, Paris [143], 7.
Cholélithiase et lymphatiques vésiculaires, Tattoni [9], 4.
— et nécrose pancréatique, Herfort [117], 4.
Cholestéatome (Une tumeur ?), Albrecht [43], 1.
Chondrodysplasie héréditaire, Lato [27], 2.
Chondrodystrophies, Clément [71], 2.
Chondromatoses, Clément [71], 6.
Chordome, Barré [60], 3.
Cicatrice de brûlure (Carcinome), Lawrence [18], 5.
Circulation (Dérivation extra-corporéale), Vaysse [70], 1.
— (Troubles); aortographie, Rublach [5], 8.
— périphérique (Étude platysmographique), Coxe [17], 15.
— — (Troubles), Hasse [87], 2.
Cœlioscopie (Valeur diagnostique), Serment [141], 23.
Cœur (Arrêt), Campbell [16], 10.
— —; thérapeutique, Binet [75], 2.
— (Chirurgie); méthodes modernes, Derra [87], 1.
— (— actuelle), d'Allaines [121], 1.
— (Kyste hydatique), Calvo Melendra [85], 10.
— (Plaie par coup de couteau), Kuczynski [111], 6.
— (Réanimation), de Vernejoul [83], 1.
— exsangue, exclus (Possibilités chirurgicales), Dogliotti [107], 2.
— artificiel et dérivations circulatoires, Vaysse [70], 1.
— — poumon artificiel de Vernéjoul [83], 3.
Colite ulcéreuse, Card [98], 2.
— — (Chirurgie), Counsell [96], 8.
Collapsothérapie pulmonaire (Anesthésie), Schiavo [9], 6.
Collections purulentes sous-durales, Stern [18], 9.
Colon (Accidents de travail), Birnbaum [13], 10.
— (Chirurgie); surfaces dénudées, Trimpi [13], 14.
— — et thrombo-embolie, de Oliveira [136], 1.
— (Épithélioma), Naud [123], 3.
— (Obstruction aiguë maligne), White [15], 14.
— (Tumeurs); chirurgie d'urgence, Levy [112], 1.
— [Méga] et atrésie anale, Fragoso [47], 2.
— — et maladie de Hirschsprung, Pinxter [110], 5.
— — (Concept récent) Clausen [19], 2.
— droit pour œsophagoplastie, Bréhant [4], 11.
— pelvien (Volvulus) simulé par hernie étranglée diaphragmatique, Laumonier [138], 6.
— sigmoïde (Adénomes) chez les alcooliques Paraf [71], 25.
— — (Fibrome), Staud [139], 1.
— — (Fistule vésicale), Comer [14], 16.
Colonne vertébrale (Arthrodèse) chez l'adulte, Bourgeon [4], 6.
— — (Blessures accidentelles), suites, Zuckschwerdt [87], 4.
Colonne vertébrale (Fusion); ses critères, Stinchfield [17], 6.
— — (Tumeurs malignes), Kraus [91], 9.
— — cervicale (Arthropathies), Tanca Marengo [131], 1.
— — — (Histoplasmose), Delvoye [4], 10.
— — — [Segment mobile] (Relaxation), Muntean [65], 1.
Colopathie hémorragico-purulente, Gorse [143], 3.
Colostomie (Soins), Allan Birch [98], 5.
Commissurotomie mitrale, Froment [76], 1; Saegesser [115], 1.
— — (Embolie calcique), Bolton [55], 5.
Commotion cérébrale, Rauhs [92], 1.
Complications chirurgicales (Fibrinolysine), Margulis [17], 3.
Constipation chronique chez l'enfant, Bodian [98], 6.
Corps calleux (Lipome), Cant [26], 1.
— étrangers bronchiques, Chalnot [70], 9.
— — pulmonaires, Delarue [49], 2.
Corpuscule carotidien (Tumeurs), Birrell [21], 5.
Corticalis ostéoïdes, Moberg [67], 4.
Cortisone pour myosite ossifiante, Pirart [93], 2.
Côtes [Iᵉʳ] (Anomalie) réaction mammaire post-opératoire, Barrié [140], 4
— thoraciques (Arrêt de développement), Niedzielski [111], 2.
Cou (Kystes congénitaux méconnus), Carlier [45], 2.
— (Lympho-épithéliome), Robin [42], 4.
— (Tératomes), Mc Goon [15], 8.
— (Tumeurs); exérèse exsangue, Huet [41], 9.
Cou-de-pied (Arthrodèse-arthrorise), Sohier [138], 15.
— (Fractures), Desenfans [24], 5.
Courants électriques de haute fréquence pour extraction de pièces métalliques, Djourno [64], 9.
Couteau de Humby, Evans [97], 2.
Coxalgies non évolutives (Prothèse acrylique), Bourgeon [4], 8.
Coxite tuberculeuse, Scufari [39], 5.
Crâne (Cancer métastatique); épithelioma glandulaire, Gros [64], 16.
—(Fractures méconnues), Mordret [41], 14.
— (Perte de substance osseuse); plastie, Vogt [5], 31.
— (Traumatismes); séquelles auriculaires, Gros [20], 4.
— — troubles fonctionnels, Marrero [20], 5.
— (— aigus, graves), Siris [126], 2.
— (— fermés), Klizowski [139], 4.
— — —; thérapeutique précoce, Lecuire [2], 3.
— [Base] (Chordome), Barré [60], 3.
— [Cavité] (Abcès), Genesi [28], 2.
Cranium bifidum (Anomalies associées); plasties, Edgerton [15], 4.
Cuir chevelu (Anévrysme cirsoïde), Desaive [6], 5.
Curare pour intubation, Jaquenoud [83], 6.
Cyanose congénitale (Chirurgie), Franke [5], 10.
Cystadénome papillaire, Burk [14], 12.
Cystectomie (Technique), Stolze [5], 24.
Cystite rebelle (Énervation), Scrufari [39], 11.
Cysto-prostato-vésiculectomie en un temps, Rabadan [40], 8.
Cytodiagnostic des kystes congénitaux du cou, Carlier [45], 2.
— des tumeurs, Klein [82], 1.

D

Demerol (Perfusion) durant l'anesthésie, Randall [125], 2.
Diabète, Galley [99], 2.

MASSON et Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS-V

CHIRURGIE ET ORTHOPÉDI DU RHUMATISME

par

J.-J. HERBERT

Chirurgien-Chef des Hôpitaux d'Aix-les-Bains,
Membre associé de l'Académie de chirurgie.

Le livre est divisé en trois grandes parties : la première étudie les interventions à visées étiologiques et pathogéniques.

Dans les deux autres, qui sont de beaucoup les plus importantes, sont étudiées les deux formes : 1 dans le rhumatisme inflammatoire, où le rhumatisme chronique progressif inflammatoire et la spondylarthrite ankylosante (spondylose rhizomélique) retiennent spécialement l'attention, à cause de leur fréquence et des problèmes tant orthopédiques que chirurgicaux qu'ils posent ; 2 dans le rhumatisme dégénératif, la coxarthrie et les diverses formes de lésions dégénératives de la hanche, ainsi que certaines lésions du rachis occupent une place prépondérante.

Ce livre est essentiellement pratique; c'est dire que toutes les considérations pathogéniques en sont exclues : seuls les faits et les hypothèses fécondes ont été retenus.

Un volume de 298 pages, avec 203 figures **1.800**

THÉORIE ET PRATIQUE DE L'OSTÉOSYNTHÈSE

par

Robert DANIS

Professeur à la Faculté de Médecine de Bruxelles.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

1. *Généralités.*

2. *La technique systématique.* — La réduction à ciel ouvert. — L'enclouage. — Le forage. — L'ostéosynthèse au fil d'acier. — Le vissage en os dur. — Le vissage en os spongieux : les hélices. — Le boulonnage. — Les coapteurs. — Les coapteurs jumelés. — Les greffes et les plastiques.

3. *Considérations anatomo-cliniques et techniques appliquées.* — Les fractures : du calcanéum; malléolaires; diaphysaires de tibia; du plateau tibial; de la diaphyse fémorale; du col fémoral; de la diaphyse humérale; diaphysaires du radius et du cubitus; du pied, du genou, du coude...

Un volume de 298 pages, avec 274 figures (Université de Bruxelles, Fondation E. Dugniolle) **1.500**

Diabétique (Lésions du pied chez le —), Miller [127] 2.
Diaphragme (Anomalies), Ravitch [15], 9.
— (Débilité limitée), Sznajder [111], 5.
— (Éventration), Beck [17], 8; Hagn-Meincke [53], 4; Monsaingeon [138], 10. L. Leger [138], 11; Mialaret [138], 12.
— (— à droite), Spillane [40], 3.
— pour plastie du diaphragme, Galazka [11], 4.
Diarrhée chronique par diverticulose du grêle, Broide [132], 15.
Dicoumarol pour dysménorrhée, Zilliacus [35], 3.
Difformités après thoracoplastie, Murphy [54], 1.
Diodone pour salpingographie, Vandendorp [141], 21.
Disque intervertébral (Ablation); indication de la greffe osseuse, Stinchfield [17], 6.
— — (Lésions); erreurs au début, Sell [127], 7.
Diverticule de Meckel et occlusion, Giorgi [103], 1.
— — (Cause d'iléus), Paas [5], 37.
Diverticules duodénaux, Kremser [65], 3.
— œsophagiens, Robb [21], 4; Brombart [64], 7.
— pharyngo-œsophagiens, Grimaud [41], 13.
Diverticulose et diverticulite, Douthwaite [98], 4.
— du grêle, Broide [132], 15.
— jéjunale, Waterson [96], 9.
Doigts (Rétraction de Dupuytren), Wilfert [5], 29.
Douleur dorso-lombaire par hernie adipeuse, Ficarra [127], 4.
— lombo-sacrée (Clinique), Kaplan [122], 2.
Drainage biliaire (Tube de Kehr), Lasala [132], 12.
Duodéno-pancréatectomie céphalique, Liefring [74], 3.
Duodénum (Anastomose biliaire), Large [17], 4.
— (Cancer gélatineux), et cancer gastrique, Martinotti [8], 3.
— (Diverticules); formation, Kremser [65], 3.
— (Fistules post-opératoires), Grabowski [111], 3.
— (Intubation) pour opacification du grêle, Segal [44], 2.
— (Sténose par pince aortico-mésentérique), Bonte [143], 10.
— (— sous-vatérienne); 3 cas, Misonnier [143], 13.
— (Ulcère); gastrectomie, Powell [15], 11.
— (— aigu profond), Herzog [88], 1.
— [Méga], Morice [64], 8.
— [III] (Carcinome primitif), Kjellman [67], 3.
— [Angle jéjunal] (Cancer); ectomie, Lafargue [143], 18.
— [Bulbe] (Cancer primitif), Dubourg [143], 14.
— — (Polype), Borron [69], 3.
— [Fonction jéjunale] (Obstruction), Stammers [97], 3.
— [Septum]; cause d'obstruction, St John [29], 2.
Dyschondroplasie, Parenzan [27], 1.
Dysembryome thoracique, Petrikova [117], 7.
Dysménorrhée (Endocrinothérapie), Bishop [99], 3.
Dystrophie polyépiphysaire et nanisme, Buisine [22], 3.

E

Échinococcose pulmonaire, Mini [7], 5.
— splénique, Marconi [8], 5.
Ectocardie thoracique, Nguyen-Huu [22], 1.
Électrocardiogramme (Changements post-opératoires), Urbanek [117], 12.
Électrochirurgie du cancer, Herbst [91], 14.
Électrodessication au lieu d'électrocoagulation, Haas [13], 2.
Électrolytes (Absorption) après urétéro-entérostomie, Ben Eiseman [14], 1.
— (Balance) et asphyxie, Dowall [99], 7.
— et eau (Excrétion urinaire pré, per et post-opératoire), Snyder [17], 11.
Éléphantiasis (Excision et greffe), Lagrot [4], 13.
Embolie calcique après commissurotomie, Bolton [55], 5.
— graisseuse, Musselman [17], 7.
— pulmonaire (Prévention), Culp [40], 10.
— — massive (Chirurgie), Crafoord [81], 4.
Embolies systématiques multiples, Laurence [97], 7.
Empalement transversal du thorax, Alessi [101], 2.
Empoisonnement par soude caustique (Lésions corrosives), Tasovac [120], 1.
Empyème tuberculeux (Drainage et thoracoplastie), Kastl [54], 2.
Enclouage médullaire, Jewett [16], 3; Odena [132], 6.
Endartérite oblitérante (Parathyroïdectomie), Garbon [119], 3.
Endocrinothérapie de la dysménorrhée, Bishop [99], 3.
Endomètre (Diffusion lymphatique), Javert [36], 3.
— (Modifications vasculaires) dans l'hypertension, Grunberger [92], 2.
— post-ménopausique, Foix [37], 3.
Endométriose, Hepp [16], 5.
— rétro-cervicale (Altérations nerveuses), Haltier [141], 5.
Endoscopie (Instrumentation), Trattner [40], 11.
— perorale (Préparation), Olsen [127], 1.
Épaule (Arthrite ankylosante), Tanca Marengo [131], 1.
— (Périarthrite), Robecchi [23], 2.
Épididymite par effort, Valverde-Medel [130], 3.
Épiphyse (Décollement); modelage anormal de l'os, Thoms [67], 5.
— (Dysplasie multiple ou unique), Clément [71], 5.
— (Dystrophie polyépiphysaire), Clément [71], 5.
— (Physiologie), Kühne [5], 34.
Épiphyséolyse fémorale, Chapchal [110], 1.
Épiploon [Grand] (Torsions isolées), Menegaux [71], 8.
Épistome, Le Melletier [49], 5.
— bronchique, Houel [85], 5.
Épithelioma bronchique, Le Melletier [49], 5.
— du col utérin, Bourg [6], 1.
— colique, Naud [123], 3.
— facial, Seguinard [42], 3.
— glandulaire (Métastase crânienne), Gros [64], 16.
— hépatique, Delatre [77], 1.
Éponges et instruments (Oubli chez les opérés), Kilgore [19], 1.
Épulide atypique, Bonanome [101], 3.
Équilibre hydrique et ionique des opérés, J. Gosset [138], 16.
Espace péri-amygdalien (Phlegmon), Roger [60], 6.
— sous-deltoïdien (Bursite); radiothérapie, Mann [16], 12.
— sous-dural (Collections purulentes), Stern [18], 9.
— rétro-péritonéal (Tératoblastome), Arosemena Elizalde [131], 2.
— — (Tumeurs), Rabinovitch [17], 18.
— — (— géante), Paas [5], 36.
— — (— prævia), Boursier [141], 13.
— parapharyngien (Tumeurs), Huet [41], 8.

Espace extra-pleural (Remplissage à l'huile de paraffine), Siegel [11], 2.
— prévertébral, Staudacher [10], 1.
Estomac (Accidents) dans l'éventration diaphragmatique, L. Leger [138], 11.
— (Cancer) d'après 150 cas, Ducuing [143], 15.
— — expression hémolytique, Giraud [78], 2.
— — péritonéoscopie, Carvalho [112], 2.
— — histologie, Chiari [91], 8.
— — chirurgie, Finsterer [91], 11; Finsterer [91], 13.
— Voie thoraco-abdominale systématique, Berthon [143], 12.
— (— gélatineux) et cancer duodénal, Martinotti [8], 3.
— (Carcinome), Covert [15], 10.
— (Ectopie partielle) du petit enfant, Picanol [25], 5.
— (Explosion dans l'—) par insufflation d'éther, Moulonguet [138], 1.
— (Hernie et Cancer), Feldman [128], 1.
— (Kyste épithélial), Deaton [14], 15.
— (Léiomyosarcome), Molnar [125], 3.
— (Schwannome invaginé dans la grêle), Savignac [44], 5.
— en Situs inversus (Résection), Garcia Baron [95], 7.
— (Sténose par subtances corrosives), Liavaag [114], 1.
— (Tumeurs bénignes), Tartarini [7], 6.
— (Ulcère); lésion bénigne ou maligne, Stafford [19], 4.
— (— et cancer), Petit [139], 3.
— opéré (Expertise), Schönbauer [90], 2.
— intra-thoracique, Jaubert de Beaujeu [64], 12.
Ethmoïdite phlegmoneuse, Beauvieux [79], 4.
Ethmoïdo-fronto-orbitaire [Ostéome], Royer [124], 1.
Éventration (Greffes dermiques), Artaud [3], 15.
— diaphragmatique, Beck [17], 8; Hagn-Meincke [53], 4; Monsaingeon [138], 10.
Exostoses multiples, Lato [27], 2.
Expertise médico-légale, Mayr [90], 4.
Explosion par insufflation intragastrique d'éther, Moulonguet [138], 1.
— per-opératoire dans le côlon, Gray Carter [13], 3.

F

Face (Granulome malin), Piquet [41], 4.
— (Tumeurs); exérèse exsangue, Huet [41], 9.
— [Massif supérieur] (Épithélioma), Seguinard [42], 3.
Falicaine (Anesthésique), Eggers [5], 12.
Fascia prévertébral, Staudacher [10], 1.
Fémur (Granulome éosinophile), Leger [23], 4.
— [Col] (Tractures]; âge, nutrition insuffisante, Höhle [5], 53.
— — — enclouage, Jewett [16], 3.
— [Diaphyse] (Fracture); embolies multiples, Laurence [97], 7.
— [Tête] (Décollement), Desenfans [24], 4.
— — (Épiphysiolyse) chez l'adolescent, Chapchal [110], 1.
Fibrine (Formation péritonéale), Zinsser [14], 6.
Fibrinolysine, Margulis [17], 3.
Fibroadénome mammaire, Mc Laren [21], 6.
Fibrocytome, Maotti [41], 6.
Fibrome ovarien, Michel [31], 4.
— sigmoïdien, Staud [139], 1.
— thoracique, Ballarin [10], 3.
Fibromyxolipome, Spillane [40], 5.
Fil de silon en chirurgie osseuse, Tranka [118], 4.
Fissure sternale, Nguyen-Huu [22], 1.
Fistules anales et cancer, Mc Intyre [13], 16.
— ano-rectales, Balaban [132], 9.
— biliaires post-opératoires, Mollo [3], 5.
— duodénales, Grabowski [111], 3.
— gastro-jéjuno-coliques, Maingot [96], 2.
— œsophago-bronchiques chez l'adulte, Berman [55], 4.
— pancréatiques, Griessman [5], 16.
— recto-vaginales (Réparation), Hofmeister [13], 12.
— sigmoïdo-vésicales, Comer [14], 1.
— trachéo-œsophagiennes, Robb [21], 4.
— vésico-vaginales, Topuz [141], 9.
Flore bactérienne des péritonites, Gili [7], 4.
Foie (Abcès) ouvert dans les voies biliaires, Bourgeon [85], 3.
— (Angio cavernome) et kyste hydatique, Domenici [63], 2.
— (Cancer primitif); métastases osseuses, Stangl [92], 3.
— (Carcinome primitif) après hépatite à virus, Walshe [96], 7.
— (Cirrhose); anastomose porto-cave, Stock [19], 5.
— (Épithélioma primitif) à 3 ans, Delattre [77], 1.
— (Examen par palpation), Dzieciolowski [111], 1.
— (Kyste hydatique); exclusion, Hueston [21], 7.
— — — hépatectomie réglée, Sénèque [138], 9.
Fosse iliaque (Adénolymphocèle), Mainiero [103], 7.
Fractures, Picaud [3], 16; Darcourt [3], 18; Höhle [5], 53; Gonzalez Garcia [20], 7; Ordonneau [23], 8; Huc [24], 2; Constantian [40], 7; Mordret [41], 14; Frech [65], 5; Laurence [97], 7; Strelec [118], 2.
— (Acides nucléiques du cal), Aquila [106], 1.
— (Enclouage), Jewett [16], 3.
— (— médullaire), Odena [132], 6.
— (Ostéosynthèse), Wroblewski [11], 8.
— (Réduction sanglante), Desenfans [24], 5; Bonvallet [71], 14.
— et os accessoires, Lewis [16], 11.
— pathologiques, Ehalt [91], 6.
— spontanées, Louyot [23] 5.
Frottis vaginaux, Graham [36], 8; Clauss [116], 6; Netter [142], 1.
— — (Coloration), Isaac [31], 2.
— — (Technique et valeur), Bourg [93], 1.
Fulguration de la verrue plantaire, Belot [64], 10.
Furacin pour la lutte locale contre l'infection, Baumann [116], 1.

G

Ganglion stellaire (Blocage) et pneumothorax spontané, Wehrheim [5], 32.
Ganglionectomie stellaire pour sclérodermie. Berkay [119], 2.
Ganglioplégiques et hypothermie, Dogliotti [107], 2.
Gangrène par thrombose veineuse, Riedi [117], 1.
— gazeuse (Immunisation toxoïde), Altemeier [17], 17.
— vaccinale, Laurance [26], 2.
— vasculaire (Réfrigération), Sautot [2], 7.
Gastrectomie (Guérison d'un rétrécissement œsophagien), Auguste [44], 4.
— (Tétanos), Hébraud [138], 7.
— pour ulcère (Anastomose gastro-duodénale), Finsterer [71], 12.
— pour ulcère duodénal, Powell [15], 11.
— totale, Hoffmann [5], 35.
— — (Anastomose œso-jéjunale), Rodino [1], 2.

Gastrite (Diagnostic), DEBRAY [143], 2.
Gastro-duodénaux [Ulcères] (Hémorragies), DUBOST [73], 2.
— — (Radiologie), MAGGI [132], 1.
— — (Traitement et avenir), DUPUY [70], 6.
— — (Novocaïne), BARDESONO [107], 1.
Gastro-iléostomie, EVANS [69], 4.
Gastro-intestinale [Chirurgie], (Anesthésie), GILLESPIE [15], 18.
— [Intubation], MC KENZIE [125], 5.
Gastro-jéjunostomie (Complications), MAINGOT [96], 2.
Gastropexie dans l'éventration diaphragmatique, L. LEGER [138], 11.
Gastroscopie et biopsie pour gastrites, DEBRAY [143], 2.
Genou (Arthrose déformante), LOEFFLER [5], 27.
— (Lésions traumatiques intra et para-articulaires), MELOT [6], 2.
— (Luxations) par blast injury, BORON [138], 4.
— (Monarthrite chronique) FRANÇON [121], 4.
Germes (Absorption péritonéale), GILI [7], 4.
— (Test de sensibilité) in vitro, JOUIN [71], 22.
Glande thyroïde (Cancer), PICCO [108], 1. PAQUET [124], 2.
— — — stades de début, DARGENT [97], 6.
— — — radio-iode POCHIN [97], 5.
— (Hypernéphrome métastatique), COBELLIS [105], 3.
— — (Modifications) par implantation d'hypophyse, DESCLAUX [62], 2.
Glandes endocrines (Fonctions) et acromégalie, ABELY [62], 3.
— parathyroïdes (Kyste); ablation, GREENE [127], 3.
— — (Tumeur palpable), PARK [97], 8.
— surrénales (Epreuves fonctionnelles), MEISSNER [5], 50.
— — (Lésions) dans l'hypertension, GUICHARD [121], 2.
— — (Sclérose) et hypertension, GUERRERI D'ANTONA [8], 4.
Glandulaires [Implantations] (Activité hormonale), HOHLWEG [5], 17.
Gliomes juxta-ventriculaires, sustentoriels, DECHAUME [75], 1.
Goitre rétrosternal, BERKOL [119], 5.
— intra-thoracique (Voie trans-sternale), DORSEY [17] 10.
Granulomatose (Lésions ganglio-vertébrales), GIRAUD [78], 1.
Granulome éosinophile, LEGER [23], 4
— malin, PIQUET [41], 4.
— — intestinal, SCALA [105], 2.
Greffes biliaires, DEVIN [3], 4.
— cutanées et iléostomie, CUTAIT [137], 1.
— dermiques, ARTAUD [3], 15.
— osseuses, GINESTET [45], 1.
— — en H, STINCHFIELD [17], 6.
— conservées, FIACCAVENTO [7], 9.
— [Hétéro], cartilagineuses, GINESTET [139], 5.
Grossesse, MAKTAV [12], 3; HOFMEISTER [13], 12; NICORA [33], 2; ANTILA [35], 4; KUSHNER [36], 12; DONZELOT [56], 1; RUBIN [71], 17; GHILAIN [141], 8; AMBRE [141], 22; VAYSSIÈRE [141], 24; RICHON [141], 30; VERMELIN [141], 32.
— abdominale primitive, BARBOUR [21], 8.
— intra et extra-utérines simultanées, ROSSI [33], 1.
— salpingo-péritonéale à terme, LAMBILLON [141], 3.
Gynécographie, SEGUY [141], 11.

H

Hamartochondrome, CORAJOD [49], 3.
Hamartome, GRÉGOIRE [84], 2.
Hanche (Ankylose osseuse); résection, prothèse acrylique, RICHARD [138], 18.
Hanche (Arthroplastie), HERBERT [138], 2; HERBERT [140], 2.
— (Arthrose déformante), LOEFFLER [5], 27.
— (Fractures), DARCOURT [3], 18.
— (Luxation congénitale), DELCHEF [24], 1.
Hémangiome caverneux, JAQUES [13], 1.
Hématémèses (Physiopathologie), DUBARRY [73], 1.
— (Radio-diagnostic), DELANNOY [73], 3.
— cryptogénétiques, DUPUY [73], 4.
Hématologie après splénectomie, VIGANONI [9], 2.
Hématome spontané, KÜHLMAYER [91], 12.
Hématométrie à 72 ans (Rétention d'urine), BLUM [141], 34.
Hémisphérectomie pour atrophie, WERTHEIMER [140], 3.
Hémolyse du cancer gastrique, GIRAUD [78], 2.
Hémorragies par diverticulose jéjunale, WATERSON [96], 9.
— de l'ectopie gastrique, PICANOL [25], 5.
— après pneumolyse, HOPPE [50], 2.
— des ulcères, DUBOST [73], 2.
— cérébrales spontanées, FALCONER [96], 3.
— de la délivrance (Hystérectomie), AMBRE [141], 22.
— intrapéritonéales, GUIXA [37], 1.
— utérines rebelles, LAFARGUE [141], 17.
Hémorroïdes, FRASER [98], 3.
— (Dissociation clinique du syndrome), FILIPPI [72], 1.
— (Infection lymphogranulomateuse), BERNACCHI [47], 3.
Hémorroïdectomie (Perte de sang), FUZY [13], 5.
Hémostase défectueuse, QUICK [13], 17.
— de la loge prostatique, BURKERT [91], 3.
— utérine, RUBIN [71], 17.
Hémothorax après pneumothorax extra-pleural, LEVI VALENSI [85], 2.
Héparine (Action sanguine), DONZELOT [70], 19.
— (Antagonisme sympathique), DONZELOT [70], 19.
— pour dysménorrhée, ZILLIACUS [35], 3.
Hépatectomie gauche réglée, SÉNÈQUE [138], 9.
— — lobaire et segmentaire, COUINAUD [1], 1.
Hépatite à virus, WALSHE [96], 7.
Hépato-biliaires [Complications], des Salmonelloses, LABRA [95], 5.
Hermaphrodisme vrai, FISCHER [14], 10.
— [Pseudo] mâle, SNOECK [141], 7.
— — (Castration), BONTE [62], 1.
Hernie abdominale (Plastie cutanée), HEMPEL [5], 41.
— crurale étranglée, OCEJO [20], 3.
— diaphragmatique (Anémie), HILLEMAND [144], 2.
— — du nouveau-né, JOHNSON [29], 1.
— — étranglée, LAUMONIER [138], 6.
— du hiatus (Technique), GARDNER [17], 9; FELDMAN [128], 1.
— inguinale et hypertrophie prostatique, DELZOTTO [39], 4.
— du pannicule adipeux (Douleur dorso-lombaire), FICARRA [127], 4.
Herniorraphie inguinale, HIRZEL [20], 6.
Hexachlorophène pour désinfection, MAINIERO [9], 3.
Hexaméthonium pour hypertension, BOS [110], 7.
Hiatus œsophagien (Hernie); technique, GARDNER [17], 9, FELDMAN [128], 1.
Hibernation, JENTZER [116], 7.
— artificielle, LABORIT [80], 1.
— — dans le tétanos, AUBERTIN [79], 1.
Histologie du cancer gastrique, CHIARI [91], 8.
Histoplasmose ano-rectale, WEISS [13], 8.
— osseuse cervicale, DELVOYE [4], 10.
Hormones avant et après castration, BONTE [62], 1.

Hormonothérapie fonctionnelle, ANDREOLI [34], 4.
Huile de paraffine, SIEGEL [11], 2.
Humérus [Diaphyse] (Ostéomyélite) simulant l'ostéosarcome, H. L. ROCHER [70], 15.
— [Extrém. sup.] (Fractures); ostéosynthèse, WROBLEWSKI [11], 8.
— [Trochiter] (Fractures), STRELEC [118], 2.
Hydarthrose symétrique de l'enfance, CALVO MELENDRO [95], 2.
Hydracide isonicotinique, ALLARIA [90], 1.
Hydrocéphalie (Clinique), BACHS [15], 5.
Hydromètres provoqués et fonction ovarienne, BOURG [71], 19.
Hydronéphrose congénitale (Rupture), GODENA [39], 10.
Hypernéphrome (Tumeurs mixtes), MOOY [38], 4.
— métastatique, COBELLIS [105], 3.
Hyperostose frontale interne, EUZIÈRE [60], 2.
Hypertension artérielle, SALVI [34], 2.
— — (Modifications vasculaires de l'endomètre), GRUNBERGER [92], 2.
— — (Chirurgie), RUBANYI [5], 21.
— — (Résultats opératoires), FESEVUR [110], 6.
— — (Sclérose surrénale), GUERRERI D'ANTONA [8], 4.
— — (Sympathectomies), FROEHLICH [138], 5.
— — maligne (Hexaméthonium), BOS [110], 7.
— portale (Origine biliaire), BERGERET [44], 1.
— — (Chirurgie), RODRIGUEZ [20], 2.
— — expérimentale, SCHENK [14], 5.
Hypochrondre droit (Syndromes), ARNAUD [86], 1.
Hypophyse [Fragments basophiles] (Implantation), DESCLAUX [62], 2.
Hypotension artérielle en chirurgie, ASQUITH [125], 6.
— contrôlée, BOZZA [10], 2; JENTZER [116], 7; KUCHER [116], 8.
Hystérectomie pour hémorragie de la délivrance, AMBRE [141], 22.
— pour prolapsus, MATEOS FOURNIER [129], 6.
— abdominale totale (Fermeture du vagin), MENEGAUX [138], 8.
— sus-cervicale, PHANEUF [36], 2.
— totale, BARATTO [109], 3.
— — (État du dome vaginal), DAVEO [141], 26.
Hystérographie, SEGUY [71], 24.
Hystéro-salpingographie (Organo-iodés hydrosolubles), manométrie, PALMER [141], 12.

I

Iléon [Bout distal]; abouchement cutané, DELANNOY [143], 8.
Iléostomie et greffe cutanée, CUTAIT [137], 1.
— terminale, DELANNOY [143], 8.
Iléotransversostomie, HUGUENIN [85], 4.
Iléus par étranglement diverticulaire, PAAS [5], 37.
Immunisation toxoïde, ALTEMEIER [17], 17.
Incontinence d'urine d'effort, JEFFCOATE [36], 1.
— — orthostatique chez la femme, DELINOTTE [71], 18.
Infections (Prophylaxie par le Furacin), BAUMANN [116], 1.
— chirurgicales (Antibiotiques), COTTALORDA [3], 13.
— urinaires, BUDNICK [87], 5.
— — à B. Coli, RAIGA [139], 6.
Inflammations gazeuses, ROTHBART [16], 7.
Injections sclérosantes dans les varices, WEFERS [5], 3.
Injections intra-veineuses (Voie sous-claviculaire), AUBANIAC [71], 13.
Innervation vésicale, MC CREA [13], 4.
Insulinome malin, DUPÉRIÉ [44], 3.
Intestin (Granulome malin), SCALA [105], 2.
— (Invagination), WANSBROUGH [125], 1.
— (Obstruction), après opération de Doléris, KELLER [141], 35.
— (— partielle par septum, JOHNSON [29], 1.
— (Occlusion) par appendicite, LUNA [132], 3.
— — après appendicectomie, ROSENSTIEL [143], 19.
— — dans la puerpéralité, VERMELIN [141], 32.
— — chez le nouveau-né, SPENCER [18], 4.
— (— par adhérences), WECKESSER [17], 1.
— (— congénitale), KORIELA [11], 5.
— (— diverticulaire), GIORGI [103], 1.
— (Plicature) pour occlusion, WECKESSER [17], 1.
— (Pneumatose kystique), FUCHS [5], 48; SHERWIN [14], 14.
— (Urétéro-entérostomie), BEN EISEMAN [14], 1.
— grêle (Anomalie), SPENCER [18], 4.
— — (Dédoublement congénital), MOORE [18], 3.
— — (Diverticulose); diarrhée chronique, BROIDE [132], 15.
— — (Lésions), RAMEY [15], 13.
— — (Obstruction aiguë), HUNT [16], 4.
— — (— mécanique), SPEED [15], 12.
— — (Subocclusion), par ascaridiose, CHÉRIGIÉ [64], 11.
— — (Opacification) par intubation duodénale, SEGAL [44], 2.
— — (Plicature partielle), FILHOULAUD [143], 16.
— — (Sarcome), BRANDSTÄTTER [5], 2.
— — (Schwaunome), BERTHON [143], 11.
— — (Tumeurs), THOMMEN [68], 1.
— [Gros] (Cancer), KROKOWICZ [11], 6.
— — (Néoplasmes), BRODERS [15], 17.
— — (Tumeurs malignes primitives multiples), PRINDLEY [15], 16.
— terminal (Blessures) dues au cancer pelvien, SCHMITZ [13], 11.
— — (Polypes adénomateux); électrodessication, HAAS [13], 2.
Intubation gastro-intestinale (Complications), MC KENZIE [125], 5.
— endotrachéale (Curarisation), JAQUENOUD [83], 6.
Invagination intestinale, WANSBROUGH [125], 1.
— œsophago-gastrique, SARASIN [68], 4.
Iode radio-actif, POCHIN [97], 5.
— — pour le diagnostic des tumeurs, WALTER [68], 3.
Irradiation pré-opératoire, STEINGRABER [5], 13.
Ischion (Fracture) sur bassin pagétique, LOUYOT [23], 5.

J

Jambe (Maladie primitive); pied contracté secondaire, ENDLER [90], 5.
— (— vasospastique), GALLEY [99], 2.
— trophique veineuse, CLIVIO DURANTE [58], 2.
— (Ulcères chroniques); chirurgie, QUEINNEC [71], 16.
Jéjunum (Anastomose biliaire) pour pancréatite, PARTINGTON [17], 5.
— (Diverticulose); hémorragie, WATERSON [96], 9.
— (Léiomyosarcome), JANES [14], 13.
— (Perforation) BOWERS [125], 9.
Jonction duodéno-jéjunale (Obstruction), STAMMERS [97], 3.
Jumeaux thoracopages, GARCIA MONTÈS [25], 1.

K

Kystes bronchogéniques, Laumonier [70], 12.
— chyleux, Mendillo [16], 1.
— congénitaux, Carlier [45], 2.
— épidermoïdes, Bret [31], 1.
— folliculaires et lutéiniques (Rupture hémorragique), Magendie [141], 18.
— gastriques, Deaton [14], 15.
— hydatiques cardiopéricardiques, Calvo Melendra [85], 10.
— — hépatiques, Hueston [21], 7; Domenici [63], 2; Sénèque [138], 9.
— ovariens, Lepage [22], 2; Seguy [71], 23; Darmaillacq [141], 15.
— maxillaires, Ginestet [45], 1.
— médiastinaux, Sabiston [14], 3.
— pancréatiques, Griessmann [5], 16.
— — [Pseudo], Donkersloot [110], 8.
— parathyroïdiens, Greene [127], 3.
— pulmonaires, Stoyanovitch [2], 5.
— séro-muqueux, Terracol [42], 1.
— thymiques, Perianes [132], 5.

L

Langue [Partie mobile] (Cancer), Dargent [140], 1.
Laparotomie gynécologique (Technique), Quaini [34], 1.
Laryngectomie pour cancer, Ferrari [133], 2.
Laryngo-pharyngectomie totale, Huet [41], 7.
Laryngo-pharynx (Chirurgie), Dunlop [21], 1.
Larynx (Cancer); radiothérapie, Tori [64], 2.
— — ectomie, radio et antibiotiques, Ferrari [133], 2.
Léiomyosarcome, Janes [14], 13; Molnar [125], 3.
Leucémie (Début pseudo-appendiculaire), Zunin [28], 1.
- myéloïde (Priapisme), Hynie [117], 2.
- — classification, Ferrari [132], 8.
— (Délabrements commissuraux) en chirurgie de guerre, Chippaux [139], 2.
Ligament large (Tumeurs), Deniker [71], 21.
- rond (Tumeurs), Bronzini [34], 5.
Ligamentopexie suivie de pollakiurie, Crosetti [115], 2.
— vaginale, Bertrand [141], 31.
Ligature veineuse cave, Owens [17], 13; Sarington [17], 14.
Linguo-palatine [Malformation], Coussieu [41], 12.
Lipiodol intra-utérin per-opératoire, Bertrand [141], 29.
Lipomes, Wakeley [96], 6.
— du corps calleux, Cant [26], 1.
Lithiase pancréatique, Bergeret [143], 4.
— urinaire expérimentale, Vermeulen [40], 2.
Lobectomie pulmonaire pour tuberculose, Forsee [14], 7.
Lobotomie préfrontale (Bilan actuel), Fromenty [74], 2.
- — (Complications chirurgicales), Midon [81], 3.
Loge prostatique (Hémostase), Burkert [91], 3.
Lombo-iliaques [Abcès froids], Lombard [4], 5.
Lutte contre le cancer (Électrochirurgie), Herbst [91], 14.
Luxation, Boron [138], 4.
— congénitale, Delchef [24], 1.
— coxo-pubienne antérieure, Brunner [65], 7.
Lymphatiques vésiculaires dans la cholelithiase, Tattoni [9], 4.
Lympho-épithéliome, Robin [42], 4.
Lymphogranulomatose et hémorroïdes, Bernacchi [47], 3.
Lymphome bénin, Hayes [13], 9.
Lymphosarcome, Dvoracek [118], 5.

M

Mâchoires (Adamantinome), Davis [96], 1.
Main (Ténosynovites tuberculeuses), Iselin [138], 17.
Mains (Désinfection) à l'hexachlorophène, Mainiero [9], 3.
Mal de Pott (Arthrodèse) chez l'adulte, Bourgeon [4], 6.
Maladie de Biermer, Hillemand [144], 2.
— de Clutton, Calvo Melendro [95], 2.
— de Dupuytren Wilfert [5], 29; Matthews [98], 7.
— de Hirschsprung, Bodian [98], 6; Pinxter [110], 5.
— — (Méthode de plicature), Bsteh [91], 4.
— de Hodgkin (Adénopathies abdominales), Giraud [78], 1.
— — (Affection de système ?), Scala [105], 2.
— hypertensive (Chirurgie), Rubanyi [5], 21.
— de Pierre Marie, Locascio [103], 4.
— de Masson, Iglesias [132], 4.
— de Mondor, Sicard [121], 3.
— de Morquio, Whiteside [26], 3; Clément [71], 4.
— de Paget du mamelon, Johnson [21], 3.
— — osseuse, Louyot [23], 5; Layani [144], 1.
— de Quervain, Tomassini [107], 3.
— thrombo-embolique en chirurgie colique, de Oliveira [136], 1.
Maladies chirurgicales (Épreuves fonctionnelles surrénales), Meissner [5], 50.
— ulcéreuses (Chirurgie), Niederle [117], 6.
— vasospastiques, Galley [99], 2.
Malformation linguopalatine, Coussieu [41], 12.
— tératomateuse, Gemolotto [109], 1.
Mamelle sanglante, Goldenstein [137], 2.
— tumorale (Radiographie), Gros [64], 15.
Mamelon (Maladie de Paget), Johnson [21], 3.
Manométrie de l'hystéro-salpingographie, Palmer [141], 12.
Mastectomie radicale (Causes du lymphœdème du bras), Parker [69], 2.
Maxillaire inférieur (Kyste); greffe osseuse, Ginestet [45], 1.
— supérieur (Fibrocytome), Maotti [41], 6.
Maxillaires (Malformations) (associées à celles des membres, Weyers [65], 2.
— (Troubles de croissance) dans le torticolis, Rancewicz [11], 1.
Maxillo-faciales [Blessures de guerre]; soins immédiats et tardifs, Soderberg [16], 2.
Médiastin (Kystes bronchogéniques), Laumonier [70], 12.
— (— thymiques), Perianes [132], 5.
— (Néoplasmes es kystes), Sabiston [14], 3.
— (Sarcome) avec tuberculose pulmonaire excavée, Mastropaolo [52], 4.
Médiastino-pulmonaires [Affections] (Pneumo-médiastin), Bariety [144], 4.
Mélanomes malins, Conway [19], 6.
Membre inférieur (Artérite); chirurgie conservatrice, Ducuing [70], 17.
— — (Éléphantiasis), Lagrot [4], 13.
— supérieur (Lymphœdème) après mastectomie, Parker [69], 2.
Membres (Gangrène vasculaire), Sautot [2], 7.
— (Malformations), associées à celles du maxillaire, Weyers [65], 2.
Méningiomes de l'aile du sphénoïde, Guidetti [61], 1.
Méningites purulente et tuberculeuse (Neuro-chirurgie), Verbiest [93], 3.

Méningocèle spinale (Plastie cutanée), KARITZKY [5], 30.
Menstruation (Physiologie), D'ONOFRIO [102], 1.
Mésentère (Kystes chyleux), MENDILLO [16], 1.
Métastases, FISCHER [5], 4; FROMME [5], 5.
Méthode de Key-Charnley, FERRAND [4], 9.
— de plicature, BSTEH [91], 4.
Méthylandrosténédiol [Dipropionate de] en gynécologie, NETTER [141], 10.
Métropathie hémorragique dysfonctionnelle, ANDREOLI [34], 4.
Microcarcinome cervical, AQUINO SALLES [37], 2.
Miction (Radiologie), NORDENSTRÖM [67], 2.
Moelle épinière (Compression) par neurofibrome, ROMEO ORBEGOZO [95], 6.
— — (Tumeurs malignes), KRAUS [91], 9.
— — (Penicilline), JUCH [5], 20.
Moignon du col utérin (Cancer), BLANCHARD [134], 2.
Môle hydatiforme, BRINDEAU [141], 1.
Mort cérébrale tardive par anévrysme, MÖRL [5], 39.
— post-opératoire (Autopsie), SMOLAGA [111], 8.
Mousse de gélatine, BURKERT [91], 3.
Moutarde azotée, BLANCO SOLER [95], 3.
Muqueuse gastrique (Biopsie), DEBRAY [143], 1.
— — (Prolapsus transpylorique), FERNANDEZ DE LA CRUZ [46], 4; ALGUIRRE MEDRANO [130], 1.
— œsophagienne (Fragments prélevés à l'éponge), SAVONUZZI [105], 1.
Muqueuses respiratoires (Suppurations); bactériologie, GERNEZ RIEUX [49], 7.
Muscle droit abdominal (Hématome spontané) KÜHLMAYER [91], 12.
— — (Section transversale), QUAINI [34], 1.
— pubo-coccygien (Fonctions sexuelles), KEGEL [19], 7.
Myasthénie (Indications de la thymectomie), SCHWAB [70], 4.
Myélomatose diffuse (Radiologie), SERINGE [144], 3.
Myélomes multiples, TOKMACK [12], 4; LAYANI [144], 1.
Myome (Contractilité ?), KINNUNEN [35], 2.
Myomectomie en vue de grossesse, RUBIN [71], 17.
Myosite ossifiante (Cortisone), PIRART [93], 2.

N

Nævi pigmenté, CONWAY [19], 6.
Nanisme, BUISINE [22], 3.
Nécrose cutanée infectieuse, RAVINA [141], 6.
— graisseuse, JACKSON [96], 5.
Néoplasmes médiastinaux, SABISTON [14], 3.
Néphrectomie transthoraco-diaphragmatique, PADALINO [102], 2.
Néphroptose (Symptome pyé'ographique), PUYLAERT [110], 4.
Nerf acoustique (Neurinome), GREINER [41], 5.
Nerfs crâniens [IX à XII] (Paralysie unilatérale), ROGER [60], 6.
— périphériques (Neurinomes malins), WISE [14], 11.
— — (Régénération); action des amino-acides, SOMMARIVA [7], 10.
— — (Traumatismes); élément vasculaire et sympathique, SERAFINO [121], 5.
Neurinomes, GREINER [41], 5.
— malins, WISE [14], 11.
Neuro-chirurgie des méningites purulentes et tuberculeuses, VERBIEST [93], 3.
Neurofibrome, ROMEO ORBEGOZO [95], 6.
Neuropathie diabétique, GALLEY [99], 2.
Névralgie du trijumeau (Douleur) calmée par venin de vipère, ZITKA [92], 4.
Névrite brachiale, JANTZ [89], 4.
Novocaïne et transfusion post-opératoire GONZALES [101], 1.
Novocaïnothérapie de l'ulcère, BARDESONO [107], 1.

O

Occlusion intestinale, LUNA [132], 3; VERMELIN [141], 32; ROSENSTIEL [143], 19
— — par ascaridiose, CHÉRIGIÉ [64], 11
— — du nouveau-né, KORIELA [11], 5
SPENCER [18], 4.
Œil (Complications de l'artériographie cérébrale), LARMANDE [85], 8.
Œsophage (Anastomose jéjunale), RODIN [1], 2.
— (Atrésie cicatricielle), THEISSING [43], 2
— (— congénitale), DABADIE [141], 20.
— (Brûlures de position), EISENBETH [85], 6
— (Diverticule), ROBB [21], 4.
— (Fistule bronchique) chez l'adulte, BERMAN [55], 4.
— (Invagination gastrique), SARASIN [68], 4
— (Paralysie), ROGER [60], 6.
— Plastie diaphragmatique), GALAZKA [11 4.
— (— par homogreffes conservées), FIACCAVENTO [7], 9.
— (Rétrécissement caustique), AUGUSTE [44 4.
— (Spasme étagé), CABON [64], 6.
— (Transplantations homoplastiques), KÜHT [5], 18.
— (Tumeurs malignes), FRUHLING [41], 1
— [Dolicho-Méga] (Opération de Heller GUEDJ [4], 12.
— et cardia (Sténoses organiques), BABAANTZ [68], 5.
— cervical (Chirurgie), DUNLOP [21], 1.
— thoracique (Diverticule), BROMBART [64] 7.
Œsophagogastrostomie (Radiologie), BABAIANTZ [68], 5.
Œsophagoplastie préthoracique avec le côlon droit, BRÉHANT [4], 11.
Œstrogènes [Pellets] (Implantation intra testiculaire), DARGET [70], 18.
Œstrogénothérapie, DI PAOLA [133], 1.
Oléothorax (Kystes intrathoraciques), WEISEL [54], 3.
Orcus (Fracture), ORDONNEAU [23], 8
Opération d'Aldridge, DAVEO [141], 26.
— césarienne basse, BOURSIER [141], 13
— de Doléris (Complications), CROSETT [115], 2.
— — (Modifications), KELLER [141], 35
— de Harris-Hryntschak, SPRENGELL [5] 25.
— d'Hartmann, PIERRA [138], 13.
— de Heller, GUEDJ [4], 12.
— de Hertz, BARATTO [109], 3.
— de Noble, WECKESSER [17], 1.
— de Roux, PARTINGTON [17], 5.
— de Stoffel, JANEK [118], 3.
— de Wertheim et de Schauta (600 cas) KNAUS [91], 10.
Opérations sous hypotension contrôlée, KUCHER [116], 8.
Orbite (Traumatisme) (Complications), GREINER [60], 5.
Orchite suppurée brucellosique, PUIG [144] 6.
Oreille (Séquelles des traumatismes crâniens), GROS [20], 4.
— moyenne (Cholestéatome); une tumeur ALBRECHT [43], 1.
Os accessoires (Diagnostic), LEWIS [16], 11
— (Angiomes), FONTAINE [64], 5.
— (Cancer métastatique hépatique), STANG [92], 3.
— (Chirurgie); fil de silon, TRNKA [118], 4.
— (Lésions syphilitiques), WATRIN [64], 14
— (Maladie de Paget, puis myélome) LAYANI [144], 1.

Os (Maladies rares); radio-diagnostic, Dörfel [5], 14.
— (Pathologie de P. Marie), G. Laroche [59], 1.
— (Réticulo-endothéliose), Djebli [86], 2.
— (Tumeurs malignes), Cocchi [107], 5.
— — — fractures pathologiques, Ehalt [91], 6.
— (Zone de transformation) après décollement épiphysaire, Thoms [67], 5.
— de la cheville (Fractures); chirurgie, Picaud [3], 16.
— [Grand] (Fracture), Frech [65], 5.
— longs (Fracture); enclouage, Odena [132], 6.
— — (Pièces métalliques); extraction par haute fréquence, Djourno [64], 9.
— — (Tumeurs), Verbrugge [24], 3.
— scaphoïde carpien (Pseudarthrose), Hébraud [3], 12.
— spongieux (Plastie) pour pseudarthrose, Hasslinger [5], 28.
— réfrigéré, Ferrand [4], 4.
Ossicules supra-sternaux, Nègre [64], 4.
Ostéite pubienne (Radiothérapie) Renfer [68], 2.
Ostéo-arthropathie hypertrophiante, Locascio [103], 4.
Ostéo-articulaire [Tuberculose]; restitutio ad integrum, Romano [9], 8.
— — chez l'adulte nord africain, Marill [4], 3.
— — (Hydracide isonicotinique), Allaria [90], 1.
— — (Streptomycine), Liaras [4], 2.
— — (Tomographie), Bourgeon [4], 1.
Ostéochondrite pubienne, Pellet [23], 7.
Ostéome ethmoïdo-fronto-orbitaire, Royer [124], 1.
— frontal, Despons [79], 2.
— ostéoïde, Moberg [67], 4.
— des sinus, Sichel [64], 19.
— sphénoïdal, Gros [60], 4.
Ostéomyélite (Abcès tardif), Stich [89], 3.
— (Forme tumorale), Wichmann [65], 4.
— (Antibiotiques), Brüning [5], 19.
— (Pénicilline), Juch [5], 20; Neumann [5], 45.
— aiguë, Condamin [140], 6.
— — (Pénicilline); radiologie, Bétoulières [70], 13.
Ostéosarcome, Laval [84], 1.
— simulé par ostéomyélite, H. L. Rocher [70], 15.
Ostéosynthèse des fractures humérales supérieures, Wroblewski [11], 8.
Ovaire (Carcinome), Boyd [36], 10.
— (Conservation); pronostic, Roman [31], 3.
— (Fibrome pédiculé), Michel [31], 4.
— (Fonction) dans l'hydrométre provoqué, Bourg [71], 19.
— (Kystes) chez le nouveau-né, Lepage [22], 2.
— — non chirurgicaux, Seguy [71], 23.
— (— suppurés) Darmaillacq [141], 15.
— (Résection partielle), Darmaillacq [141], 14.
— (Tumeurs de Brenner); origines, Greene [36], 7.

P

Paladon pour plastie crânienne, Vogt [5], 31.
Pancréas annulaire, Ribeiro [135], 1.
— (Carcinome) et nécrose graisseuse, Jackson [96], 5.
— (Cystadénome papillaire), Burk [14], 12.
— (Hétérotopie), Gaum [125], 8.
— (Insulinome malin), Dupérié [44], 3.
— (Kystes et fistules), Griessmann [5], 16.
— (Pseudokystes), Donkersloot [110], 8.
— (Lithiase), Bergeret [143], 4.
— (Nécrose) et cholélithiase, Herfort [117], 4.
Pancréatico - duodénectomie (Indications), Mathewson [19], 3.
Pancréatite aiguë (Radio-diagnostic) Olivier [70], 10.
— subaiguë, Paris [143], 7.
— chronique (Anastomose jéjuno-biliaire), Partington [17], 5.
— hémorragique, Ogan [119], 4.
Papillome du canal galactophore, Mc Gregor [122], 3.
Para-hydroxypropriophénone, Salvi [34], 3.
Paralysie cérébrale infantile (Chirurgie), Janek [118], 3.
— des 4 derniers nerfs crâniens, Roger [60], 6.
— de l'œsophage, Roger [60], 6.
Paramètre (Infiltration, pénicilline-novocaïne), Labandibar [141], 16.
Parathyroïdectomie pour endartérite, Garbon [119], 3.
— pour sclérodermie, Berkay [119], 2.
Patellectomie pour fracture, Bonvallet [71], 14.
— pour ostéomyélite, Condamin [140], 6.
Peau désépithélialisée, Bogetti [7], 7.
— (Nécrose infectieuse) chez le nourrisson, Ravina [141], 6.
— (Pertes de substance), Schreckenbach [5], 51.
— — — transplantation d'amnios, Schreckenbach [5], 51.
Pelentan, Hynie [117], 2.
— dans la thrombo-embolie, Reinis [117], 11.
Pénicilline dans la moelle osseuse, Juch [5], 20.
Pénicillinothérapie de l'ostéomyélite, Neumann [5], 45; Betoulières [70], 13.
— utérine, Labandibar [141], 16.
Pentobarbital - pentaméthonium, Barbier [41], 10.
Peptic ulcer durant la guerre, Hamr [118], 1.
Perfusion de Demerol, Randall [125], 2.
Périarthrite scapulaire, Robecchi [23], 2.
Péricarde (Kyste hydatique), Calvo Melendra [85], 10.
— [Hémo], Johnson [123], 2.
Péricardectomie Bedrna [117], 3.
Péricardite dans une septicémie post-abortum, Donzelot [56], 1.
— chronique (Opération); évolution, Cambresier [94], 3.
— constrictive, Dorken [119], 1.
— — (Chirurgie), Bedrna [117], 3.
Périnée (Déchirures complètes), Sordo-Noriega [129], 1; Rabago [129], 2.
— (Kystes), Bret [31], 1.
— (Reconstruction), Hofmeister [13], 12.
Périnéo-vulvaires (Kystes épidermoïdes), Bret [31], 1.
Période post-opératoire (Équilibre hydrique et ionique), J. Gosset [138], 16.
— — (Novocaïne et transfusion), Gonzales [101], 1.
— — (Troubles allergiques), Gutmann [143], 5.
Périthéliosarcome nerveux, Coste [71], 1.
Péritoine (Absorption des germes), Gili [7], 4.
— (Diffusion des liquides et particules), Zinsser [14], 6.
— [Cavité] (Hémorragies folliculaires ou lutéiniques), Guixa [37], 1.
Péritonéoscopie du cancer gastrique, Carvalho [112], 2.
Péritonite (Cortrophine et antibiotiques), de Rutter [110], 9.
— (Flore bactérienne), Gili [7], 4.
Pertes de substance cutanée, Schreckenbach [5], 51.
— — osseuse, Vogt [5], 31.
Pharyngo-œsophage (Diverticule); origine traumatique, Grimaud [41], 13.
Phéochromocytome (Diagnostic), Bos [110], 7.

Phlébite pelvienne (Priapisme), Eschbach [144], 5.
— variqueuse (Chirurgie), Olivier [70], 5.
Phlegmon périamygdalien (Paralysie des nerfs crâniens), Roger [60], 6.
Phosphore radio-actif, Blanco Soler [95], 3.
Phyllode du sein, Stephenson [14], 9.
Pied contracté secondaire, Endler [90], 5.
— (Gangrène) par thrombose veineuse, Riedl [117], 1.
— (Lésions) chez le diabétique, Miller [127], 2.
Pince aortico-mésentérique (Sténose duodénale), Bonte [143], 10.
Plaies accidentelles (Prophylaxie), Baumann [116], 1.
— de poitrine, Wiszniewski [11], 3.
— superficielles infectées (Bacilles lactiques), Otto [89], 5.
— thoraciques, Sevket-Evrensel [12], 2.
Plastie cutanée des hernies, Hempel [5], 41.
— — pour méningocèle, Karitzky [5], 30.
— musculaire après thoracoplastie, Chidichimo [51], 3.
— trachéale au fascia, au tantale, Swift [55], 3.
Platysmographie, Coxe [17], 15.
Pleurolyse (Complications), Bardesono [106], 2.
Pleuro-pulmonaire (Cancer) après ostéosarcome du bras, Laval [84], 1.
Plèvre (Accidents) des sections de brides, Triboulet [70], 8.
— (Cavité oblitérée); histologie, Sabbattini [9], 5
— (Empyème tuberculeux), Kastl [54], 2.
Plexus choroïde (Radiothérapie), Rauhs [92], 1.
— iléo-colique (Résection), Del Zotto [109], 2.
Pneumatose kystique, Fuchs [5], 48; Sherwin [14], 14.
Pneumolyse (Hémorragies), Hoppe [50], 2.
— ouverte, Rudström [53], 3.
— intra-pleurale (Complications précoces), Chidichimo [51], 4.
Pneumomédiastin, Bariety [144], 4.
Pneumonectomie, Ersek [119], 7.
— (Histologie du poumon restant et de la cavité pleurale), Sabbattini [9], 5.
— et zone réflexogènes sino-glomo-carotidienne, Del Bello [51], 6.
— et streptomycine, Kaufmann [54], 4.
— élargie, Merlier [70], 14.
Pneumonie obstructive chronique (Chirurgie), Wachs [5], 40.
Pneumopéritoine spontané, (Radiologie), Weizel [64], 13.
Pneumorétropéritoine et radio-diagnostic viscéral, Rautureau [3], 14.
Pneumothorax artificiel (Section de brides), Triboulet [70], 8.
— extra-pleural, Nils Tolagen [53], 5.
— — (Résultats de 282 cas), Le Foyer [48], 1.
— — (Complications), Levi Valensi [85], 2.
— — chirurgical, Abruzzini [51], 2.
— fermé au cours de l'anesthésie, Auld [100], 1.
— spontané et blocage stellaire, Wehrheim [5], 32.
— thérapeutique (Complications de la pleurolyse), Bardesono [106], 2.
Poitrine (Plaies), Wiszniewski [11], 3.
— (— de guerre), Valle [55], 2.
Pollakiurie incoercible après le Doléris, Crosetti [115], 2.
Polypes (Électro-dessication); explosion intra-colique, Gray Carter [13], 3.
— adénomateux, Haas [13], 2.
— duodénaux, Borron [89], 3.
Pouce (Reconstruction), Boron [70], 16.
Poumon (Agénésie lobaire), Chiechi [51], 5.
Poumon (Anévrysme artério-veineux), Thoenies [57], 1.
— (Cancer); diagnostic, Alix y Alix [95], 4.
— (— bronchique) pneumonectomie élargie, Merlier [70], 14.
— (— bronchogénique), Blanchard [125], 7.
— (— inopérable), Blanco Soler [95], 3.
— (Chirurgie); indications, Naeff [52], 1.
— — anesthésie spinale extra-durale, Lesse [5], 11.
— (Collapsothérapie); anesthésie, Schiavo [9], 6.
— (Échinococcose), Mini [7], 5.
— (Épistome bronchique), Houel [85], 5.
— (Épithélioma bronchique) et tuberculose, Le Melletier [49], 5.
— (Exérèse); angiopneumographie, Sournia [2], 6.
— (— segmentaire); anatomo-chirurgie, Berri [7], 3.
— (Kystes), Stoyanovitch [2], 5.
— (Lésions de l'irradiation pénétrante), Melillo [66], 1.
— (Lobectomies), Ersek [119], 7.
— (Lymphosarcome primitif), Dvoracek [118], 5.
— (Résection) pour tuberculose, Brunner [5], 9.
— (— segmentaire); effets fonctionnels, Van der Drift [53], 2.
— (Silicose à forme tumorale), Warter [82], 3.
— (Suppurations); diagnostic bactériologique, Poli [107], 6.
— (— par corps étranger), Delarue [49], 2.
— (Tuberculose); pneumolyse ouverte, Rudström [53], 3.
— — et strumectomie, Braun Wotke [91], 5.
— — capacité vitale après collapsothérapie, Melzer [5], 46.
— — thoracoplastie, Morgana [52], 3.
— — lobectomie, Forsee [14], 7.
— — résection, Derra [50], 1; Kraan [53], 1; Kelley [55], 6.
— (— aiguë); ectomie et streptomycine, Kaufman [54], 4.
— (— excavée) et sarcome médiastinal, Mastropaolo [52], 4.
— (Tumeur bronchique); étude fonctionnelle, Brille [49], 6.
— (— dysembryoplasique), Grégoire [84], 2.
— [Gaines vasculaires des pédicules], Cordier [49], 1.
— [Hile] (Thymome bénin), Thornburn [55], 7.
— [Sommet] (Réexpansion) après apicolyse, Chidichimo [51], 3.
— restant (Histologie), Sabbattini [9], 5.
Prématurés (Chirurgie), Gross [18], 10.
Pression sanguine (Abaissement) en chirurgie cérébrale, Jirasek [117], 5.
Prapisme de la leucémie (Pelentan), Hynie [117], 2.
— par phlébite, Eschbach [144], 5.
Prostate (Cancer); œstrogènes intra-testiculaires, Darget [70], 18.
— (Hypertrophie) et hernie, Delzotto [39], 4.
— - traitement actuel, Rocco [9], 1.
Prostatectomie rétro-pubienne (Résultats), Trevesini [39], 7.
— sus-pubienne, Sprengell [5], 25.
— — (Hémostase à la mousse de gélatine), Burkert [91], 3.
— rétro-symphysaire (Complication), Huc [74], 1.
Protéines [Hydrolysats] injectables, Devin [83], 4.
Prothèse acrylique des coxalgies, Bourgeon [4], 8.

rothèse acrylique coxale, Richard [138], 18.
rothrombine du sang conservé (Variations), Trezza [104], 3.
'seudarthroses, Hébraud [3], 12.
– (Plastie d'os spongieux), Hasslinger [5], 28.
seudomonas pyocyanea, Nicora [33], 2.
ubis (Ostéite); clinique, Jesserer [89], 1.
– — radiothérapie, Renfer [68], 2.
– (Ostéochondrite), Pellet [23], 7.
yélogramme en position horizontale, Puylaert [110], 4.
ylore (Sténose infantile), Maingot [96], 2.

Q

ueue de cheval (Lésion) par spondylolisthesis, Pett Turney [97], 4.

R

achis (Tuberculose); influence sur l'uretère, Couvelaire [38], 3.
adio-diagnostic osseux, Dörffel [5], 14.
· de la pancréatite, Olivier [70], 10.
adiographie (Origine rare), Capdehouret [132], 13.
des abcès cérébraux chroniques, Rousseaux [64], 18.
· de la mamelle tumorale, Gros [64], 15.
adiologie de la calculose biliaire, de Abreu Campanario [136], 2.
· de la pancréatite, Paris [143], 7.
des traumatismes du genou, Melot [6], 2.
adiothérapie des algies cervico-brachiales, Weissenbach [64], 3.
des bursites, Mann [16], 12; Raiz Noriega [95], 1.
du carcinome sur lupus, Hjorth [67], 7.
du cancer laryngé, Tori [64], 2.
du cancer mammaire, Pizon [70], 2.
mammaire, Dancot [6], 3.
– post-opératoire mammaire, Tailhefer [138], 3.
du cancer utérin, Gros [64], 1.
adiumthérapie d'hémorragies utérines rebelles, Lafargue [141], 17.
adius [Extrémité sup.] (Blessures), Moser [91], 2.
ate (Echinococcose); méthodes idéales, Marconi [8], 5.
– (Ectopie); tumeur pelvienne, Lagrot [141], 4.
(Études), Shumacker [17], 2.
(Rupture spontanée), Pérez Abreu [20], 8.
· (Traumatologie), Segre [3], 10.
éactions de Weinberg et Casoni, Pinos Marsell [46], 2.
éanimation par sang et plasma, Chalnot [81], 1.
– par transfusion carotidienne, Nociti [7], 8.
· cardiaque, de Vernejoul [83], 1.
· en chirurgie thoracique, Dorken [119], 8.
ectocèle (Technique de Dannreuther), Hepp [36], 9.
ecto-colite hémorragique, Delannoy [143], 8.
ecto-sigmoïde (Cancer); récidive ampullaire, Pierra [138], 13.
– (Carcinome), Prindley [15], 15.
– (Hémangiome caverneux), Jaques [13], 1.
ecto-sigmoïdectomie abdomino-périnéale (Traitement vésical), Mc Crea [13], 4.
ectum (Adénomes) chez les alcooliques, Paraf [71], 25.
– (Carcinome), Naunton [98], 1.
– (Chirurgie); surfaces dénudées, Trimpi [13], 14.
– (Hémangiome caverneux), Jaques [13], 1.
– (Lymphomes bénins), Hayes [13], 9.
(Tumeur carcinoïde), Freund [13], 15; Cohen [13], 18.
Reflux gastro-œsophagien, Eisenbeth [85], 6; Chevrot [85], 7.
— œsophagien, Hillemand [144], 2.
Réfrigération dans les gangrènes, Sautot [2], 7.
Rein (Aspiration biopsie), Alwall [113], 2.
— (Déplacement), Spillane [40], 3.
— (Fibromyxolipome), Spillane [40], 5.
— (Fonction) après ligature cave inf., Mantero [7], 1.
— (Rupture spontanée), Werner [5], 49.
— solitaire, Sohn [5], 44.
— de stase et vas aberrant. Altwater [5], 26.
— (Traumatisme), Huth [40], 4.
— (Tuberculose); artériographie, Capacci [39], 2.
— — cure médicale et chirurgicale, Sorrentino [103], 5.
— (Tumeurs); pronostic, Fantoni [39], 3.
— — radiologie, Hickel [71], 7.
— [Pédicule] (Arrachement) par contusion, Mancini [103], 8.
— artificiel (Efficacité), John Lewis [17], 12.
Rétention d'urine par hématométrie, Blum [141], 34.
Réticulo-endothéliose osseuse, Djebli [86], 2.
Réticulopathies (Adénopathies abdominales), Giraud [78], 1.
Rotule (Fractures); patellectomie, Bonvallet [71], 14.
— (Ostéomyélite); ectomie, Condamin [140], 6.

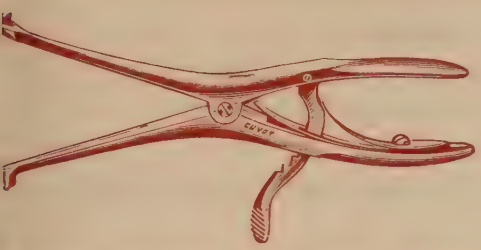
S

Sacro-coccyx (Tumeur), Richon [141], 30.
Sacrum (Fracture isolée), Gonzalez Garcia [20], 7.
Salmonelloses (Complications hépatobiliaires), Labra [95], 5.
Salpingectomie et ovariectomie contro-latérale suivies de grossesse, Vayssière [141], 24.
Salpingographie (Substances hydrosolubles et visqueuses), Burger [32], 3.
— pour annexites, Vandendorp [141], 21.
Sang (Perte per-opératoire), Fuzy [13], 5.
— (Conservation par congélation), Bessis [94], 1.
— conservé (Variations de la prothrombine), Trezza [104], 3.
Sarcome buccal, Wild [41], 11.
· intestinal, Brandstätter [5], 2.
— mammaire, Cogniaux [2], 1; [140], 5.
— médiastinal, Mastropaolo [52], 4.
Schwannome, Berthon [143], 11.
— gastrique, Savignac [44], 5.
Sciatique (Traitement par tractions), Vignon [23], 3.
Sclérodermie (Chirurgie), Berkay [119], 2.
Scoliose, Stagnara [2]; 4.
Seconal sodique, Weyl [16], 9.
Sédimentation (Vitesse de) dans le cancer, Beresford [125], 4.
Sein (Cancer); diagnostic précoce, Klapp [127], 5.
— — choix du traitement, Moulonguet [70], 3.
— — résultats éloignés, Ballarati [63], 1.
— — irradiation pré-opératoire, Steingraber, [5], 13.
— — radiothérapie, Dancot [6], 3.
— — radiothérapie post-opératoire, Tailhefer [138], 3.
— (Carcinome), du Plessis [122], 4.
— (Épithélioma); radiothérapie, Pizon [70], 2.
— (Fibro-adénome), Mc Laren [21], 6.
— (Lésions); diagnostic précoce, Saphir [127], 6.
— (Maladie fibrokystique); ectomie sous-cutanée, Finochietto [132], 7.
— (Phyllode), Stephenson [14], 9.

Sein (Réaction) à une opération costale, Barrié [140], 4.
— (Sarcome), Cogniaux [2], 1.
— — 16 cas, Cogniaux [140], 5.
Selle turcique (Tumeurs juxta-sellaires), Gros [60], 1.
Septicémie post-abortum (Péricardite), Donzelot [56], 1.
— ostéomyélitique, Stich [89], 3.
— à pyocyanique, Nicora [33], 2.
Septum intra-duodénal, St John [29], 2.
Sérums et plasmas (Dessication), Benhamou [4], 14.
Seuil narinaire (Kystes mucoïdes), Teracol [42], 1.
Shock (Blocage du sinus carotidien), Vojtek [5], 23.
Sinus carotidien (Blocage) dans le Shock, Vojtek [5], 23.
— crâniens (Ostéomes), Sichel [64], 19.
— frontal (Ostéome), Despons [79], 2.
— de Rokitansky-Luschka-Aschoff, King [21], 2.
— sphénoïdal (Ostéome), Gros [60], 4.
Situs inversus gastrique, Garcia Baron [95], 7.
Sondage aspirateur, Cantalmo [9], 9.
Sonde transvatérienne de Cattel-Michelini, Michelini [132], 10.
Sonde caustique (Lésions corrosives), Tasovac [120], 1.
Spasme œsophagien, Cabon [64], 6.
Spina bifida (Anomalies associées); plasties, Edgerton [15], 4.
Splanchnicectomie et sympathectomie doubles pour hypertension, Froehlich [138], 5.
Splénectomie (47 cas), Psacharopulo [3], 8.
— (Expérience personnelle), Mollo [3], 9.
— (Indications), Assali [3], 7.
— (Indications et résultats), Stropeni [3], 11.
— (Hématologie), Viganoni [9], 2.
Spondylarthrite ankylosante et ultragermes, Coste [23], 1.
Spondylite après anesthésie lombaire, Heep [5], 33.
Spondylolisthésis, Bamballi [132], 16.
— (Lésions de la queue de cheval), Pett Turney [97], 4.
Sténose sous-vatérienne, Missonier [143], 13.
Stérilité cervicale (Œstrogénothérapie), Di Paola [133], 1.
Sternum (Fissure congénitale), Nguyen Huu [22], 1.
— (Ossicules supra-sternaux), Nègre [64], 4.
— (Radiologie) dans le cancer, Gyl y Gyl [107] 4.
Streptokinase-streptodornase, Levi Valensi [85], 2.
Streptomycinothérapie de la tuberculose osseuse, Liaras [4], 2.
Strumectomie et tuberculose pulmonaire, Braun Votke [91], 5.
Substance de contraste hydrosoluble et visqueuse, Burger [32], 3.
Substances parasympatholytiques et bloquantes ganglionnaires (Differenciation), Bain [116], 2.
Suppurations pulmonaires, Delarue [49], 2.
— — (Bactériologie), Poli [107], 6.
Surfaces dénudées en chirurgie colo-rectale. Trimpi [13], 14.
Surrénalectomie pour artérite, Ducuing [70], 17.
— pour hypertension; histologie, Guichard [121], 2.
— dans les thrombo-angioses, S. Akel [12], 1.
Suture tendineuse, Jennings [18], 7.
Sympathectomie pour artérite, Ducuing [70], 17.
Sympathique (Antagoniome de l'héparine), Donzelot [70], 19.
— (Régénération) après résection, Vosschulte, [5] 22.
Sympathomes. Soler Roig [46], 1.
Syndrome de Banti (Diagnostic), Barqu Chediak [130], 2.
— de Cushing, Poutasse [40], 1.
— épaule-main, Schlegel [57], 2.
— hémorroïdaire (Dissociation clinique), lippi [72], 1.
— de l'hypochondre droit, Arnaud [86].
— de Milkman, Sznajder [111], 7.
— thyréotoxique, Mastropaolo [52], 4.
Syndromes douloureux iléo-cæcaux, Zotto [109], 2.
Syphilis osseuse, Watrin [64], 14.
Système lymphoïde (Unité en proctologi A. de Freitas [47], 1.
— nerveux (Changements histologiques) d l'endométriose, Halter [141], 5.
— — central (Perithéliosarcome), Cos [71], 1.
— vasculaire périphérique (Réactions va motrices), Neumann [117], 10.

T

Table de vertébrothérapie, Vignon [23].
Tantale [Réseau de] pour plastie traché Swift [55], 3.
Tarse (Élément peu connu, inconstan Fiebelkorn [65], 6.
Technique de Dannreuther, Hepp [36].
Tendons (Chirurgie réparatrice), Bogi [7], 7.
— (Suture primitive); technique, Jenni [18], 7.
Ténosynovites tuberculeuses, Iselin [138],
Tératoblastome, Arosemena Elizalde [13 2.
Tératomes, Gemolotto [109], 1.
— cervicaux, Mc Goon [15], 8.
— malins, Eck [5], 43.
Test de Soskin, Maktav [12], 3.
Testicule (Implantation de pellets d'œst gènes) pour cancer prostatique, Darc [70], 18.
— Tératome malin); guérison sponta Eck [5], 43.
— (Tumeurs des cellules interstitiell Mayers [40], 9.
Tétanos, Van der Ghinst [6], 4.
—(Hibernation artificielle), Aubertin [79]
— (Pronostic) Reher [117], 8.
— après gastrectomie, Hébraud [138],
— post-abortum, Bichel [141], 33.
Tétrade de Fallot (Diagnostic), Faivre [81]
Tétralogie de Fallot, Genesi [28], 2.
Thoraco-abdominales [Plaies de guer Rockey [55], 1.
Thoracoplastie, Di Paola [51], 1.
— (Difformités consécutives); préventi Murphy [54], 1.
— (Séquelles), Ballarin [10], 2.
— suivie de bronchectasie, Morgana [52]
— avec apicolyse (Technique), Agost [52], 2.
Thorax (Chirurgie); anesthésie épidur Cousineau [123], 4.
— — anesthésie péridurale, Crawford [1 1.
— — réanimation, Dorken [119], 8.
— (Dysembryome), Pétrikova [117], 7
— (Empalement transversal complet), Ali [101], 2.
— en entonnoir (Chirurgie), Gordon K [14], 4; Lindskog [18], 8.
— (Irradiation pénétrante); lésions monaires, Melillo [66], 1.
— ouvert (Fermeture) par aveuglen pleuro-musculaire étagé, Nguyen [71], 10.
— (Plaies), Sevket-Evrensel [12], 2.
— [Cage] (Tumeurs), Ravitch [15],
— [Cavité] (Goitre), Dorsey [17], 10.
— — (Kystes) après oléothorax, Wei [54], 3.



carteur autostatique du Docteur **REDON**
pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie
- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS

ANESTHÉSIQUES
LIGATURES
PANSEMENTS
ACCESSOIRES
CHIRURGICAUX

LES LABORATOIRES
BRUNEAU ET Cie
7, Rue de Berry - PARIS 8e

Les Anciens Éts F. VIGIER et Cie

croient avoir réalisé dans l'

ALBUPLAST

Très adhésif et bien toléré par l'épiderme

Un produit qui a devancé les résultats de recherches entreprises en cette matière, à l'étranger.

Ils seront heureux de collaborer avec MM. les Chirurgiens pour essayer de résoudre les problèmes soulevés par l'utilisation de tous

SPARADRAPS
chirurgicaux et médicamenteux

Jean HUERRE, pharmacien, Pér. 57-41
9, rue de la Gare, Levallois-Perret

Comprimés d'
ÉTHYL-DICOUMAROL
Dosés à 0,15 g d'
ester éthylique de l'acide dicoumarinyl-acétique
Produit sous cachet des
LABORATOIRES DU DOCTEUR J. AUCLAIR (J. Hatey, pharmacien)
11, rue Gazan, PARIS (XIVe). — GOB. 47-91

PANTOPON ROCHE OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE ROCHE HYPNOTIQUE
SÉDOBROL ROCHE TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID ROCHE HYPNOGÈNE
VALLONAL ROCHE ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE" 10, rue Crillon, PARIS

BISTOURIS A ÉCLATE
BISTOURIS A LAMP
MIXOTOME
à lampe et à éclate

Voûte
ELLIPTIQUE

ÉTABLISSEMENTS ANDR
WALTE
37, boulev. St-Michel - ODÉ : 16

CATGUT FANDRE
SCELGUT, SLOGUT, SERTY-CATGUT
NANCY-PARIS

Thorax [Paroi] (Fibrome) après thoracoplastie, BALLARIN [10], 2.
— — (Lésions), chez le petit enfant, RAVITCH [15], 9.
Thrombo-angioses (Surrénalectomie), S. AKEL [12], 1.
Thrombo-embolie en Chirurgie abdominale, CALENDRA [132], 2.
— (Ligature veineuse), OWENS [17], 13.
— artérielle, REINIS [117], 11.
— veineuse aiguë, CERESETO [134], 3.
Thrombophlébites (Expérience thérapeutique), BRÜCKNEROVA [118], 6.
— cérébrales, PESTEL [73], 5.
Thrombose des vaisseaux funiculaires, VERMELIN [141], 28.
— veineuse (Diagnostic), CULP [40], 10.
— — (Gangrène), RIEDL [117], 1.
Thymectomie dans la myasthénie, SCHWAB [70], 4.
Thymone bénin, THORNBURN [55], 7.
Thymus (Hypertrophie), ÉLORDI [25], 3.
— (Kyste), PERIANES [132], 5.
Thyroïdite subaiguë, TOMASSINI [107], 3.
Tissu cellulaire sous-cutané pour plastie tendineuse, [7], 7.
— cnorial (Mise en évidence), FERRARIS [34], 2.
Tissus (Conservation par congélation), BESSIS [94], 1.
Tomographie des tuberculoses ostéo-articulaires, BOURGEON [4], 1.
Tonsillectomie « à chaud » pour abcès, PEJIC [120], 2.
Torticolis (Troubles de croissance des maxillaires), RANCEWICZ [11], 1.
Tourniquet péricervical, RUBIN [71], 17.
Trachée (Pertes de substanee); plastie, SWIFT [55], 3.
Trachéo-œsophagienne [Fistule] sans atrésie, ROBB [21], 4.
Tractus biliaire (Adénome kystique), AUGUSTE [143],6.
— — (Tumeurs bénignes), MOORE [127], 8.
— gastro-intestinal (Chirurgie); anesthésie potentialisée, COTTALORDA [83], 2.
— urinaire (Infections), BUDNICK [87], 5.
— — (— à B. Coli), RAIGA [139], 6.
— — (Obstruction) chez l'enfant, JEWETT [15], 7.
Traitement de Filatov, FERRANDO [7], 2.
Transfusion de sang (Anurie), RICHTER [5], 52.
— — et novocaïne, GONZALES [101], 1.
— — intra-carotidienne, NOCITI [7], 8.
— — croisée, LITTARDI BUNIVA [107], 7.
Traumatismes et cancer, COOKE [97], 9.
— et zona, MOLTKE [114], 3.
— cervicaux, GRIMAUD [41], 13.
— crâniens, KLIZOWSKI [139], 4.
— — (Séquelles), GROS [20], 4.
— — (Troubles fonctionnels), MARRERO [20], 5.
— — (Traitement), SIRIS [126], 2.
— — (Traitement précoce), LECUIRE [2], 3.
— du genou (Radiologie), MELOT [6], 2.
— nerveux périphériques, SERAFINO [121], 5.
— orbitaires, GREINER [60], 5.
— rénaux, HUTH [40], 4; MANCINI [103], 8.
— spléniques, SEGRE [3], 10; VIGANONI [9], 2.
Triorchidie vraie, STEFANINI [85], 9.
Trompe de Fallope (Sténose); diagnostic, PALMER [141], 12.
— — (Torsion) dans la grossesse, KUSHNER [36], 12.
Tronc artériel (Malformation), SIKL [117], 9.
— brachio-céphalique (Injections), AUBANIAC [71], 13.
Trou condylien antérieur (Visualisation), LACHAPÈLE [42], 2.
— déchiré postérieur (Visualisation), LACHAPÈLE [42], 2.
Truncus arteriosus [Pseudo] (DIAGNOSTIC), FAIVRE [81], 2.
Tube digestif (Image radiologique anormale), D'ALLAINES [46], 3.
Tube de Miller-Abbott, CANTALMO [9], 9.
Tuberculisation des abcès pulmonaires opérés, BÉRARD [49], 4.
Tuberculose annexielle (Streptomycine), BREITNER [32], 4.
— coxale, SCRUFARI [39], 5.
— — (Prothèse acrylique), BOURGEON [4], 8.
— génito-urinaire (Pathogénie), GLOOR [116], 3.
— intestinale, COMER [14], 16.
— méningée (Neurochirurgie), VERBIEST [93], 3.
— ostéo-articulaire (Restitutio ad integrum), ROMANO [9], 8.
— — (Hydracide isonicotinique), ALLARIA [90], 1.
— — (Streptomycine), LIARAS [4], 2.
— — (Tomographie), BOURGEON [4], 1.
— — chez l'adulte nord-africain, MARILL [4], 3.
— ouverte chez l'enfant, MEGRIAS VELASCO [25], 2.
— pulmonaire et sarcome médiastinal, MASTROPAOLO [52], 4
— — et strumectomie, BRAUN VOTKE [91], 5.
— — (Collapsothérapie), MELZER [5], 46.
— — (Lobectomie), FORSEE [14], 7.
— — (Pneumolyse), RUDSTRÖM [53], 3.
— — (Résection), BRUNNER [5], 9; DERRA [50], 1; KRAAN [53], 1; KELLEY [55], 6.
— — aiguë streptomycino-résistante, KAUFMAN [54], 4.
— et épithélioma bronchique pulmonaire, LE MELLETIER [49], 5.
— rachidienne (Influence sur l'uretère), COUVELAIRE [38], 3.
— rénale (Artériographie), CAPACCI [39], 2.
— (Cure médicale), SORRENTINO [103], 5.
— synoviale, ISELIN [138], 17.
— urinaire (Traitement), GALBRAITH [97], 1.
— vertébrale chez l'adulte; arthrodèse, BOURGEON [4], 6.
— — (Abcès froids), DESCUNS [4], 7.
Tumeurs (Diagnostic cytologique), KLEIN [82], 1.
— (— par l'iode radio-actif, WALTER [68], 3.
— (Métastases), FISCHER [5], 4.
— —; formation, FROMME [5], 5.
— — et allergie, BIENENGRÄBER [5], 6.
— (Multiplicité primitive), HUBER [32], 1.
— amibiennes cæcales, HUGUENIN [85], 4.
— biliaires bénignes, MOORE [127], 8.
— de Brenner (Origines), GREENE [36], 7.
— bronchiques, BRILLE [49], 6.
— carcinoïdes, FREUND [13], 15; COHEN [13], 18; FOREMAN [14], 8.
— carotidiennes, BIRRELL [21], 5.
— à cellules insulaires, RICHARDSON [96], 10.
— cérébrales, OTENASEK [15], 6.
— coliques, LEVY [112], 1.
— dysembryoplasiques, GRÉGOIRE [84], 2.
— dans l'enfance, RODINO [103], 2; [103], 3.
— gastriques, TARTARINI [7], 6.
— glomiques, IGLESIAS [132], 4.
— du grêle, THOMMEN [68], 1.
— kystiques multiloculaires, DAVIS [96], 1.
— du ligament large, DENIKER [71], 21.
— du ligament rond, BRONZINI [34], 5.
— malignes (Guérison spontanée), ECK [5], 43.
— — osseuses, EHALT [91], 6; COCCHI [107], 5.
— mixtes, MOOY [38], 4.
— œsophagiennes, FRUHLING [41], 1.
— des os longs, VERBRUGGE [24], 3.
— parapharyngées, HUET [41], 8.
— parathyroïdiennes, PARK [97], 8.
— pelviennes, LAGROT [141], 4.
— rétropéritonéales, PAAS [5], 36; RABINOVITCH, [17] 18.
— prævia, BOURSIER [141], 13.
— rénales, FANTONI [39], 3; HICKEL [71], 7.

Tumeurs sacro-coccygiennes (Dystocie), Richon [141], 30.
— juxta-sellaires, Gros [60], 1.
— sustentorielles, Rousseaux [64], 17.
— thoraciques, Ravitch [15], 9.
— vertébrales, Kraus [91], 9.

U

Ulcères duodénaux (Gastrectomie), Powell [15], 11.
— — aigus, profonds, Herzog [88], 1.
— gastriques (Lésion bénigne ou maligne), Stafford [19], 4.
— gastro-duodénaux (Nonocaïnothérapie), Bardesono [107], 1.
— — (Traitement et Avenir), Dupuy [70], 6.
— — (Radiologie), Maggi [132], 1.
— — (Chirurgie); ses progrès, Uebermuth [5], 15.
— — (Gastrectomie), Finsterer [71], 12.
— — (Hémorragies), Dubost [73], 2.
— hémorragiques (Complication rare), Marschner [5], 42.
— de jambe, Queinnec [71], 16.
Ultragermes et spondylarthrite, Coste [23], 1.
Uretère [Calcul]; Anurie, Sohn [5], 44.
— — et néoplasme bénin, Saxe [40], 6.
— (Néoplasmes bénins primitifs) et calcul, Saxe [40], 6.
— circumcave, Mullen Jr. [69], 1.
— rétro-cave, Dufour [38], 1.
Uretéro-entérostomie (Absorption des électrolytes), Ben Eiseman [14], 1.
Urétéro-sigmoïdostomie (Absorption des constituants urinaires), Creevy [18], 6.
Urèthre (Calcul géant), et coxite, Scrufari [39], 5.
— (Épithélioma) après traumatisme, Cooke [97], 9.
— (Séparation traumatique) de la vessie, Constantian [40], 7.
— chez la femme (Radiologie pendant la miction), Nordenström [67], 2.
— postérieur (Énervation) dans la cystite, Scrufari [39], 11.
Urines (Constituants) après urétéro-sigmoïdostomie, Creevy [18], 6.
Uropathies chez l'enfant, de la Mano Marcos [25], 1.
Usine de dessication des sérums et plasmas, Benhamou [4], 14.
Utérus (Cancer); diagnostic précoce, Clauss [116], 6.
— (Endocervicites); antibiotiques, Jouin [71], 22.
— (Moignon du col); cancer, Blanchard [134], 2.
— (Prolapsus); hystérectomie, Mateos-Fournier, [129], 6.
— (Rétroversion congénitale), Serment [141], 27.
— [Col] (Cancer), Yagi [18], 2; Werner [91], 7.
— — — résultats, Blaikley [96], 4.
— — — diagnostic précoce, de Watterville [141], 2.
— — dépistage par frottis, Netter [141], 1.
— — (— in situ), Hertig [36], 4; Mc Kelvey [36], 5; Carter [36], 6.
— — (— récidivant), Graham [36], 8.
— — (Épithélioma); diagnostic précoce, Bourg [6], 1.
— — (— in situ), Wodon [93], 4.
— — (Microcarcinome), de Aquino Salles [37], 2.
— [— restant] (Hémorragies), Marcel [142], 2.
— — — (Prolapsus), Phaneuf [36], 2.
— [Cornes] (Oblitération); hystérographie, Seguy [71], 24.
Utérus [Corps] (Cancer); radiothérapie, Gros [64], 1.
— — (Carcinome); après folliculine, Riehm [32], 2.

V

Vaccine gangréneuse, Laurance [26], 2.
Vagin (Absence congénitale), Gomes [112], 3; Luzes [112], 4.
— (Fermeture immédiate) après hystérectomie abdominale, Menegaux [138], 8.
— (Inversion) après hystérectomie, Phaneuf [36], 2.
— (Plaie par coït), Serment [141], 25.
— (Septum transversal), Antila [35], 4.
— [Dôme] après hystérectomie, Daveo [141], 26.
Vaginites (Formes cliniques), Musset [73], 6.
Vaisseaux (Anastomose termino-terminale en raquette, Albanese [58], 1.
— (Chirurgie); progrès, Pässler [5], 38.
— de l'abdomen (Représentation), Gesenius [5], 7.
— cérébraux (Pathologie), Rohmer [59], 2.
— funiculaires (Thrombose), Vermelin [141], 28.
— périphériques (Maladies); chirurgie, Loose [87], 3.
Valvules mitrales (Commisurotomie); indications, Froment [76], 1.
— — —; embolie calcique, Bolton [55], 5.
— — (Rétrécissement); tomie, Saegesser [115], 1.
— — — Chirurgie, 30 cas, Tricerri [132], 11.
— — (Sténose); chirurgie, Julian W. S. Dyf [17], 16; Patronicolas [89], 2.
— pulmonaires (Valvulotomie), Van Buchem [113], 1.
— des veines fémorales et iliaques (Distribution), Basmajian [18], 1.
Valvulotomie mitrale (Indications), Buonomo La Rossa [104], 1.
— pulmonaire, Van Buchem [113], 1.
Varices (Chirurgie), Queinnec [71], 16.
— (Injections sclérosantes), Wefers [5], 3.
Vas aberrant et rein de stase, Altwater [5], 26.
Vaso-constriction influencée par oblitération de la sous-clavière, Leriche, [2], 2.
Veine cave inférieure (Ligature); veinographie abdominale, Surington [17], 14.
— — — — pour thrombo-embolie, Owens [17], 13.
— — — — fonction rénale, Mantero [7], 1.
— sous-clavière (Injections intra-veineuses) Aubaniac [71], 13.
— jugulaire (Anastomose carotidienne) dans l'arriération mentale, Klein [71], 9.
— porte (Anomalie congénitale), Barquet Chediak [130], 2.
Veines (Infusions en goutte à goutte demeure); technique, Schubert [88], 2.
— (Thrombo-embolie aiguë), Ceresetc [134], 3.
— cérébrales (Thrombophlébites), Pestel [73], 5.
— inguino-scrotales, (Ectasie), Sabbatin [103], 6.
— variqueuses et valvules des veines fémorales et iliaques, Basmajian [18], 1.
Veinographie abdominale, Gesenius [5], 7.
— — après ligature cave, Surington [17], 14.
Venin de vipère calmant de la névralgie du trijumeau, Zitka [92], 4.
Verrue plantaire (Fulguration), Belot [64], 10.
Vertèbres [Listel marginal] (Fracture), Hu 24, 2.
Vésicoplastie, Petkovic [39], 8.
Vésico-vaginales [Fistules], Topuz [141], 9.

MASSON et Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS-VIe

CHIRURGIE DU NOUVEAU-NÉ ET DU NOURRISSON

par

Bernard DUHAMEL

Préface du Professeur M. FÈVRE

(Clinique chirurgicale infantile de la Faculté de Médecine de Paris).

La chirurgie des tout petits, science jeune, s'est trouvée rénovée et élargie par de récentes acquisitions : réanimation, anesthésies. L'Auteur expose ses conceptions sur les problèmes soulevés et tire les conclusions de ses propres observations et de la littérature spécialisée. C'est, en même temps qu'une mise au point, un livre original.

Un volume de 308 pages, avec 158 figures . . . . . **2.000** fr.

GESTATION ET CYTOLOGIE VAGINALE

BASES BIOLOGIQUES ET CLINIQUES

par

J.-Paul PUNDEL

Agrégé de l'Enseignement Supérieur.

Fred VAN MEENSEL

Médecin attaché à la Consultation prénatale de la Maternité Universitaire Brugmann.

avec la collaboration de

Z. JAWORSKI

Préface de Robert COURRIER

Un volume de 210 pages, avec 80 figures et 3 planches en couleurs . . **2.250** fr.

Vésicule biliaire (Palpation), Dzieciolowski [111], 1.
— — (Réseau lymphatique) dans la lithiase, Tattoni [9], 4.
— — [Col] (Dyskinésie), Demartial [143], 17.
Vessie (Carcinome), Bibus [116], 4.
— (Énervation) dans les cystites, Scrufari [39], 11.
— (Innervation); concepts nouveaux, Mc Crea [13], 4.
— rétractée (Plastie), Petkovic [39], 3.
Viscères abdominaux (Radio-diagnostic) et pneumo-rétro-péritoine, Rautureau [3], 14.
Voie biliaire commune (Anastomose), Large [17], 4.
— — principale (Drainage de Kehr), Lasala [132], 12.
— — — (Fistule) après cholécystectomie, Mollo [3], 5.
— — — (Sténose cicatricielle), Binda [3], 3.
Voies biliaires (Anomalies), Demartial [143], 17.
— — (Atrésie congénitale), Montella [8], 7.
— — (Calculose); radiologie, de Abreu Campanario [136], 2.
Voies biliaires (Pénétration d'un abcès hépatique), Bourgeon [85], 3.
— — (Spasmes); action de l'isomylamino-6-méthylhéptane, Swynghedauw [143], 9.
— — (Rétrécissement post-opératoire), de Vernejoul [3], 1.
— — (Sténose cicatricielle), Dogliotti [3], 2.
— — (— traumatiques), Zanetti [3], 6.
— — extra-hépatiques (Reconstruction par greffe), Devin [3], 4.
— urinaires (Troubles) dans la rétroversion utérine, Serment [141], 27.
Vomissements post-anesthésiques (Prévention) par anti-histaminiques, Jacquenoud [71], 11.
— post-opératoires (Prévention par les anti-histaminiques, Jaquenoud [83], 5.
Vulve (Carcinome) à 24 ans, Engelhart [36], 11.
— (Kystes), Bret [31], 1.

Z

Zona et traumatisme, Moltke [114], 3.
Zone réflexogène sino-glomo-carotidienne et pneumonectomie, Del Bello [51], 6.

L. GAILLARD & Cie
FOURNISSEURS DES HOPITAUX DE PARIS
9, rue Danton, PARIS (6e). DANTON 56-E
INSTRUMENTS en GOMME et en CAOUTCHOUC

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

DÉCEMBRE 1952

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 139.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

ournal de Chirurgie (PARIS), t. 68, n° 12, Décembre 1952. — **Louis Hollender** et **Robert Elman.** [1] Traitements des déficits en potassium dans la période post-opératoire (1). — **C. Couinaud.** Hépatectomies gauches lobaires et segmentaires; techniques de résection en fonction de la topographie intra-hépatique (2).

Revue de Chirurgie (PARIS), an. 71, n° 11-12, Novembre-Décembre 1952. — **R. Fontaine,** [2] **R. Raber, P. Warter, J. N. Müller** et **W. Montorri.** L'arthropneumographie du genou; technique et résultats dans 50 affections méniscales (1). — **M. Bucaille.** Infiltration novocaïniques et alcoolisations du cerveau préfrontal pour le traitement des douleurs irréductibles (2). — **J. Dubas.** Les vaisseaux de l'estomac et du duodénum (3).

.ille Chirurgical, an. 7, n° 40, Septembre-Décembre 1952. — **E. Delannoy, M. Verhaeghe,** [3] **J. Dewambez** et **Y. Godefroy-Vandeville.** La place de l'hépatectomie partielle dans les cancers propagés du foie (1). — **G. Bizard, J. Vanlerenberghe, N. Grégoire, A. Robelet** et **G. Milbled.** Oxymétrie au cours de l'hypotension contrôlée par le pentaméthonium (2). — **Swynghedauw, M. Legrand** et **R. Lepan.** Des arthroplasties de la hanche avec interposition de matière inerte (3). — **E. Delannoy, Verhaeghe** et **Dewambez.** Étude statistique sur 300 cancers de l'estomac (4). — **E. Delannoy, A. Soulier, Dewambez** et **Soots.** Sur 200 cas de spondylolisthésis (5). — **P. Macquet, Wemeau, Lemaitre** et **Defrance.** L'hydronéphrose; maladie congénitale (6). — **G. Lagache, Soulier** et **Fievez.** Luxation de la hanche avec fracture du cotyle; ostéosynthèse immédiate (7).

entralblatt für Chirurgie (LEIPZIG), an. 77, fasc. 47, 1952. — **E. Hasche.** Sur la clinique des [4] tumeurs endo-bronchiques (1). — **E. Klier.** Hernie inguinale simulée par une tumeur à tissu de granulation consécutive à une ancienne perforation couverte de l'intestin grêle (2). — **H. Rabenalt.** La durée fonctionnelle de la plastie du toit cotyloïdien d'après nos résultats éloignés (3). — **H. H. Westermann.** Immunisation active ou passive contre le tétanos (4). — **F. Ziegler.** Sur quelques cas rares d'opérations de remplacement dans les blessures des nerfs (5). — **U. Hennecke.** Sur deux cas de troubles circulatoires aigus rares (6). — **J. Jaki** et **G. Gal.** Sur l'utilisation en pratique chirurgicale des modifications de nombre des cellules éosinophiles circulantes (7). — **G. Riedel.** Le chlorure d'isopropyl, un nouveau narcotique rapide (8).

Fasc. 48. — **J. Meisenburg.** Variations du tableau clinique du goitre en Allemagne centrale (9). — **J. Franz.** Pneumothorax double après strumectomie (10). — **P. Kyrle.** Kyste du péricarde, trouvaille accessoire rare au cours d'une résection du gros intestin pour carcinome (11). — **H. Althoff** et **H. F. Oestern.** Pathogénie et thérapeutique du mégacôlon (12). — **W. Strauss.** Abcès pancréatique chez un enfant de 5 ans (13). —

[4] F. Scheuer. Paralysie tardive du nerf cubital et son traitement (14). — T. Becker e Fr. W. Storck. Mise en évidence des substances colorantes phosphorescentes dans les urine de l'homme; moyen de diagnostic précoce du cancer (15). — K. H. Erhart. Sonde duodénal bouchée par un ascaris (16).

Fasc. 49. — J. Dohr. Curare pour faciliter la réduction, particulièrement dans les luxa tions des vertèbres cervicales (17). — U. Glöckner. Enclouage simplifié du col d fémur (18). — E. Drost. Traitement des pseudarthroses par perte de substance important du tibia avec l'opération de Hahn-Brandes (19). — W. Baumeister. Myxome important d la cuisse (20). — R. König. Contribution à la question de l'ostéite fibreuse généralisé particulièrement en ce qui concerne les troubles des glandes à sécrétion interne (21).

N° 50. — H. Burmeister. Contribution clinique au goitre malin avec métastase osseuses (22). — H. J. Raffauf. Sarcome primitif de la vésicule biliaire (23). — N. Zylka Altérations pathologiques des ganglions mésentériques dans l'acaridiose (24). — H. Pröscher. Reconstruction opératoire de la continence rectale et vésicale (25). — G. W. Heise. Signification de l'alcalinisation prophylactique des prostatiques (26).

N° 51. — J. F. Nuboer. Résection segmentaire du poumon en cas de tuberculose (27). — J. Langhof. Traitement des hernies cicatricielles épigastriques avec implantation de tiss cicatriciels selon Pone (28). — E. Kuhne. Contribution à la cure opératoire de hernies ép gastriques cicatricielles importantes selon Jirzik (29). — W. Schink. Rupture spontan d'une hernie cicatricielle avec éventration d'anses grêles (30). — H. Mehlhorn. Strept mycine en chirurgie (31). — A. Vogl. Suture de la moelle épinière (32).

[5] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles) [*An 41 des Annales et 51 du Journal de Chirurgie*] n° Novembre 1952. — F. Demelenne. Gastrectomie suivie de l'interposition d'un segme colique (1). — P. Wiringer. Ligature de la veine cave inférieure dans les cardiopathi décompensées; association d'une sympathectomie lombaire droite à l'intervention cla sique (2). — W. Grégoir. La sympathectomie dans les algies pyélo-uretérales (3). — E. Woringer. Nouvelle technique ultra-rapide pour la fermeture des brèches crânienn avec une résine acrylique autopolymérisable (4). — R. Coffin. Les myélomes multipl et leurs lésions osseuses (5). — F. Demelenne. Gastrectomie suivie de l'interposition d'u segment colique (6). — P. Wiringer. Ligature de la veine cave inférieure dans les cardi pathies décompensées; sympathectomie lombaire droite associée à l'intervention cla sique (7). — W. Grégoir. La sympathectomie dans les algies pyélo-uretérales (8). — J. Firket. Sur les épithéliomas *in situ* du col et les techniques de cyto-diagnostic préco des cancers (9). — Ch. Mayer. Sur le diagnostic et le traitement du cancer du col uté *in situ* (10). — L. Christophe. Coarctation de l'aorte opérée (11).

[6] **Journal International de Chirurgie** (Bruxelles), t. 12, n° 5-6, Septembre-Octobre 1952. C. R. Travieso. Les cholécystopathies (1). — G. Menegaux, M. Courtois-Suffit et Bouchau Sur l'enclouage centro-médullaire du fémur (2). — Z. Mester, L. Strehlinger et B. Juhas Étude sur le fonctionnement du sphincter d'Oddi. Recherches expérimentales et c niques (3). — M. Larget et Y. Culot. Emploi en clinique humaine d'un plasma de bovid despécifié (4).

[7] **The British Journal of Surgery** (Londres), vol. 40, n° 161, Novembre 1952. — R. Shackma G. I. Graber et D. G. Melrose. Hémodynamique du malade chirurgical (1). — A. Jolley Diagnostic de l'occlusion intestinale chez le nouveau-né (2). — Ph. Somerville. Rétrécissements inflammatoires simples de l'intestin grêle (3). — R. J. McNeill Love. Tendance modernes de la chirurgie biliaire (4). — N. R. Barrett et D. Thomas. Maladie hydatiq pulmonaire (5). — C. G. Scorer. Actinomycose testiculaire (6). — C. F. Ross. Carcinor argentaffine avec métastases à distance (7). — A. G. Riddell. Hépatome malin (8). G. E. Mavor. Thrombose traumatique de l'artère fémorale (9). — J. Howell-Hughes R. Marcus. Léiomyome exogastrique (10). — M. J. Bennett-Jones et C. A. St. Hill. Ra accessoire dans le scrotum (11). — R. Greene, D. Matthews, P. E. Hughesdon et A. Howa Un cas d'hermaphrodisme vrai (12). — L. P. Clark. Calculs dans l'appendice (13). M. E. Florey, J. S. Jeffrey, R. W. N. L. Ross et E. C. Thurton. Résultats tardifs des fr tures tibiales compliquées chez les blessés de guerre, soignées dans une unité à pénic line (14). — E. Garside Brewin. Un cas de lipome des bronches traité par bronchoton transpleurale (15). — R. Spencer. Traumatisme abdominal pénétrant chez un garç de 16 ans (16). — A. St. Clair Robertson. Neurilemmome de la langue (17). — A. Lya Kyste entérogène de l'estomac (18). — A. J. Drew. Nécrose ischémique du tendon d'un f chisseur (19).

[8] **Giornale Italiano di Chirurgia** (Naples), vol. 8, n° 10, Octobre 1952. — G. de Luca. La gangli tomie lombaire dans le traitement de l'artério-sclérose oblitérante (1). — L. Savino. glycolyse des globules rouges en période post-opératoire (2). — L. Schwarz. Le cat bactériostatique (3). — P. Li Voti. Les cocarboxylases dans le traitement de l'insuffisa hépatique dans ses rapports avec les dyskinésies biliaires avec stase (4). — M. Torto Les bases morphologiques et fonctionnelles de la méthode cytologique appliquée au diagnos des tumeurs (5). — V. Nociti. L'augmentation de l'éther et la diminution de la tuba et des barbituriques est avantageux pour le malade (6). — M. Fabbrini. Traitement c rurgical de l'hypertension portale (7).

[9] **Chirurgia** (Milan), vol. 7, fasc. 5, 1952. — P. Frugoni. Persistance de l'anastomose caroti basilaire (1). — R. Bariatti et G. Conti. Les dispositifs de blocage des vaisseaux pulmona dans le poumon résiduel après pneumectomie et lobectomie expérimentales (2). — R. B riatti et G. Conti. Considérations sur la composition musculo-élastique du poumon a lobectomie et pneumectomie (3). — A. Tirone et A. Gamba. L'urétéro-pyélostomie cro (Recherches expérimentales) (4). — A. Gamba et A. Tirone. L'urétéro-pyélostomie croi méthode physiologique de dérivation unilatérale des urines (Indications et technique ratoire) (5). — L. Manzocchi. Considérations sur 8 cas de péricardite constrictive tra par péricardectomie (6). — M. Morisi. Sur un cas peu commun de disjonction par chev chement des os du pubis (7).

Archivio Italiano di Chirurgia (Bologne), vol. 75, n° 6, 1952. — **A. Bonanome** et **F. Natellis** [10]
Recherches expérimentales sur la reconstruction bronchique avec auto- et homo-greffes (1). — **S. Milone.** L'anévrysme de l'artère splénique (2). — **G. Bocchetti.** La hernie lombaire (Contribution clinique et considérations pathogéniques et anatomiques. Cure) (3). — **Paolucci di Valmaggiore** et **G. Fojanini.** Cyanose due à un anévrysme artério-veineux du poumon (4). — **F. Natellis.** Observations sur l'utilisation du placenta pour la réparation des pertes de substance de l'arbre bronchique (5). — **V. Martinelli.** Considérations sur la recherche de l'éosinophilie dans le sang périphérique (6). — **F. Minissale.** Fibrome géant de l'iléon (7).

Annali Italiani di Chirurgia (Bologne), vol. 29, n° 10, Octobre 1952. — **A. Bonanome** et **R. Begani.** Sur l'ultrastructure des fibres collagènes des artères liophillisées (1). — **R. Rossi** et **M. Servello.** Recherches expérimentales sur la ligature de la veine cave inférieure (2). — **G. Bocchetti** et **G. Fiordigiglio.** Le taux de prothrombine avant et après les transfusions de sang (3). — **M. Mini.** Kyste hématique du ligament gastro-colique (4). [11]

N° 11, Novembre. — **A. Venturini.** La phlébographie pour l'étude de l'insuffisance veineuse chronique du membre inférieur (5). — **N. Dioguardi.** La phlébographie transmédullaire osseuse (6). — **G. Marcozzi.** Sur la technique et les problèmes phlébographiques (7). — **F. Guglielmi.** Indications curatives de la thrombose veineuse, des thrombophlébites et des complications et séquelles des phlébites (8). — **R. Bariatti** et **A. Dagradi.** Influence de l'artérialisation de la veine porte sur les hépatopathies expérimentales (9). — **G. F. Della Pena** et **G. A. Ricci.** Trois cas d'anévrysme de l'aorte thoracique (10).

Minerva Chirurgica (Turin), a. 7, n° 22, 30 Novembre 1952. — **G. Nicolosi.** Histogénèse des astrocytomes (1). — **I. Abbo.** Sur un cas de rate kystique (2). — **E. Borri.** Sur les kystes du mésocôlon (3). — **C. Orecchia.** Angiocholite suppurée avec calculose de l'hépatique et du cholédoque et sténose de la papille de Water (4). — **A. Medici** et **L. Anedda.** Phlegmon ligneux péricolique par corps étranger, simulant une néoplasie intestinale (5). — **G. Silvestri** et **G. Passera.** Un cas de tumeur pseudo-néoplasique du cæcum (6). — **G. Morosi.** L'orientation moderne du traitement chirurgical du cancer de l'utérus (7). [12]

N° 23, 15 Décembre. — **A. Bobbio.** Sur la cure chirurgicale des diverticules pharyngo-œsophagiens (8). — **G. Ambrosi** et **F. Margiotta.** Phlébographie par infection de substance opaque dans le sternum (9). — **S. Abeatici** et **L. Campi.** Sur les courbes de propagation de la circulation spléno-portale. Étude hémodynamique du district spléno-hépatique au moyen de portographies sériées (10). — **L. Schwarz.** Dernière simplification de la gastro-iléostomie orolatérale inférieure (11). — **A. Innocenti** et **I. Priola.** La transfusion intracarotidienne dans le sens crânien comme moyen de réviviscence dans la mort expérimentale par les thyobarbituriques (12). — **V. Misuraca.** Sur les hémorragies massives gastro-duodénales non attribuables à des processus ulcéreux ou néoplasiques (13). — **R. Weisz.** 2 cas de léiomyome du rectum à développement extra-cavitaire (14). — **P. Zanini.** Emploi du lambeau de peau totale bipédonculé dans la réparation de la paroi dans une volumineuse hernie lombaire (15). — **T. Bandini.** Un cas de contusion du cœur (16). — **D. Foti.** Les résultats de la novocaïne dans les suites douloureuses des appendicectomies (17).

Bolletino e Memorie de la Societá Tosco-Umbra di Chirurgia (Florence), vol. 13, fasc. 3, Avril 1952. — **G. Cavina.** Le traitement chirurgical des grandes hémorragies de l'ulcère gastro-duodénal (1). [13]

Fasc. 4, Mai. — **M. Francini.** Sur les hémorragies gastriques consécutives aux interventions sur l'estomac (2). — **A. Salotti.** Sur la pathologie intrinsèque des vaisseaux cérébraux (3). — **G. G. Noto.** Pour l'étude de l'anévrysme cérébral (4). — **M. Mugnai.** Constatations cisternographiques dans les arachnoïdites opto-chiasmatiques (5). — **A. Bayon.** Un cas de réticulosarcome du cæcum (6). — **G. Gucci.** Indications et limitations dans l'exérèse pour tuberculose pulmonaire (7).

Rozhledy V Chirurgii (Prague), vol. 31, fasc. 10-11, 1952. — **A. Jirasek.** Doutes et problèmes soulevés par nos échecs en neuro-chirurgie (1). — **M. Breuer.** Relations des cellules carcinomateuses avec les glandes endocrines (2). — **K. Chmel.** Deux cas de herniation pulmonaire (3). — **O. Vaneckova.** Contribution au traitement opératoire de la sténose œsophagienne par la formation d'une cicatrice (4). — **E. Matejicek.** Goitres intra-thoraciques (5). — **R. Pavlansky.** Tumeur xanthomateuse à cellules géantes, du genou (6). [14]

Fasc. 12, 1952. — **V. David.** Le rôle de pionnier de R. Jedlička dans le traitement radical de l'ulcus gastrique (7). — **E. Polak.** Signification de la pancréato-gastrostomie proposée par R. Jedlička dans le traitement chirurgical des kystes pancréatiques (8). — **O. Hnevkovsky.** L'œuvre de pionnier de R. Jedlička dans les soins aux blessés et aux infirmes (9).

Acta Chirurgica Scandinavica (Stockholm), vol. 103, fasc. 5, 31 Août 1952. — **O. von Dardel** et **S. Thesleff.** La succinylcholine iodide comme relaxant musculaire (1). — **Y. Edlund.** L'histochimie du foie dans les diverses maladies du tractus biliaire (2). — **Lars-Erik Gelin.** Macrodex et oxygène dans le traitement primitif des brûlures étendues (3). — **S. Rennes.** Carcinome du sein et métastases squelettiques dans une série clinico-radiologique (4). — **B. L. Lindström.** L'effet de la sympathectomie lombaire haute dans les cas de maladies organiques artérielles du membre inférieur antérieurement traitées par sympathectomie lombaire basse (5). — **I. Palmer.** Traitement chirurgical des pertes de substance des os longs (6). [15]

Fasc. 6, 28 Octobre. — **L. Efskind.** Carcinome de l'œsophage (7). — **P. E. A. Nylander** et **G. Elfving.** Quelques faits sur la situation à ce jour du cancer de l'œsophage en Finlande (8). — **F. Therkelsen.** La résection de l'œsophage par voie d'approche droite (9). — **J. Frimann-Dahl.** La radiothérapie rotation dans le cancer de l'œsophage (10). — **A. Scheel.** Les résultats de l'irradiation du cancer de l'œsophage au Det Norske Radium-Hospital (11). — **R. Eker.** Carcinome à cellules squameuses de l'œsophage (12). — **O. T. Messelt.** Diagnostic cytologique du cancer de l'œsophage (13). — **J. E. Anttinen.** La chirurgie de l'achalasie de l'œsophage (14). — **H. B. Wulf** et **A. Malm.** Sur le traitement de l'achalasie de l'œsophage (15). — **T. Cl. Gertz.** Résultats éloignés de la chirurgie de l'achalasie de l'œsophage (16). — **E. Husfeldt.** Hernies du hiatus (17). — **P. E. A. Nylander.** Diverticule de l'œsophage thoracique; 2 cas d'intérêt spécial (18). — **T. Leegaard.** Œsophagite

[15] corrosive aiguë (19). — **F. Bergan.** Un nouveau tube pour examen bronchospiromé trique (20).

Vol. 104, fasc. 1, 29 Novembre 1952. — **O. Anthun.** Carcinome de l'estomac; analyse e étude suivie de 525 cas (21). — **H. Kielland-Aanesen.** Examens suivis d'opérations radicale thoraco-abdominales pour cancer de l'estomac (22). — **S. Wallensten.** Les résultats pri mitifs dans le traitement palliatif des ulcères gastro-duodénaux perforés (23). — **K. Kor ttila.** Le traitement de l'invagination intestinale chez l'enfant (24). — **F. R. Mathiesen** Aspects cholécystographiques dans 133 cas après cholécystolithotomie (25). — **D. Hedman** L'opération d'Eden-Hybbinette pour luxation récidivante de l'épaule : étude clinique suivie (26). — **L. Röhl.** Sur les fractures à travers le condyle radial de l'humérus chez l'en fant (27).

Fasc. 2-3, 10 Décembre. — **Cl. Crafoord** et **T. Hiertonn.** La chirurgie de l'oblitération throm botique de la bifurcation de l'aorte; un cas (28). — **S. Kjærgaard.** La cholédochoduodé nostomie dans la dyskinésie post-opératoire (29). — **Sir J. Learmonth.** Lésions neuro vasculaires combinées (30). — **J. P. Strömbeck.** Le traitement des tumeurs fibro-épithéliale de la vessie (31). — **K. Aas.** Anémie hémolytique splénique; splénectomie (32) — **A. Berg.** Études cliniques et myélographiques des cas de protrusion discale interverté brale lombaire soumis au traitement conservateur (33). — **Th. Berglin** et **W. Mathiser.** Déséquilibre électrolytique après anastomose urétéro-intestinale (34). — **A. Brekke.** Frac ture du col chirurgical de l'humérus (35). — **N. H. Brodersen.** La ligature de l'artère caro tide primitive pour coup de couteau (36). — **Torleif Dale.** Nécrose osseuse de la maladi des caissons (37). — **L. Efskind.** Pathogénèse de l'hypertension portale (38). — **J. Holst** Possibilités et dangers du traitement chirurgical moderne du cancer viscéral (39). — **A. Homb.** Le traitement des hernies volumineuses par greffes de peau totale (40). — **Eys tein Jenssen.** Hypernéphrome métastatique du pancréas (41). — **J. Lange.** La myélographie à l'abrodil dans la protrusion du disque intervertébral (42). — **G. Larsen.** Anémie perni cieuse et anémies apparentées après gastrectomie (43). — **G. Lutzow-Holm.** Tumeur carcinoïdes de l'estomac; 2 cas (44). — **E. A. Mylius.** Mésothéliome bénin de la sphère génitale (45). — **P. A. Owren.** Pathogénèse et traitement de l'anémie par déficience de fe après gastrectomie partielle (46). — **F. Roscher.** Streptomycine et acide P. A. S. dans le traitement de la tuberculose rénale; expériences cliniques (47). — **Ch. Rosing-Bull.** Hémangiomatose intestinale (48). — **Kaare Schanke.** L'ulcère gastro-duodénal chez le malade âgé (49). — **F. Serck-Hanssen.** Staphylocoques pénicillino-résistants dans un milieu hospitalier et mastite aiguë puerpérale (50). — **K. Stray.** Cryptorchidisme; discussion de quelques problèmes d'étiologie, pathogénie et thérapeutique (51). — **R. Strom.** Un cas de peptic ulcer et d'insulome (52).

[16] **Sirurji** (ISTANBUL), vol. 5, nº 3, 1952. — **N. Dorken.** L'état actuel de la chirurgie du cœur et des gros vaisseaux (1). — **S. Akel.** État actuel de la chirurgie vasculaire périphérique (2)

[17] **The American Journal of Surgery** (NEW-YORK), vol. 84, nº 6, Décembre 1952. — **P. M. Neuda** Diagnostic précoce et prévention du thrombo-embolisme post-opératoire (1). — **J. Storer Ph. Kazdan** et **J. L. Bilton.** Thrombose veineuse mésentérique. Hypothèse étiologique et observation clinique (2). — **A. M. Vaughn, W. R. T. Metzner** et **C. M. Annan.** Valeur du test sanguin de Bolen dans la détection du cancer (3). — **B. D. Judovich.** Hernie discale cervicale. Une nouvelle forme de la thérapeutique par traction (4). — **P. Ross** et **F. Jelsma** Analyse post-opératoire de 366 cas consécutifs de hernies discales lombaires (5). — **P. Nemir Jr., H. H. Zinsser, H. A. Beaudet** et **H. R. Hawthorne.** Études sur la 5-amino-acridine dans la péritonite appendiculaire expérimentale (6). — **J. R. Hilsabeck, L. B. Woolner** et **E. S. Judd Jr.** Cas rares de mucocèles appendiculaires (7). — **W. Marshall.** Aspects anatomo pathologiques de la cicatrisation des plaies cutanées (8). — **W. P. Kleitsch** et **D. W. Douglas** Rupture post-opératoire de la plaie (9). — **L. Ségal.** Diminution de la douleur et de la morbidité en chirurgie ano-rectale grâce à l'emploi du thalamyde (10). — **J. R. Robinson** Suture métallique continue dans la fermeture de l'incision abdominale (11). — **E. Hoffman** et **S. Rochberg.** Le réflexe hypertensif du sinus carotidien (12). — **P. J. Marchisello, A. Prigo** et **L. T. Wright.** Enveloppements à l'auréomycine dans le traitement chirurgical des infections localisées (13). — **J. J. McAleese, F. P. Perrone** et **G. B. McAleese.** Remplacement de l'estomac par le côlon droit dans la gastrectomie totale (14). — **Ch. G. Fraser.** Une incision plus idéale dans l'appendicectomie (15). — **W. J. Burdette.** Essai de transplantation de thyroïde fœtale dans un cas de myxœdème (16). — **V. E. Chesky, W. C. Dreese** et **C. A. Hellwig.** Tumeur utérine mixte ayant duré 9 ans (17). — **D. E. Ross.** Cystosarcoma phyllodes (myxome intracanaliculaire géant) (18). — **P. C. Morton** et **C. S. Oakman.** Invagination appendiculaire primaire avec implants endométriaux (19). — **R. O. Lyday.** Fibrome ovarien avec implants abdominaux (20).

[18] **Annals of Surgery** (PHILADELPHIE), vol. 136, nº 6, Décembre 1952. **G. T. Pack, D. M. Gerber** et **I. M. Scharnagel.** Les résultats éloignés du traitement du mélanome malin; d'après 1 190 cas (1). — **Ch. D. Bonner, A. Thurman** et **F. Homburger.** Étude critique de la thérapeutique régionale intra-artérielle par le nitrogen mustard dans le cancer (2). — **Ch. P. Bailey, M. H. Lacy, N. B. Neptune, R. Weller, C. S. Arvanitis** et **J. Karasic.** Essais expérimentaux et cliniques de correction des lacunes de la cloison interventriculaire (3). — **S. Austin Jones** et **L. L. Smith.** Sphinctéroplastie transduodénale pour pancréatite récidivante (4). — **O. Schweizer** et **Gl. H. Leak.** Étude de la pression du liquide rachidien dans les opérations demandant l'ablation des deux veines jugulaires internes (5). — **D. P. Slaughter** et **H. W. Southwick.** La résection en bloc du cancer de la bouche et des lymphatiques cervicaux avec préservation de la mâchoire (6). — **J. L. Wilson** et **L. G. Brizzolara.** Le cancer de la langue (7). — **J. V. Rogers Jr.** et **H. St. Weens.** L'emploi de moyen de contraste hydrosoluble pour bronchographie (8). — **F. F. Foldes, A. J. Ceravolo** et **S. L. Carpenter.** L'administration de l'anesthésie protoxyde-oxygène en circuit fermé (9). — **S. Spadea** et **H. Hamlin.** Fusion interépineuse pour traitement de la hernie discale, en utilisant une apophyse épineuse lombaire comme greffe osseuse (10). — **R. B. Cloward.** Le traitement du disque intervertébral lombaire rompu par la fusion des corps vertébraux; l'emploi d'os de banque d'os (11). — **W. J. Pirozynski** et **D. R. Webster.** Les altérations du tissu musculaire dans l

gelure expérimentale (12). — **C. D. Dukes** et **T. G. Blocker Jr.** Études sur la survie des homogreffes moyennes. Prolongation de la vie des greffes cutanées complètes par l'action de la streptokynase-streptodornase (13). — **C. Everett Koop** et **J. Johnson.** La réparation transthoracique des hernies diaphragmatiques chez l'enfant (14). — **W. V. McDermott Jr.** Duodénopancréatectomie en un temps avec résection de la veine-porte pour cancer du pancréas (15). — **J. Yee, P. R. Westdahl** et **J. L. Wilson.** Gangrène de l'avant-bras et de la main consécutive à l'emploi de l'artère radiale pour transfusion intra-artérielle; un cas (16). — **E. F. McLaughlin** et **J. S. C. Harris.** Pancréatectomie totale pour pancréatite calcifiante récidivante (17). — **S. Kay** et **H. S. Jackson.** Le rôle possible de la silice dans les granulomes cutanés (18). — **O. B. Camp** et **A. Lesser.** Résection étendue de l'intestin grêle pour tumeurs polypoïdes; un cas et littérature (19). — **J. L. Smoot.** Hernie à travers l'hiatus de Winslow (20). — **S. C. Meigher** et **A. W. Lucas.** Appendicite chez le nouveau-né (21). — **A. B. Raffi.** L'emploi de la pression négative sous les lambeaux cutanés après mastectomie radicale (22). [18]

The Surgical Clinics of North-America, (PHILADELPHIA), vol. 32, n° 6, Décembre 1952. — **R. Jaeger.** Anévrysme intracrânien; diagnostic chirurgical et traitement (1). — **R. A. Groff.** Neurochirurgie; quelques problèmes de diagnostic (2). — **H. P. Royster.** Diagnostic chirurgical dans les cancers de la tête et du cou (3). — **Th. A. Shallow, F. B. Wagner Jr.** et **R. E. Colcher.** Affections chirurgicales de la glande thyroïde; diagnostic complet (4). — **L. H. Clerf, F. J. Putney** et **J. J. O'Keefe.** Diagnostic du carcinome du larynx (5). — **K. E. Fry** et **F. J. Putney.** Diagnostic des lésions bénignes de l'œsophage (6). — **F. F. Allbritten Jr., Th. Nealon, J. H. Gibbon Jr.** et **J. Y. Templeton.** Le diagnostic du cancer du poumon (7). — **W. Emory Burnett, G. P. Rosemond** et **R. M. Bucher.** Diagnostic des tumeurs médiastinales (8). — **Th. F. Fetter** et **W. C. Drake.** Diagnostic chirurgical des états génito-urinaires (9). — **Th. L. Montgomery.** Problèmes de diagnostic chirurgical en obstétrique (10). — **P. O. Klingensmith.** Douleur abdominale aiguë chez la femme, d'origine génitale (11). — **L. C. Scheffey** et **W. R. Lang.** Mesures adéquates dans le diagnostic du cancer de l'utérus; point de vue de la conduite à tenir et du traitement (12). — **R. S. Bromer.** Radio-diagnostic des néoplasmes osseux (13). — **A. F. de Palma.** Diagnostic exact des lésions des articulations de l'épaule et du genou (14). — **F. C. Grant** et **F. E. Nulsen.** Rupture de disques intervertébraux (15). — **J. Y. Templeton** et **R. K. Finley Jr.** Diagnostic des déficiences du volume sanguin chez les malades chirurgicaux (16). — **H. R. Hawthorne.** Conduite à tenir devant les polypes du côlon et du rectum (17). — **Ch. P. Bailey, H. E. Bolton** et **H. Pérez Redondo Ramirez.** Chirurgie de la valvule mitrale (18). [19]

Archives of Surgery (CHICAGO), vol. 65, n° 5, Novembre 1952. — **W. P. Kleitsch.** Diagnostic et traitement de l'hypertrophie pylorique chez l'adulte (1). — **W. P. Kleitsch.** Complications catastrophiques de la hernie hiatale (2). — **H. Krieger-Lassen.** Traitement de l'ulcère peptique perforé (3). — **R. Romanus.** Endométriose de l'appendice vermiculaire (4). — **W. C. Eze.** Les causes de la survie des chiens dépourvus d'artère hépatique (5). — **H. A. Teloh.** Cancer amygdalien (6). — **R. Baker, R. Gordon, J. Huffer** et **G. H. Miller.** Transplantation rénale expérimentale : 1° Effets de la moutarde azotée, de la cortisone et de la splénectomie (7). — **Ch. W. Howe** et **W. J. Porell.** Effets de la gastrectomie 50 p. 100 seule et combinée avec la vagotomie (8). — **G. W. Ware, B. I. Shnider** et **E. W. Davis.** Rupture œsophagienne spontanée (9). — **C. J. Heifetz, M. S. Lawrence** et **F. O. Richards.** Étude comparative de la cicatrisation des blessures avec et sans pansement (10). — **M. Burman.** Tendovaginite sténosante des loges palmaire et dorsale du poignet (11). — **A. M. Vaughn** et **E. M. Narsete.** Diverticule du cæcum (12). — **W. R. Webb.** Effets de l'hyaluronidase sur l'absorption sous-cutanée des liquides (13). — **W. B. Neal Jr., E. R. Woodward, A. E. Kark, J. M. Zubiran** et **J. A. Montalbetti.** Action de l'A. C. T. H. de la cortisone et de la *doca* sur la survie du rat brûlé (14). — **Ch. Ney.** Carcinome secondaire du pénis compliquant un cancer rectal (15). — **B. S. Abrams, J. Bauer** et **E. M. Bricker.** Carcinome primaire de la glande de Bartholin traité par chirurgie radicale (16). — **F. Glenn** et **Ch. S. Harrison.** Perforation libre aiguë du *peptic ulcer*; une complication de la diathèse ulcéreuse (17). [20]

Surgery, Gynecology and Obstetrics (CHICAGO), vol. 95, n° 6, Décembre 1952. — **G. M. Hyde, N. I. Berlin, R. J. Parsons** et **B. Whittington.** Augmentation du volume sanguin produit par la gélatine, par les albumines du sérum et par le plasma (1). — **J. Hidalgo, A. H. Fowell** et **R. J. Ralls.** Action des lésions tissulaires sur la teneur du plasma en fibrinogène (2). — **J. P. North** et **O. J. Wollenman.** Occlusion des veines mésentériques au cours d'une thrombophlébite migratrice (3). — **A. J. Quick, L. G. Murat, C. V. Hussey** et **G. F. Burgess.** La prothrombine chez les nouveau-nés (4). — **R. E. Carroll.** Restauration du pouvoir fléchisseur du coude ballant par voie de transplantation du tendon tricipital (5). — **P. Jordan** et **H. K. Hellems.** La chirurgie de la valvule mitrale; analyse critique (6). — **L. J. Strobino, G. O. French** et **P. C. Colonna.** Action de l'augmentation de la tension sur la croissance de l'os épiphysaire (7). — **B. C. Bassett, C. F. List** et **L. J. Lemmen.** Chirurgie de l'anévrysme intracrânien (8). — **H. F. Traut, M. Rosenthal, J. T. Harrison, S. M. Farber** et **O. F. Grimes.** Évolution du diagnostic cytologique du cancer gastrique (9). — **W. W. Coon** et **P. E. Hodgson.** Fibrinolyse chez les malades chirurgicaux. Rapports possibles avec la diathèse hémorragique (10). — **C. Marshall Lee Jr., W. T. Collins** et **T. L. Largen.** Réhabilitation de la poudre absorbable pour les gants (11). — **O. Swenson** et **H. F. Rheinlander.** Les indications de la colostomie dans la maladie de Hirschsprung (12). — **Ch. E. Tobin.** Les artères bronchiques et leurs connexions avec les autres vaisseaux du poumon chez l'homme (13). — **M. Rubin** et **S. Mishkin.** Résection dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants et chez les adolescents (14). — **S. A. Wesolowski, J. H. Fisher** et **C. Stuart Welch.** Circulation cardio-pulmonaire extra-corporéale, en faisant usage de pompes et de poumons homologues isolés (15). — **D. W. Smith, R. S. Sappenfield** et **W. J. Fink.** Utilisation de la sonde intra-veineuse plastique pour transfusions massives et multiples, ainsi que dans la thérapeutique fluide intraveineuse (16). — **A. Brunschwig.** Les plexus veineux hypogastriques autour du nerf sciatique dans l'excision ganglionnaire pelvienne étendue ainsi que dans l'exentération pelvienne (17). [21]

[22] **The Journal of the International College of Surgeons** (CHICAGO), vol. 18, n° 4, Octobre 1952. — **F. I. Harris.** Intubation dans l'occlusion intestinale (1). — **H. W. Meyerding.** Les tumeur à cellules géantes des os (2). — **E. L. Lowenberg.** Signification et traitement des thrombo phlébites aiguës spontanées des veines superficielles des extrémités inférieures (3). — **F. L. Pearl** et **L. M. Michels.** Sympathectomie lombaire en cas d'artério-sclérose occlusiv périphérique avancée (4). — **L. P. Wershub, T. J. Kirwin** et **L. Biel.** Pyélite kystiqu bilatérale et urétérite kystique. Une observation suivie pendant 6 ans (5). — **R. D. Wool sey** et **J. L. K. Tsang.** 300 cas de disques intervertébraux herniés avec traitemen chirurgical (6). — **H. N. Copper** et **J. A. Montgomery.** Quelques principes de la chirurgi pancréatique (7). — **L. Brodny** et **H. Hershman.** L'énigme des masses rétropéritonéales (8 — **S. L. Perzik.** Corrélations clinico-pathologiques des tumeurs parotidiennes avec appl cations thérapeutiques (9). — **A. S. Jackson.** Tumeurs et kystes du cou (10). — **J. G. Prob stein.** La pancréatite : conceptions courantes (11). — **H. E. Billig.** Ostéotomie d'angulatio et de rotation; un type d'ostéotomie avec impaction *télescopique* non raccourcissante et no déplacable (12). — **C. J. Heifetz** et **A. Goldfarb.** Division du cordon spermatique facilitan la cure des hernies inguinales récidivantes ou difficiles (13). — **D. J. Preston.** Cure herniair abdominale avec implant de réseau d'acier (14). — **S. Petkovic.** Résultats du traitemen de la rupture de l'urèthre (15). — **M. Behrend.** Efficacité de l'anastomose *en manche* d viscères creux (16). — **E. Carlson** et **G. Novacovich.** Iléostomie anale et colectomie total pour polypose familiale du côlon (17). — **U. G. Dailey.** Le nerf phrénique en chirurgie (18 — **S. Th. Glasser.** Sympathectomie lombaire dans les affections vasculaires périphériqu de l'extrémité inférieure. Notions de physiologie et effets thérapeutiques (19). — **R. S. Je wett** et **E. L. Jewett.** Appareil d'hyperextension dorsale pour les affections osseuses e orthopédie, gériatrie et chez les adolescentes (20). — **H. H. Kessler.** Réhabilitation d amputés du bras (21). — **J. Ullman Reaves.** Valeur de la douleur en urologie (22).

N° 5, Novembre. — **A. Brunschwig.** Possibilité d'une survie prolongée après exentérati pelvienne totale pour cancer avancé (23). — **F. Grégory Connell.** Le problème de l'ulcu duodénal (24). — **C. J. Hunt.** Affection gastrique maligne; technique modifiée de la ga trectomie totale (25). — **D. L. C. Bingham.** Shock (26). — **J. W. Hendrick** et **E. G. Gu** Résultats de la sympathectomie dans la maladie vasculaire périphérique. Évaluation de c échelonnés sur 15 ans (27). — **B. A. Cookson, W. B. Neptune** et **Ch. P. Bailey.** Chirurg intracardiaque avec hypothermie (28). — **E. F. Berman.** L'œsophage plastique (29). — **W. Wayne Babcock.** Mesures pour réduire la morbidité et la mortalité en chirurgie abdomi nale (30). — **N. Frederick Hicken** et **A. J. McAllister.** Traitement des calculs du can biliaire (31). — **Ph. Thorek.** Hypertension portale (32). — **M. G. Buckles.** État actu de la chirurgie œsophagienne (33). — **P. E. Rees-Davies.** Le thorax en entonnoir (34). — **E. F. Balangero.** Occlusion intestinale post-opératoire (35). — **H. Popper.** Relations ent les lésions du foie et celles du tractus biliaire (36). — **A. B. Carney.** Quelles sont les raison de la fréquence réduite de la maladie maligne du duodénum (37). — **W. M. McMillan** e **R. T. McElvenny.** Une nouvelle façon d'aborder en chirurgie le problème des hernies ingui nales directes récidivantes (38). — **N. Owens.** Obligations dans le traitement des cance cutanés (39).

[23] **The Military Surgeon** (WASHINGTON), vol. 111, n° 5, Novembre 1952. — **H. F. Smetana.** Ca cinome bronchogénique (1). — **S. L. Arje** et **E. S. Redfield Jr.** Grossesse ovarienne (2). — **A. David Alexander.** Techniques d'anesthésie locale pour la face, la tête et le cou (3).

N° 6, Décembre. — **Q. R. Valle** et **D. R. Watkins.** Le traitement des plaies intrathora ciques (4). — **G. B. Coe, J. K. Mac Namee** et **C. H. Herget.** Traumatisme cérébral pa impaction locale sans fracture du crâne (5).

[24] **Revista Brasileira de Cirurgia** (RIO-DE-JANEIRO), vol. 24, n° 2, Août 1952. — **M. E. Lichter stein.** Diagnostic et traitement de la hernie crurale (1). — **P. Santy** et **P. Marion.** A propo de 49 interventions pour hypertension portale (2). — **T. Holmes Sellors.** Exercices resp ratoires en chirurgie thoracique (3). — **A. de Vilhena Machado.** Eléphanthiasis du scrotu (Un cas rare avec excellent résultat opératoire) (4). — **C. Renato Grey.** Rein en fer à cheva (Présentation d'un cas) (5). — **D. Alcure.** Considérations sur la sémiologie et la classif cation clinique des carcinomes mammaires (6). — **E. Marques Tinoco** et **J. V. Pereiraleite** Diagnostic précoce et pronostic du shock par pléthysmogramme original (7). — **J. M. Grey** Problèmes tactiques et techniques dans la chirurgie de l'œsophage thoracique (Avantages d opérations synchronisées et combinées (8). — **J. M. Grey.** A propos des résections du cæcu (Un dispositif à valvules pour les iléo-colostomies) (9). — **J. de Freitas.** Gastrectomie total par voie abdominale (Considérations sur une voie d'accès) (10). — **L. Guimaraes.** Sténos caustiques de l'œsophage (11). — **M. Castro d'Almeida.** Thèmes anesthésiologiques (12). — **L. da Costa Lima** et **M. Rocha.** Maladie d'Engelmann (Dysplasie diaphysaire progressive (13 — **O. Paciolo de Medeiros.** et **I. Paulo Ramos.** Considérations sur la période pos opératoire (14). — **P. Dacorso Filho.** Hétérotopie pancréatique (Présentation d'un cas révision bibliographique (15). — **P. Britto Pereira.** L'hystérectomie (Son utilisation da le traitement des lésions bénignes) (16).

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[25] **Archives Françaises de Pédiatrie** (PARIS), t. 9, n° 10, 1952. — **F. Thélin** et **Jansa.** Le syndro d'atonie intestinale primitive du nourrisson (1). [*Sociétés* (Montpellier)]. — **Chaptal, Camp Brunel** et **Labauge.** Enfant opéré pour coarctation de l'aorte (2). — **Chaptal, Camp Brunel** et **Labauge.** Méga-œsophage de l'enfant; opération (3).

[26] **Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires** (PARIS), an. 19, n° 11, Novembre 195 E. Rutishauer, Forestier, Herbert, Rabinowicz et Grasset. Aspects anatomo-clinique

des arthropathies (1). — **F. Coste, Delbarre** et **Bourel.** Le fonctionnement hypophyso-surrénal des polyarthrites chroniques évolutives (2). — **J. Bekaert.** Influence de l'énervation sino-carotidienne et de la section des nerfs dépresseurs sur le cortex surrénalien (3). — [*Ligue*]. **J. J. Herbert.** Sur les arthroplasties de la hanche dans le rhumatisme (4). — **J. J. Herbert.** Les restaurations des mouvements de la hanche dans le rhumatisme (5). — **M. Ory.** Incident tardif après une asthroplastie par cup (6). — **R. Ducroquet, P. Ducroquet** et **Lescœur.** Arthroplastie du coude par interposition de feuilles de tantale (7). — **P. Ordonneau.** La maladie de Paget (8). [26]

Pédiatrie (Lyon), an. 41, n° 8, 1952. — **M. A. d'Oelsnitz** et **P. Chabert.** Les gangrènes cutanées du nourrisson (1). — [*Sociétés*]. **P. Imbert** et **P. Voron.** Les manifestations pulmonaires tuberculeuses au cours de la tuberculose infantile dite chirurgicale observée en sanatorium marin méditerranéen (2). — **P. Lombard, J. Frailong** et **R. Sabatini.** Abcès amicrobien du foie (3). — **P. Lombard, J. Frailong** et **R. Sabatini.** Pleurésie purulente à staphylocoque associée à une ostéite costale (4) [27]

Acta Orthopædica Belgica (Bruxelles), vol. 18, fasc. 8, Décembre 1952. — **P. V. Dupuis, P. Delbeke, R. de Haene** et **A. Lassoie.** Les enseignements de la discographie (1). — **M. P. Marique.** Ostéochondrite disséquante de la rotule; aperçu de la pathologie du cartilage rotulien (2). — **M. Sœur.** Appareils orthopédiques en matière Orthofix (3). — **Ad. de Wulf.** Des paralysies post-traumatiques ou post-opératoires du nerf radial (4). [28]

Acta Pediatrica Española (Madrid), an. 10, n° 120, Décembre 1952. — **Garrido-Lestache.** Macrodactylie avec syndactylie (1). — **Lopez Pina.** L'anesthésie générale par inhalation chez l'enfant (2), — **A. C. Santillana.** Sur un cas de gynécomastie post-granulique (3). [29]

Archives of Diseases in Childhood (Londres), vol. 27, n° 136, Décembre 1952. — **Andrey Matheson, G. Cruikshank** et **W. J. Matheson.** Kystes gastriques du médiastin; 2 cas (1). — **A. L. Griffiths.** Fracture de fatigue du péroné chez l'enfant (2). [30]

La Chirurgia degli Organi di Movimento (Bologne), vol. 37, fasc. 6, 1952. — **G. Castaldi** et **F. Andreani.** Résultats de la périduro-radiculographie par injections lombaires de lipiodol (1). — **M. Cappellin** et **M. Morisi.** Le traitement des fractures diaphysaires de l'humérus et de leurs complications chez l'adulte (2). — **M. Forni.** Sur l'ostéochondrite disséquante du genou (3). — **S. Branciforta.** Traitement de la main bote congénitale (4). — **A. Franz.** Contribution à l'étude de la fracture isolée de l'os crochu (5). [31]

Archivio di Ortopedia (Milan), vol. 65, n° 4, Octobre-Décembre 1952. — **A. Casacci.** Décollement épiphysaire obstétrical de l'extrémité inférieure de l'humérus (1). — **A. Ponzoni.** Altérations du squelette et leucémie (2). — **A. Cozzolino.** Un cas de maladie de Larsen-Johannson avec ostéopathie juvénile de la rotule (3). — **P. Fumagalli.** Considérations sur la physiopathologie vasculaire à propos d'un cas d'anévrysme cirsoïde de la main (4). — **A. Ballerio.** Contribution clinique et statistique à la question des fractures de la tête du radius (5). — **P. Franco Peregalli.** Ostéochondrite disséquante de la tête fémorale (Contribution clinique et histologique; considérations sur la pathogénie) (6). — **M. Fiume.** Arthroplastie de la hanche avec interposition d'un lambeau cutané libre (7). — **A. Manzi.** Embolie pulmonaire en traumatologie (8). — **S. Delogu.** Utilité du granulogramme de Benda et Urquia dans le diagnostic différentiel des tuberculoses ostéo-articulaires (9). [32]

Archivio di Chirurgia Ortopedica e di Medicina (Milan), vol. 17, n° 6, Novembre-Décembre 1952. — **S. Fiocca** et **P. D. Barigazzi.** Le syndrome d'Albright dans le sexe masculin (1). — **M. Zorzi, A. Rusconi** et **R. Scotti-Douglas.** Sur les kystes branchiaux du cou; diagnostic avec le lymphome suppuré (2). — **F. Perricone.** La pénicilline intra-artérielle pour la prévention dans les traumatismes exposés des membres (3). [33]

Minerva Pediatrica (Turin), an. 4, n° 20, 31 Octobre 1952. — **P. Tolentino** et **A. de Maestri.** Recherches cholécystographiques chez l'enfant (1).
N° 21, 15 Novembre. — **A. Gianelli.** Sur le microcôlon congénital (2).
N° 22, 30 Novembre. — **A. M. Dogliotti.** Notre expérience chirurgicale dans le traitement des cardiopathies congénitales (3). — **G. C. Dogliotti, A. Actis-Dato** et **P. F. Angelino.** Premiers résultats de l'utilisation de l'A. C. T. H. en chirurgie cardiaque (4). [34]

Acta Pædiatrica (Upsal), Suède), vol. 41, n° 6, Novembre 1952. — **E. Mannheimer, Landman** et **Hedqvist.** L'évolution post-opératoire dans la maladie bleue (1). — **T. Peltonen.** Hernie diaphragmatique cause d'asphyxie du nouveau-né (2). — **S. Sjölin** et **T. Skoog.** La main en griffe dans le gargoylisme; ses lésions; son traitement (3). [35]

Acta Orthopædica Scandinavica (Copenhague), vol. 22, fasc. 2, 1952. — **Göran Bauer.** L'influence de la fracture précoce sur la réparation osseuse chez le rat, étudié par le moyen du radiocalcium (1). — **R. Romanus** et **SvenYden.** Altérations spondyliques destructrices et ossifiantes dans la spondylite ankylosante rhumatoïde (2). — **K. Johanning.** Coxa vara infantum; le traitement et ses résultats (3). — **Sven Kiaer.** Arthroplastie de hanche avec prothèse acrylique (4). — **E. Henrichsen, K. Jansen** et **W. Krogh-Poulsen.** Recherche expérimentale sur la réaction des tissus aux plasties acryliques (5). — **A. Berntsen** et **A. Bertelsen.** Expérience préliminaire de l'arthroplastie avec coupe de Smith Petersen (6). — **B. Bogason.** Le forage de l'articulation de la hanche (7). — **B. Kandel.** La projection suro-plantaire dans le pied bot congénital chez l'enfant (8). [36]

Archives of Pediatrics (New-York), vol. 69, n° 10, Octobre 1952. — **I. I. Kaplan.** 14 ans après la radiumthérapie d'un angiome ulcéré destructeur étendu de la face (1). — **E. E. Brown.** Neuroblastome surrénal; 5 cas; constatations nouvelles (2). — **A. D. Ferguson** et **R. S. Scott.** Examen anorectal des nouveau-nés nègres; la fréquence des sténoses congénitales et état du tonus du sphincter anal (3).
N° 11, Novembre. — **R. H. Sakr** et **M. K. Gabr.** La maladie de Sturge-Weber-Dimitri. Un cas suivi (4). [37]

[38] **The Journal of Bone and Joint Surgery** (Boston), vol. 34 A, n° 1, 1952. — *American Volume*. **D. M. Bosworth, H. A. Wright** et **J. W. Fielding.** Traitement de la tuberculose osseuse et articulaire avec le 1-Isonicotinyl-2-Isopropylhydrazine. Rapport préliminaire (1). — **St. Bunnell.** Transfert digital avec pédicule neuro-vasculaire (2). — **C. J. Wagner.** Fracture du scaphoïde carpien (3). — **D. R. Pratt.** Attelle interne pour le traitement fermé ou ouvert des lésions du tendon extenseur au niveau de l'articulation distale des doigts (4). — **E. E. Peacock.** Mise d'attelle dynamique pour prévenir et corriger les déformations de la main. Une méthode simple et peu onéreuse (5). — **R. C. Tanzer.** Prévention de l'hématome post-opératoire dans la chirurgie de la main. Utilisation de la *suture compressive* (6). — **C. C. Vitale.** Chirurgie reconstructive des défectuosités de la diaphyse cubitale chez les enfants (7). — **S. M. Dupertuis.** L'évaluation des greffes cutanées pour le recouvrement de la main (8). — **K. H. Sponsel, J. R. McDonald** et **R. K. Ghormley.** Myxome et myxosarcome des parties molles des extrémités (9). — **G. W. N. Eggers.** Transplantation du tendon poplité aux condyles fémoraux pour améliorer l'extension de la hanche et diminuer la flexion du genou dans la paralysie spastique d'origine cérébrale (10). — **K. J. Anderson, J. F. Le Cocq** et **E. A. Le Cocq.** Subluxation antérieure récidivante du cou de pied. Deux cas (11). — **O. Lottes, L. J. Hill** et **J. A. Key.** Réduction à ciel fermé, fixation par plaques et enclouage médullaire dans les fractures des deux os de la jambe. Étude comparative de résultats finaux (12). — **M. P. Johnson** et **E. Rothstein.** Tuberculose costale (13). — **Jeannopoulos.** Surélévation congénitale de l'omoplate (14). — **P. V. C. Dingman.** Résection de l'extrémité distale du cubitus (Opération de Darrach). Étude des résultats dans 24 cas (15). — **J. A. Reidy, Th. F. Broderick Jr.** et **J. S. Barr.** Transplantations tendineuses de l'extrémité inférieure. Vue générale sur les résultats finaux dans la poliomyélite. I. Transplantations tendineuses au niveau du pied et de la cheville (16). — **Th. F. Broderick Jr. J. A. Reidy** et **J. S. Barr.** Transplantations tendineuses de l'extrémité inférieure. Vue générale sur les résultats dans la poliomyélite. II. Transplantations tendineuses au niveau du genou (17). — **R. F. Kuhlmann** et **J. F. Bell.** Évaluation clinique des transplantations tendineuses pour poliomyélite affectant les membres inférieurs (18). — **D. S. Grice.** Arthrodèse extra-articulaire de l'articulation sous-astragalienne en tant que correction du pied plat paralytique chez les enfants (19). — **M. B. Coventry** et **E. W. Johnson.** Absence congénitale du péroné (20). — **I. Macnab.** Luxation récidivante de la rotule (21). — **I. Castillo Odena.** Fracture-luxation bipolaire de l'avant-bras (22). — **R. H. Hall** et **J. Mendelof.** Ostéomyélite blastomycosique. Une observation (23). — **I. W. Nachlas.** Résultats finaux du traitement du nucléus pulposus hernié par excision avec ou sans fusion (24). — **E. D. McBride.** Prothèse de la tête fémorale pour l'articulation de la hanche. Expérience de 4 ans et résultats (25). — **D. Goldberg.** Guide pour la suture osseuse. Un nouvel instrument pour suturer les parties molles à l'os (26).

[39] **The Journal of Pediatrics** (Saint-Louis), vol. 41, n° 4, Octobre 1952. — **E. H. Dickinson** et **F. C. Spencer.** Kyste cholédocien (1).

N° 5, Novembre. — **N. C. Stone.** Carcinome primitif du foie chez un garçon de 20 mois (2). — **E. R. Moeller** et **E. M. Moss.** Invagination récidivante du jéjunum (3).

N° 6, Décembre 1952. — **Ph. R. Evans.** Déformation des corps vertébraux dans le crétinisme (4). — **R. H. Follis Jr.** Ostéogénèse imparfaite congénitale. Une maladie diathésique du tissu conjonctif (5). — **H. G. Guild, W. Grubb, M. Y. F. Chu** et **J. B. Sidbury.** Complications vasculaires du diabète des jeunes (6). — **L. Krahulik, M. Ph. Shoob, S. Morales, S. E. Snyderman** et **L. Emmett Holt.** Oblitération congénitale du canal biliaire avec référence spéciale à la diététothérapie (7). — **H. B. Taussig.** Malformations congénitales du cœur. La responsabilité du clinicien dans la sélection des malades à opérer (8).

Gynécologie.

[40] **Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique** (Paris), an. 47, n° 9-10, Septembre-Octobre 1952. — **Mme Roger-Dalemans.** Du danger des explorations dans les tuberculoses utérines latentes (1). — **R. Rouchy.** Tumeur thécale de l'ovaire (2).

[41] **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (Stuttgart), an. 12, fasc. 12, Décembre 1952. — **F. Wo[illegible]** et **F. Jannach.** Le papillome circonscrit de la portion intra-vaginale de l'utérus (1).

[42] **Annales Chirurgiæ et Gynecologiæ Fenniæ** (Helsinki), vol. 41, fasc. 4, 1952. — **H. Zilliacus.** Thrombo-embolie après radiothérapie du cancer des organes génitaux (1). — **G. Elfvin** et **T. M. Scheinin.** Tumeurs inflammatoires du grand épiploon (2). — **K. A. Solonen.** Kyste rétropéritonéaux (3). — **P. E. A. Nylander.** L'efocaïne en chirurgie thoracique (4). — **M. Turunen** et **Pekka Tala.** Sur la fonction surrénale et le traitement par l'A. C. T. H. chez les opérés (5).

[43] **Minerva Ginecologica** (Turin), an. 4, n° 16, 30 Novembre 1952.

N° 17, 15 Décembre. — **P. Romussi** et **R. Rocco.** Diagnostic du pyosalpinx tuberculeux et de l'hydrosalpinx à l'aide de l'hystéro-urographie (Contribution clinico-radiologique au diagnostic anatomo-pathologiques) (1). — **G. Ferraris.** Une trouvaille rare après colpo-hystérectomie : prolapsus vaginal de la trompe (2). — **I. Abbo** et **M. Pagliari.** Artérite aiguë au cours d'une puerpéralité septique (3).

[44] **American Journal of Obstetrics and Gynecology** (Saint-Louis), vol. 64, n° 5, Novembre 1952. — **H. E. Schmitz, Ch. J. Smith** et **Ch. J. Gajewski.** L'effet de l'irradiation pré-opératoire du carcinome de l'endomètre (1). — **S. Leon Israel.** L'usage empirique de l'irradiation à faible dose dans l'aménorrhée (2). — **D. C. Morton** et **W. Dignam.** La cause de la mort chez les malades traités pour cancer du col utérin (3). — **J. B. Montgomery, J. P. Long** et **J. Hoffman.** La valeur clinique de la radiumthérapie dans le contrôle de l'hémorragie utérine bénigne (4). — **M. E. Barrett.** Grossesse abdominale (5). — **G. W. Waterman, S. I. Raphael** et **W. Moskosky.** Le carcinome du corps utérin (6). — **H. D. Priddle, C. W. Moulton** et **M. S. Dennis.** Grossesse ectopique (7). — **W. O. Johnson.** Étude de 245 cas de grosses[illegible]

extra-utérine rompue (8). — **E. G. Waters.** Le traitement chirurgical de l'hémorragie *post-partum*; en particulier la ligature des artères utérines (9). — **J. B. Graham** et **J. V. Meigs.** La récidive de la tumeur après hystérectomie totale pour carcinome *in situ* (10). — **R. C. Woodruff** et **J. W. W. Epperson.** Occlusion intestinale dans le *post-partum* (11). — **T. R. Hofman.** Grossesse ovarienne primitive (12). — **I. I. Kaplan.** Stérilité de 15 ans due à un œdème pituitaire guéri par radiothérapie (13). — **D. J. Leahy** et **F. Carpenter.** Cancer primitif de la trompe de Fallope (14). — **S. J. Peck** et **G. Leary.** Tumeurs de Brenner bilatérales des ovaires (15). [44]

Appareil génito-urinaire.

Journal Belge d'Urologie (Bruxelles) an. 21, n° 1, Octobre 1952. — **J. Mombaerts.** La tuberculose urinaire; sur quelques grands problèmes d'après une série d'observations (1). — **J. Ledent.** Des hématuries inexpliquées (2). — **P. Auvray.** Influence du traitement médical sur les lésions de l'uretère dans la tuberculose urinaire (3). — **F. Howet** et **V. Le Clerc d'Andoy.** Deux cas de cancer primitif de l'uretère (4). [45]

British Journal of Urology (Londres), vol. 24, n° 4, Décembre 1952. — **A. Jacobs** et **W. Barr Stirling.** Résultats tardifs de l'anastomose urétéro-colique (1). — **F. M. Parsons, L. N. Pyrah, F. J. N. Powell, G. W. Reed** et **F. W. Spiers.** Bilan chimique après anastomose urétéro-colique (2). — **R. Shackman, O. Daniel** et **B. Lennox.** Vascularisation et guérison de l'uretère transplanté chez le chien (3). — **O. Daniel** et **R. Shackman.** Irrigation sanguine de l'uretère en relation avec l'anastomose urétéro-colique (4). — **F. Masina.** Altérations de la muqueuse en relation avec les tumeurs de la vessie (5). [46]

The Journal of Urology (Baltimore), vol. 68, n° 6, Décembre 1952. — **Ch. Huggins.** Facteurs endocriniens dans le cancer (1). — **M. Labess.** Carcinome occulte dans un cas d'hypertrophie prostatique, cliniquement bénigne (2). — **W. A. Bowersox** et **J. B. Frerichs.** Adéno-carcinome du côlon avec métastase au pénis (3). — **W. E. Goodwin** et **W. W. Scott.** Phalloplastie (4). — **R. P. Morrow Jr., J. R. McDonald** et **J. L. Emmett.** Condylomes acuminés de l'urèthre (5). — **T. P. E. Rothchild** et **G. A. Higgins.** Lymphogranulome vénérien (6). — **W. H. Horner** et **M. C. Horner.** Calculs urinaires chez les nègres du Congo Belge (7). — **F. G. Harrison** et **F. G. Harrison Jr.** Hématurie avec drépanocytose (8). [47]

Oreille, Nez, Pharynx, Larynx.

Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie (Bordeaux), an. 73, n° 11-12, Novembre-Décembre 1952. — **J. Bassargette.** La place de l'écouvillonnage trachéo-bronchique dans le diagnostic pneumophtisiologique (1). [48]

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie (Stuttgart), an. 31, fasc. 12, Décembre 1952. — **H. C. A. Bayer.** Sur les infections malignes par larves de mouches (myiase) du nez et des oreilles à Ceylan (1). — **H. Ibach.** L'hyperostose frontale interne et le problème de la céphalée (2). [49]

Appareil digestif.

Revue de Stomatologie (Paris), t. 53, n° 10, Octobre 1952. — **M. Dechaume, M. Grellet** et **J. Payen.** Pseudo-tumeur de la loge massétérine (1). — [*Sociétés*]. **Th. Raynal.** L'endocardite maligne lente consécutive aux opérations de chirurgie dentaire (2). — **J. Vilenski** et **Y. Dioudonnat.** Données pratiques sur l'anesthésie par le trichloréthylène (3). — **Lebourg, Bureau** et **Delaire.** L'analgésie au trichloréthylène chez l'enfant (4). — **Crocquefer.** Un cas de tumeurs mélaniques chez l'enfant (5). [50]

Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición (Madrid), t. 11, n° 5, Septembre-Octobre 1952. — **I. Monaco-Gasso.** Polypose gastro-intestinale à évolution adéno-carcinomateuse (1). — **A. Gallart-Esquerdo.** Tuberculose hyperplasique du rectum (2). — **M. Hurle-Velasco.** Ulcère de la deuxième portion du duodénum (3). — **O. Lopez F. Boado.** Cancer du canal cholédoque (4). [51]

Archivio Italiano delle Malattie dell'Apparato Digerente (Bologne), vol. 18, fasc. 4, 1952. — **B. Albertini.** Investigations histo-anatomiques sur la formation expérimentale d'adhérences péritonéales consécutives à des pulvérisations à base de pénicilline et de sulfamides (1). — **M. Zorzi** et **N. Uberti.** Proctite chronique sténosante avec carcinome rectal chez la femme, avec réaction de Frey positive (2). — **M. Banche** et **F. Muratori.** Expériences ultérieures sur l'investigation rectoscopique (3). — **B. Albertini.** Observations d'accidents post-opératoires graves chez des alcooliques (4). — **M. Ferrando** et **L. Cibrario.** Considérations sur 500 cas de chirurgie hépato-biliaire (5). — **M. Ferrando** et **C. Brunetti.** Sur quelques cas de tumeurs bénignes observées depuis 1938 (6).
Fasc. 5. — **L. Critterio.** Lymphogranulome malin du jéjunum cliniquement primitif; chirurgie (7). — **A. Plotegher.** L'appendicite pseudo-néoplasique (8). — **G. Monetti.** La myxoglobulose de l'appendicite vermiforme (9). — **A. Parme** et **A. Conti.** La production des anémies après résection gastrique pour ulcère (10). [52]

Review of Gastro-enterology (New-York), vol. 19, n° 11, Novembre 1952. — **H. C. Klein.** Tension fonctionnelle de l'œsophage ou spasme œsophagien (1). — **M. Caplan** et **D. Badner.** Démonstration radiologique d'un diverticule de Meckel (2). — **F. H. Bethell.** Anémies par troubles fonctionnels gastro-intestinaux (3). — **J. M. Miller** et **M. N. Jensen.** La fermeture de Pauchet de la colostomie (4). — **C. Wilmer Wirts.** Diverticule de Meckel (5). [53]

[54] **Gastro-Enterology** (Baltimore), vol. 22, n° 3, Novembre 1952. — **S. Jordan, J. M. Ruffin, F. Hollander, Moore, A. H. Aaron, Waltman Walters, A. Winkelstein, J. Earl Thomas, F. P. Brooks** et **I. Lorge.** Rapport de ce Comité sur les procédés chirurgicaux du peptic ulcer à l'Association gastro-entérologique américaine; étude de la vagotomie, de la résection gastrique; de la vagotomie et de la résection gastrique comparées (1).

[55] **The American Journal of Digestive Diseases** (Fort Wayne, Indiana), vol. 19, n° 11, Novembre 1952. — **W. A. Sodeman** et **P. R. Engle.** Le granulome amibien du côlon (1). N° 12, Décembre. — **E. D. Palmer.** Varices primaires de l'œsophage cervical comme source d'une hémorragie gastro-intestinale supérieure massive (2). — **R. I. Hiller.** Un moyen simple pour faciliter le diagnostic différentiel entre les polypes bénins et malins du rectum et de la partie inférieure du côlon sigmoïde (3). — **R. R. Anderson** et **E. F. Geever.** Pneumatose intestinale (4). — **P. György. Traumatisme expérimental du foie** (5).

[56] **Revista Brasileira de Gastro-enterologia** (Rio-de-Janeiro), vol. 4, n° 5, Septembre-Octobre 1952. — **H. Rego Lins.** Appendicectomie économique. Systématisation de la technique dans les appendicites chroniques (1). — **J. Ferreira Lima** et **T. Montenegro.** Occlusion chronique artério-mésentérique du duodénum (2). — **V. Batista Franco** et **H. M. Rodrigues de Souza.** Neurinome de l'estomac (3). — **T. Montenegro.** Vésicule localisée au niveau du quadrant supérieur gauche de l'estomac (4).

Appareil respiratoire.

[57] **Thorax** (Londres), vol. 7, n° 4, Décembre 1952. — **W. G. Barnard.** Embryome du poumon (1). — **A. J. Lea.** Revue de 501 cas de carcinome bronchogénique (2). — **Bickford, Ronald Edwards, Esplen, Gifford** et **Thomas.** Nouveau rapport sur la résection pulmonaire pour tuberculose (3).

Appareil circulatoire.

[58] **Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux** (Paris), an. 45, n° 11, Novembre 1952. — **Donzelot, Heim de Balsac, Corti** et **Laham.** Étude électro-cardiographique des cardiopathies décompensées traitées par la ligature de la veine cave inférieure (1).

[59] **Zeitschrift für Kreislaufforschung** (Darmstadt), vol. 41, fasc. 23-24, Décembre 1952. — **O. Bayer, H. H. Wolter, I. Teige** et **R. Rippert.** Calcul de la surface d'ouverture des valvules sténosées étudié sur l'exemple de la sténose mitrale et de la sténose pulmonaire (1).

[60] **Acta Cardiologica** (Bruxelles), t. 7, fasc. 6, 1952. — **R. Stas, P. Soulié, M. Servelle** et **J. Rougeulle.** Commissurotomie et rétrécissement mitral (1).

[61] **Cardiologia** (Bâle), vol. 21, n° 4-5, 1952. — **C. Heymans** et **de Vleeschhauwer.** Rôle du tonus et de la résistance à la distension des parois du sinus carotidien dans la régulation réflexe de la pression artérielle (1). — **C. Lian.** Réalisation chirurgicale d'une fistule artério-veineuse avec ligature veineuse sus-jacente dans le traitement de la grande hypertension artérielle permanente (2). — **H. B. Taussig** et **S. R. Bauersfeld.** Étude suivie des 1 000 premiers malades opérés pour sténose ou atrésie pulmonaire (3). — **B. Stackelberg, J. Lind** et **C. Wegelius.** Absence de la veine-cave inférieure diagnostiquée par angiocardiographie (4). — **B. Broden, G. Jönsson** et **J. Karnell.** Aortographie thoracique dans un cas de sténose isthmique de l'aorte avec naissance de l'artère sous-clavière droite au-dessous de la sténose (5). — **E. Coelho, Fonseca, Nunes** et **Barros.** Importance de l'étude physiopathologique du rétrécissement mitral dans l'indication de la commissurotomie (6).

[62] **Angiology** (Baltimore), vol. 3, n° 6, Decembre 1952. — **R. R. Linton.** Conceptions modernes sur le traitement du syndrome post-phlébitique avec ulcérations de l'extrémité inférieure (1). — **H. B. Schumacker Jr.** et **H. King.** Artérite oblitérante non spécifique (2). — **E. S. Hurwitt** et **A. Kantrowitz.** Sur la construction des greffes autoplastiques artérielles fraîches. II. Étude de survies d'un an avec des greffes aortiques provenant de l'artère splénique (3). — **G. H. Pratt.** La chirurgie des anévrysmes artériels (4). — **B. Milanes, R. Bustamente, R. Guerra, A. Nunez Nunez, A. L. Hernandez, E. Perez-Stable** et **J. Rodriguez Inigo.** Obstruction chronique de l'aorte abdominale (5). — **G. H. Pratt.** Sympathectomie chirurgicale dans le traitement de la maladie artérielle occlusive (6).

Système nerveux.

[63] **Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie** (Paris), t. 24, n° 7, Octobre 1952. — **Morel, Laine, Vouters, Soots** et **Delantscher.** Étude neuro-ophtalmologique d'une série d'anévrysmes intra-crâniens de la carotide interne (1).

[64] **Zentralblatt für Neurochirurgie** (Leipzig), an. 12, n° 4, 1952. — **W. Tönnis** et **H. W. Steinmann.** L'E. E. G. dans le diagnostic précoce des processus intracrâniens (1). — **P. Röttgen.** Traitement opératoire des anévrysmes sacciformes du cerveau sous hypotension provoquée (2). — **W. Bischof.** Myélotomie longitudinale cervicale exécutée pour la première fois (3). — **C. Brilmayer, H. Cramer** et **K. Schürmann.** Signification de diverses matières colorantes dans le diagnostic des tumeurs cérébrales (4). — **H. W. Pia.** Clinique des tumeurs du lobe temporal (5). — **W. Zaunbauer.** Radio-diagnostic des méningiomes particulièrement en ce qui concerne les radiographies ordinaires (6). — **F. Marguth** et **W. Tönnis.** Trouvailles électromyographiques dans les processus intracrâniens (7).

Brain (LONDRES), vol. 75, n° 4, 1952. — **S. Sunderland.** Un trouble peu habituel de la fonction musculaire en conséquence d'une disjonction des nerfs périphériques (1). [65]

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry (LONDRES), vol. 15, n° 4, Novembre 1952. — **V. Logue.** Hernie des disques intervertébraux avec compression médullaire (1). — **D. P. Rosenberg.** Études électro-encéphalographiques sur les angiomes cérébraux (2). — **A. Elithorn, M. F. Piercy** et **M. A. Crosskey.** Quelques mécanismes de la localisation tactile mis en évidence par l'étude des leucotomisés (3). [66]

Journal of Neurosurgery (SPRINGFIELD), vol. 9, n° 6, Novembre 1925. — **A. Gonzalez-Revilla.** Tuberculomes intracrâniens d'après 10 cas consécutifs (1). — **P. C. Bucy** et **L. Willard Freeman.** Pachyméningite spinale hypertrophique; son traitement chirurgical approprié (2). — **J. R. Green, Duisberg** et **McGrath.** Lobotomie orbito-frontale; ses effets sur 50 malades atteints de psychose (3). — **L. L. Lévy, L. H. Segerberg, R. P. Schmidt, R. C. Turrell** et **E. Roseman.** L'électro-encéphalogramme dans l'hématome sous-durémérien (4). — **G. L. Odom, B. Woodhall** et **F. R. Wrenn Jr.** L'emploi de fragments osseux réfrigérés pour crânioplastie (5). — **E. A. Kahn** et **R. W. Rand.** Sur l'anatomie de la cordotomie antéro-latérale (6). — **J. M. Meredith** et **G. R. Gish Jr.** Hématome sous-dural chez un adulte avec perforation de la dure-mère sus-jacente et du crâne; opération, guérison (7). — **F. Schreiber** et **H. Rosenthal.** Paraplégie par rupture des disques intervertébraux chez des nains achondroplasiques (8). [67]

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

Revue de la Tuberculose (PARIS), t. 16, n° 10-11, 1952. — [*Société*]. **Santy, Bérard, Galy** et **Prignot.** Tuberculomes et foyers ronds; démembrement anatomo-clinique d'après 36 cas d'exérèse (1). — **Görce** et **Erbelger.** Perforation spontanée de l'œsophage par complication rare du pneumothorax extra-pleural (2). [68]

Der Tuberkulosearzt (AUGSBOURG), an. 6, n° 12, Décembre 1952. — **R. Langer** et **E. Artmann.** Chirurgie thoracique avec hypotension contrôlée (1). — **H. Wörn.** Lympangiome kystique comme cause d'un pneumothorax sous tension récidivant (2). [69]

Der Krebsarzt (VIENNE), an. 7, fasc. 11-12, 1er Décembre 1952. — **T. Antoine.** Le traitement opératoire du cancer du col (1). — **M. Wenzl.** La cavité restante après pneumonectomie pour cancer bronchique (2). — **A. Zangl.** L'état actuel du traitement opératoire du cancer rectal à la IIe Clinique Chirurgicale de l'Université de Vienne (3). — **L. Bablick.** Les tumeurs mixtes du palais mou (4). — **E. Bauer.** Le pour et le contre de l'ablation opératoire des tumeurs cervicales en cas de soupçon de cancer (5). — **B. Rovatti** et **G. Gasparini.** Les résultats du traitement du cancer avec une préparation de moelle osseuse (6). — **G. Herrmann.** Une épreuve de fermentation (au bleu de méthylène) dans le sang pour le diagnostic du cancer (7). [70]

Archivio (de Vecchi) per l'Anatomia patologia e la Medicina Clinica (FLORENCE), vol. 18, fasc. 2, Octobre 1952. — **G. de Biase.** Profil histologique du carcinome primitif de la prostate compte tenu spécialement de l'acanthome prostatique (1). — **M. Zorzi** et **A. Piacentini.** Le chorio-épithéliome chez l'homme (2). — **A. Domenici.** Pachyvaginalite cholestérinique (3). — **G. Castiglioni** et **A. Dagradi.** Sur l'adénolymphome (4). — **P. Nocentini.** Description et signification des proliférations du type lipomateux de siège gastro-duodénal (5). — **P. L. Cipriani.** Angio-hamartome racémeux diffus du côlon et du sigma (6). — **G. Marconi.** Quelques observations rares de lipoblastomes bénins et malins (7). — **M. Parra.** Rupture spontanée du rein atteint de carcinome primitif (8). [71]

Archives of Pathology (CHICAGO), vol. 54, n° 4, Octobre 1952. — **V. R. Bleisch** et **N. F. Konikov.** Malacoplasie de la vessie (1). — **R. P. Coggins.** Myoblastome à cellules granuleuses de la voie biliaire commune (2). — **E. C. H. Schmidt, A. A. Hartley** et **R. Bower.** Aplasie rénale chez des sœurs (3).

N° 5, Novembre. — **A. J. Cow Jr.** Le volume de l'estomac et ses relations avec le peptic ulcer (4). — **H. Stunzi.** Ostéo-arthropathie chez les chiens (5). — **M. A. Block, K. G. Wakim** et **F. C. Mann.** Effets d'une hémorragie aiguë sévère sur le rein des rats (6). [72]

Radiologie.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen vereinigt mit Röntgenpraxis (STUTTGART), vol. 77, fasc. 6, Décembre 1952. — **H. Haar** et **Th. Tiwisina.** Le diagnostic angiographique différentiel des méningiomes parasagittaux et de la faulx (1). — **Th. Tiwisina.** L'angiographie vertébrale et son importance diagnostique (2). — **A. Ravelli.** Les altérations du septum pellucidum radiologique (3). — **M. Royer.** La cholangiographie laparoscopique; cholangiographie directe (4). — **H. J. Sielaff.** L'importance des troubles fonctionnels pour le diagnostic des maladies pariétales du tractus digestif (5). — **A. Mahlo.** Le radiodiagnostic des altérations inflammatoires de l'estomac (6). — **D. Schoen.** Défaut de remplissage avec fosse circulaire (7). — **G. Ziegler.** Ostéomyélite vertébrale après blocage du cordon sympathique (8). — **K. Kremser** et **K. Münter.** L'importance de la radiographie de la veine-cave dans les tumeurs rénales (9). — **K. Kremser.** Formation articulaire sur la clavicule (10). [73]

Annali di Radiologia Diagnostica (BOLOGNE), vol. 24, fasc. 6, 1952. — **I. Orlandini.** et **C Cella.** Le système artériel du foie (1). — **F. Perassi** et **E. Sciascia.** La valeur de l'image stratigraphique dans l'étude des ostéomyélites (2). — **D. A. Coletta.** Sur l'invagination des saillies haustrales du cæcum (3). [74]

[75] **Radiologia Medica** (TURIN), vol. 38, n° 12, Décembre 1952. — **P. Russo, C. La Grutta et A. Cavadi.** La discographie lombaire (1). — **D. Catalano, C. T. Dotter et I. Steinberg.** Diagnostic angio-cardiographique de la coarctation aortique (2).

[76] **Acta Radiologica** (STOCKHOLM), vol. 38, fasc. 5, Novembre 1952. — **I. Wickbom.** L'aortographie thoracique après ponction directe de l'aorte par le cou (1). — **I. Wickbom.** Mort consécutive à une injection de moyen de contraste dans l'aorte thoracique (2). — **P. Odman.** Sur la technique de la phlébographie de la cuisse (3). — **J. Skall-Jensen.** L'ostéo-arthropathie dans la syringomyélie (4). — **E. Huizinga et Sypkens Smith.** Collapsus du poumon et bronchographie (5). — **H. Eckerbom et B. Liliequist.** Uretère ectopique (6).

[77] **Radiology** (DÉTROIT), vol. 59, n° 5, Novembre 1952. — **E. B. D. Neuhauser, Wittenborg, Berman et Cohen.** Effets de l'irradiation de la radiothérapie sur la colonne vertébrale en croissance (1). — **J. Caffey.** Quelques altérations tardives du squelette dans l'hyperostose corticale chronique infantile (2). — **S. M. Wyman et W. R. Eyler.** Artère pulmonaire anormale provenant de l'aorte associée à des kystes intra-pulmonaires; séquestration intralobaire du poumon (3). — **L. G. Rigler. B. J. O'Loughlin et R. C. Tucker.** La valeur de l'élargissement unilatéral de l'ombre hilaire dans le diagnostic précoce du cancer du poumon; méthode de mensuration (4). — **J. J. McCort.** Identification radiographique des métastases ganglionnaires du cancer de l'œsophage (5). — **W. R. Oakes et Cl. Lushbaugh.** L'évolution de la lésion testiculaire consécutive à l'exposition accidentelle à des radiations nucléaires; un cas (6).

N° 6, Décembre. — **A. Justin Williams.** Diagnostic radiologique des hernies intra-abdominales. Évaluation des trouvailles radiologiques (7). — **E. A. Kratzman et R. S. Frankel.** Radiothérapie de la péritendinite calcaire de l'épaule. Étude de 220 cas avec résultats tardifs (8). — **R. C. Pendergrass.** Rôle du radiologue dans la clinique des tumeurs à la campagne. Problèmes et possibilités (9).

[78] **The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine** (SPRINGFIELD), vol. 68, n° 5, Novembre 1952. — **R. H. Follis Jr. et E. A. Park.** Observations sur la croissance osseuse; les zones et lignes transversales de densité accrue de la métaphyse (1). — **W. R. Oechsli.** Corps étrangers découverts à l'examen radiologique de poitrine (2). — **B. S. Epstein.** Le diagnostic myélographique des métastases épidurales du canal lombo-sacré (3). — **G. W. Heublein, G. S. Greene et V. P. Conforti** (4). — **J. A. Stewart.** Le second jour de la pneumo-encéphalographie (5). — **J. A. Evans.** Hernie du hiatus avec glissement (6). — **J. Russell Mitchell et W. M. Sennott.** Démonstration radiologique des altérations de l'anse duodénale par lésions extrinsèques (7). — **T. Leucutia.** Étude comparée des méthodes d'irradiation adjointes à la chirurgie dans le cancer du corps utérin (8). — **G. H. Twombly, E. Caceres et J. A. Corscaden.** Causes, fréquence et traitement des lésions par irradiation du bassin chez la femme (9).

N° 6, Décembre. — **J. T. Brackin Jr., J. M. Miller et W. H. Bell.** Aspects radiologiques du grêle dans les cas de péritonite tuberculeuse avant et après streptomycine (10). — **B. R. Young et R. L. Scanlan.** Mise en évidence radiologique et signification du pédicule dans les tumeurs polypoïdes du tractus digestif (11). — **B. R. Girdany et R. Golden.** Centres d'ossification du squelette (12). — **M. Bonebrake, A. I. Sherman, M. Ter Pogossian et A. Norman Arneson.** Résultats cliniques des différentes méthodes curiethérapiques utilisées dans le traitement du cancer du col entre 1921 et 1947 (13). — **G. H. Fletcher, R. J. Shalek, J. A. Wall et F. G. Bloedorn.** Introduction physique à la question du dessin des applicateurs dans la curiethérapie du cancer du col utérin (14). — **I. Macdonald, F. E. Davis et G. Jacobson.** Hormonothérapie stéroïde dans le cancer mammaire (15).

Anesthésie.

[79] **Anesthésie et Analgésie** (PARIS), t. 9, n° 4, Décembre 1952. — **M. Bourgeois-Gavardin.** Réanimation chez l'enfant et le nourrisson (1). — **P. Jaquenoud.** L'association protoxyde d'azote Dolosal (2). — **Bourgeois-Gavardin.** Le trichloréthylène en anesthésie infantile (3). — **P. Jaquenoud et Y. Mercier.** L'effet anti-émétique des anti-histaminiques (4). — **P. Huguenard et P. Deligné.** Essais cliniques chirurgicaux avec le di-iodure de succinylcholine (5). — **J. Lassner.** La prévention des complications thrombo-emboliques post-opératoires (6). — **S. Degenne.** Sur l'anesthésie en psycho-chirurgie (7). — **N. Dubouchet.** Modification de l'hydraulique circulatoire au cours de la rachi-anesthésie chez les cardiaques décompensés; indications et contre-indications (8). — **Aoustin, Gaspard et Muhlethaler.** Tétanos et déconnexion neuro-végétative; guérison (9).

[80] **Giornale Italiano di Anestesiologia** (TURIN), an. 18, fasc. 5, Septembre-Octobre 1952. — **M. Carravetta et R. Rizzi.** L'hypotension dans l'anesthésie chirurgicale (1). — **F. Guglielmi et R. Pizzioli.** Modifications du sang dans l'anesthésie avec hypotension posturale (2). — **F. Camerini, F. Guglielmi et Pizzioli.** L'électrocardiographie au cours des opérations sous hypotension contrôlée (3). — **F. Guglielmi, E. Ramovecchi et C. Ricci.** La vitesse de circulation et la pression veineuse sous l'action des ganglioplégiques (4). — **E. Ciocatto, Bianchetti et Cattaneo.** Les ganglioplégiques dans le traitement des algies viscérales (5). — **H. Laborit.** Sur le mécanisme de l'hypotension contrôlée; physiologie et moyens de l'obtenir (6). — **E. Kern, Chateaureynaud, J. Lassner et Vourch.** Notre expérience de l'hypotension contrôlée; d'après 416 cas (7). — **H. Laborit.** De l'anesthésie potentialisée à l'hibernation artificielle (8). — **A. Bobbio.** Résultats cliniques et recherches expérimentales sur l'hibernation artificielle de Laborit (9). — **A. E. Paletto, Beatrice et Teich-Alasia.** La position de l'anesthésie monopulmonaire dans la chirurgie thoracique (10). — **S. Brena et E. Marchis.** Modifications de la captation par la thyroïde de l'iode radio-actif sous l'action de la narcose barbiturique (11).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

La Presse Médicale (PARIS), an. 60, n° 78, 6 Décembre 1952. — **Paul Chêne, G. Brulé, J. R. Schlumberger** et **R. Gérard-Marchant.** Cancers étagés oro-pharyngo-œsophagiens (1). — **Stanoje Stefanovic** et **St. Bukurov.** La splénectomie dans le traitement de la leucémie myéloïde chronique (2). — **Giraud.** Clou rigide segmenté pour enclouage médullaire (3). [81]

N° 79, 13 Décembre. — **P. Valade** et **J. Sallé.** Étude du rétablissement de la circulation par les tubes de matière plastique (4). — **P. Poncet.** L'opération endoscopique de la médiastinite d'origine œsophagienne et du diverticule de l'hypopharynx (5). — **Lucien Leger.** Amélioration à porter à la position de Trendelenburg (6).

N° 80, 17 Décembre. — **Ch. Kayser** et **G. Hiebel.** L'hibernation naturelle et artificielle des hibernants et l'hypothermie généralisée expérimentale du rat et de quelques hibernants (7).

N° 81, 20 Décembre. — **P. Pizon.** Ostéopathies et maladies du sang (8).

N° 82, 25 Décembre. — **P. Chalnot, R. Bénichoux** et **P. Gille.** Prothèse de l'œsophage en matière plastique (9). — **J. Alfredo Ferreira, E. J. F. Villamil** et **A. O. Giruzzi.** Phlébographie dynamique (10). — **J. Bousser, J. Patel, G. Lord, R. Robineaux** et **P. Boivin.** La place de la splénectomie dans le traitement de la lipoïdose splénomégalique de Gaucher (11). — **Lucien Leger, P. Pineau** et **J. Andrieux.** Localisations osseuses de la maladie de Hodgkin (12). — **P. Hillemand, G. Thomeret, P. Delort, Laval** et **Neoclès.** A propos d'un cas de mélanose rectocolique (13). — **H. Bonnin, G. Dubourg, G. Moretti** et **P. Pene.** Phéochromocytome surrénal; cure chirurgicale (14). — **C. Vergoz** et **Kourias.** Du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie (15). — **A. Delmas** et **Pertuiset.** La topométrie encéphalique chez l'homme (16). — **A. Pélissier** et **P. Ouary.** De quelques tumeurs des séreuses : du mésothéliome au synovialome et à la tumeur à histioplaxes des gaines synoviales (17). — **J. E. Marcel.** Le syndrome méga-vessie-reflux cysto-pyélique (18). — **P. Bétoulières, R. Paleirac** et **A. Thévenet.** Le pneumomédiastin par voie exo-péritonéale (19). — **H. Godard.** La croissance osseuse et les mucopolysaccharides (20). — **G. Gordet, Mme A. Gordet** et **H. Thaly.** Ulcères peptiques après gastrectomie (21). — **E. Reboud, Bonneau, De Cutolli** et **Ottavioli.** Hamartome de la bronche lobaire supérieure gauche (22). — **R. Ducastaing.** Curieuse observation de neurinome du grêle (23). — **N. Arvay** et **C. Couinaud.** Volvulus du caecum (24).

N° 83, 27 Décembre. — **J. Patel** et **Cl. Couinaud.** Sur la technique de l'hépatectomie droite par ligature première des pédicules vasculaires (25). — **P. Desaive** et **E. Monnoyer.** Régression rapide sous l'influence de la para-oxy-propiophénone (corps 365) d'un adénome thyroïdien en poussée subaiguë au cours d'un cancer génital grave (26).

La Semaine des Hôpitaux (PARIS), an. 28, n° 90, 6 Décembre. — **L. Pouyanne, H. Pouyanne, L. Arné** et **P. Leman.** Thrombose cérébrale et abcès du cerveau; étude artériographique (1). — **G. Lazorthes.** Simple statistique sur quelques cas d'hématomes intracérébraux (2). — **Cl. Gros, R. Cazaban** et **J. Cadilhac.** Intérêt de la tomographie dans les tumeurs de la région orbitaire; plasmocytome et réticulo-histiocytome (3). — **E. Woringer, J. Schneider** et **G. Brogly.** Méningiomes ostéoblastiques temporo-sphénoïdo-orbitaires; absence de tumeur méningée macroscopique. Illustration du progrès en technique neuro-chirurgicale : interventions sous-ganglioplégiques et méthode ultra-rapide de prothèse acrylique (4). — **L.** et **H. Pouyanne.** Méningiome de l'étage antérieur ayant envahi le sinus frontal (5). — **Feld** et **Guillaumat.** Deux cas de cholestéatome fronto-orbitaire (6). [82]

N° 91, 10 Décembre. — **P. Santy.** Traitement chirurgical de la sténose congénitale de l'isthme de l'aorte (7).

N° 93, 18 Décembre [*Annales de Chirurgie*]. — **Menegaux, Courtois-Suffit, Collot** et **Cazals.** A propos d'une plaie du cœur (7). — **G. Lauret.** Les hydronéphroses de l'enfance; statistique de 104 cas (8). — **F. Fénelon.** Neuro-chirurgie des dyskinésies par une méthode personnelle; l'extra-pyramidotomie sous-pallidale par électro-coagulation. Principes de la méthode. Technique. Résultats et indications (9).

N° 94, 22 Décembre. — **H. Dubois Roquebert** et **P. Gorsse.** De deux observations de lipome du côlon (10).

N° 95, 25 Décembre. — **Renée Wechsler.** La colposcopie et la colpophotographie; leur intérêt en clinique gynécologique (11). — **G. H. Fallet.** La lithiase urinaire d'immobilisation (12).

Gazette Médicale de France (PARIS), t. 59, n° 20, 1er Novembre 1952. — **J. Marche.** La tuberculose pulmonaire des gastrectomisés (1). — **L. Diamant-Berger.** La gastrectomie précolique (2). [83]

Le Bulletin Médical (PARIS), an. 66, n° 23, 1er Décembre 1952. — **D. Routier.** La commissurotomie dans le rétrécissement mitral (1). — **R. Picard.** La commissurotomie (2). [84]

Annales de Médecine (PARIS), t. 53, n° 7. — **V. de Lavergne, L. Pierquin** et **J. Helluy.** Le tétanos céphalique avec diplégie faciale (1). [85]

La Revue du Praticien (PARIS), t. 2, n° 31, Décembre 1952. — **P. Santy.** Traitement chirurgical de la coarctation aortique (1). — **M. Servelle.** Traitement chirurgical de la persistance du canal artériel (2). [86]

Lyon Médical, an. 84, n° 51, 21 Décembre 1952. [*Sociétés*]. — **J. Pellerat** et **D. Germain.** Néoplasme de la peau secondaire à une tumeur rénale (1). [87]

Journal de Médecine de Lyon, an. 33, n° 791, 20 Décembre 1952. — **M. Bérard** et **P. Juttin.** L'abandon du pneumothorax extra-pleural chirurgical (1). — **M. Armanet.** Sur le traitement actuel des tuberculoses externes (2). [88]

[89] **Toulouse Médical,** an. 53, n° 11, Décembre 1952. — **J. Sanchez-Lucas.** Anatomie pathologique de la maladie de Hand-Schuller-Christian (1). — **A. Guichard** et **F. Cabanne.** L'aspect histologique des capsules surrénales au cours de 32 cas d'artérite des membres inférieurs (2). — **H. Payan, Laval** et **Métras.** Étude histologique des décorticatious pleurales à propos de 70 observations (3). — **H. Bonneau** et **H. Payan.** De 4 observations de tumeurs bronchopulmonaires rares (4). — **J. Fabre** et **A. Bazex.** Les tumeurs du tissu adipeux (5).

[90] **Montpellier Médical,** an. 95, n° 8, Octobre 1952. — **E. Mourgue-Molines, J. Vidal** et **J. Rioux.** Forme pseudo-tumorale de tuberculose pulmonaire traitée par pneumonectomie (1).

[91] **Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,** an. 129, n° 12, Décembre 1952. — **X. P. Labadie.** Le traitement du tétanos (1). — **C. Martin** et **Mlle Misson.** Traitement des vaginites à trichomonas (2). — [*Sociétés*]. **A. Chauvenet.** Les ulcères gastro-intestinaux familiaux (3). — **E. Aubertin, Ch. Dulong de Rosnay, P. Labadie** et **Cl. Martin-Dupont.** L'intérêt du test de tolérance à l'héparine dans les états hémorragiques (4).

[92] **Strasbourg Médical,** t. 3, n° 11, Novembre 1952. — **H. Lux** et **L. Mangewey.** La folliculinothérapie des ulcères gastro-duodénaux (1). — **E. Dutter.** Cancer de la prostate et œstrogènes (2).

N° 12, Décembre. — **L. Hollender.** Quelques récents progrès de la chirurgie américaine (3).

[93] **Revue Médicale de Nancy,** an. 73, Décembre 1952. — **R. Rousseaux** et **J. Midon.** Fistules artério-veineuses traumatiques ou congénitales dans le territoire crânio-cervical; aspects artériographiques (1). — **Chalnot** et **Lochard.** Évolution actuelle du traitement chirurgical préventif et curatif des pleurésies purulentes chroniques (2).

[94] **Ouest Médical** (Paris), an. 5, n° 24, 10 Décembre 1952. — **J. Hussenstein.** Les homogreffes de banque d'os; possibilités nouvelles; résultats (1).

N° 25, 25 Décembre. — **R. Poirier** et **R. Abelanet.** Sur un cas de grossesse ovarienne (2). — **J. de Brux** et **P. Kilaidonis.** Étude anatomique et histopathologique des ruptures et anévrysmes disséquants de l'aorte (3).

[95] **Algérie Médicale** (Alger), an. 56, n° 10, Décembre 1952. — **J. Ferrand.** Transplantation tendineuse dans la paralysie radiale (1). — [*Sociétés*]. **G. Aubry, Tillier, Massonnat** et **Mlle Boichard.** Échinococcose vertébro-costale (2). — **Huguenin** et **Bourgeon.** Amibiase et cancer du côlon (3).

[96] **La Tunisie Médicale** (Tunis), an. 40, n° 9, Novembre 1952. — **S. Benmussa, Cohen** et **Nahum.** Paralysie des muscles de l'épaule, consécutive à une injection préventive de sérum antitétanique (1).

[97] **Maroc Médical** (Casablanca), an. 31, n° 330, Novembre 1952. — **V. Conill.** Traitement du prolapsus sénile (1). — **F. Moricard.** Indications et contre-indications de l'hormonothérapie des fibromes utérins (2). — **M. Sesini.** Sur l'exploration tubaire (3). — **A. Coiquaud.** La suspension de la vessie sur l'utérus dans la cure des prolapsus génitaux (4). — **R. Martinez.** Les frottis vaginaux (5).

N° 331, Décembre. — **L. Arnaud.** Essai clinique sur les syndromes de l'hypochondre droit (6).

[98] **Madagascar Médical** (Tananarive), an. 1, n° 5, Août 1952. — **Thévenin.** Le traitement des grands brûlés (1).

Allemagne.

[99] **Deutsches Medizinisches Journal** (Berlin), an. 3, n° 23-24, 15 Décembre 1952. — **O. Obrecht.** Sur une méthode simple de bronchographie (1). — **J. Krohm.** Jéjunite nécrotique; étiologie (2). — **F. v. Mikulicz-Radecki.** La douleur du sacrum chez la femme (3).

[100] **Münchener Medizinische Wochenschrift,** an. 94, n° 49, 5 Décembre. — **H. Rössler.** L'état actuel de la chimiothérapie de la tuberculose du squelette (1). — **R. Dyroff.** Sur la radiothérapie du cancer du col (2).

N° 50, 12 Décembre. — **H. Diener.** Sur la céphalée d'origine mécanique (3). — **Rössler.** L'état de la chimiothérapie de la tuberculose du squelette (4).

N° 51, 19 Décembre. — **F. Meythaler** et **F. Händel.** Sur le traitement des tumeurs inopérables (5). — **Koch.** Les pneumonies post-opératoires sont-elles évitables ? (6).

N° 52, 26 Décembre. — **H. Anger.** Troubles post-opératoires après interventions sur les voies biliaires (7).

[101] **Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Stuttgart), an. 77, n° 49, 5 Décembre 1952. — **H. Druckrey.** Bases expérimentales de la chimiothérapie du cancer (1).

N° 50, 12 Décembre. — **H. Huber.** Le system-carcinome de l'appareil génital féminin (2). — **O. H. Arnold** et **E. Messmer.** Recherches sur le problème hypertension-rein (3).

N° 51, 19 Décembre. — **Domagk.** Les bases expérimentales pour un emploi combiné des sulfamides et de la pénicilline (4).

N° 52, 26 Décembre. — **Ebbecke.** La régénération provenant de la fibrine des fibres et des membranes; son importance en anatomie normale et pathologique et pour la chirurgie (5). — **H. Finkbeiner.** L'hysterosalpingographie avec moyens de contraste hydro- et oléosolubles (6).

102] **Medizinische Monatschrift** (Stuttgart), an. 6, n° 12, Décembre 1952. — **Henning** et **Demling.** Le cytodiagnostic des tumeurs malignes (1). — **F. Jaeger** et **W. Grill.** Le diagnostic différentiel de l'hématome subdural chronique (2).

Zeitschrift für die Gesamte Innere Medizin (Leipzig), an. 7, n° 19, 1er Octobre 1952. — **Mertens et Windus.** Les suites éloignées des gelures (1). [103]
N° 21, 1er Novembre. — **H. Hippe** et **W. Sturm.** Sur la fréquence des anomalies du côlon ilio-pelvien (2).
N° 22, 15 Novembre. — **Stobbe.** Rupture de la rate dans la mononucléose infectieuse (3).

Autriche.

Wiener Medizinische Wochenschrift, an. 102, n° 49, 6 Décembre 1952. — **H. Hoff** et **K. Pateisky.** La thalamotomie (1). [104]
N° 50, 13 Décembre. — **W. Zaunbauer.** Le goitre malin (2). — **H. Moser.** L'hypersensibilité au curare et la recurarisation (3). — **N. Nicolov.** La radiumthérapie de la lymphogranulomatose (4).

Wiener klinische Wochenschrift, an. 64, n° 49, 5 Décembre 1952. — **Th. Konschegg.** Maladies du cœur et des vaisseaux dans l'arachnodactylie (1). [105]
N° 51, 19 Décembre. — **F. Heppner** et **E. Vogler.** Symptômes et diagnostic des tumeurs du lobe temporal (2).
N° 52, 26 Décembre. — **A. Flaschka.** Sur un cas d'hémangiome caverneux diffus du rectum et du sigmoïde (3). — **R. Oehl.** Trois blessures rares du ski (4).

Klinische Medizin (Vienne), an. 7, fasc. 12, 1er Décembre 1952. — **S. Kolonja.** Sur l'étiologie de l'endométriose (1). [106]

Belgique.

Le Scalpel (Bruxelles), an. 105, n° 49, 6 Décembre 1952. — **A. Arianoff.** Le problème thérapeutique de la lithiase biliaire (1). [107]
N° 51, 20 Décembre. — **F. Delouys.** L'influence sur les tumeurs des agents communément appelés cancérigènes (2).
N° 52, 27 Décembre. — **Coelst.** De l'importance du modelage dans la taille du greffon osseux en chirurgie plastique (3).

Bruxelles Médical, an. 32, n° 49, 7 Décembre 1952. — **Von Caillie.** Un cas de maladie de Porak-Durante; dysplasie périostale (1). [108]
N° 50, 14 Décembre. — **F. Baclesse.** Les ostéosarcomes des os longs chez les sujets jeunes (2).

Revue Médicale de Liège, vol. 7, n° 24, 15 Décembre 1952. — **L. Lambert.** L'opération de Dieckman dans le traitement des névromes (1). [109]
Vol. 7. [*Supplément I*], Décembre. — **P. Desaive, G. Leroux, E. Monnoyer** et **J. Lavigne.** Les néoformations intrathoraciques pauci-symptomatiques (2).

Espagne.

Anales de la Real Academia Nacional de Medicina (Madrid), t. 69, fasc. 4, 1952. — **D. C. Gil y Gil.** Signification cancérologique de l'envahissement sternal (1). — **W. Toennis.** Résultats du traitement des adénomes hypophysaires (2). — **C. Zuckermann Duarte.** Chirurgie du cancer mammaire (3). — **D. J. M. Bedoya.** Chirurgie de la stérilité féminine (4). [110]

Revista Clinica Espanola (Madrid), t. 47, n° 1, 15 Octobre 1952. — **M. Ferrier, R. Charroing** et **J. van Peteghem.** Bases physiopathologiques de la neuro-chirurgie de l'achondroplasie (1). — **A. Garcia-Baron.** Kyste hydatique de l'appendice vermiforme (2). [111]
N° 2, 31 Octobre. — **C. Jimenez Diaz, E. Castro Farinas, J. Parra y P. de Rabago.** Endophlébite proliférante (3).
N° 3, 15 Novembre. — **A. Torra Huberti.** Les petits calculs urétraux (4).

Gaceta Medica Espanola (Madrid), an. 26, n° 12, Décembre 1952. — **H. L. Guixa.** Hémorragies intrapéritonéales d'origine folliculaire et lutéinique (1). [112]

Medicina (Madrid), an. 20, n° 5, Novembre 1952. — **J. Carrido Lestache.** Kystes osseux (1). [113]
N° 6, Décembre. — **A. Vallejo Nagera** et **A. Lopez Cano.** Notre expérience de l'électronarcose (2). — **J. M. Lopez-Porrua.** La vessie médullaire et ses formes (3). — **J. A. Borras.** La perforation typhique de l'intestin (4).

Medicina y Cirugia de Guerra (Madrid), an. 14, n° 11, Novembre 1952. — **Glorieux.** Le traitement des brûlures (1). [114]
N° 12, Décembre. — **J. Gonzalez Alvarez, Q. Valladolid del Val** et **J. Mora Torres.** Clinique de l'échinococcose pulmonaire (2). — **L. Dominguez Navarro.** Échinococcose pulmonaire (3). — **A. Balbin.** Accidents aigus du kyste hydatique du poumon (4).

Actualidad Medica (Grenade), an. 28, n° 336, Décembre 1952. — **A. Lardelli Lardelli.** Les inflammations du testicule chez l'enfant (1). [115]

Medicina Espanola (Valence), an. 15, n° 159, Juin 1952. — **J. A. Borras.** L'embolie post-opératoire précoce (1). [116]
N° 162. Septembre. — **J. Clavero Margati.** Le traitement des péritonites par perforation (2). — **J. Espin Herrero.** Le traitement chirurgical de l'épilepsie psychomotrice (3).
N° 163, Octobre. — **W. Calvo** et **J. L. Barcia.** La malignité et la fréquence des tumeurs du système nerveux par rapport au sexe et à l'âge des patients (4).

Grande-Bretagne.

[117] **The Lancet** (LONDRES), vol. 263, n° 6745, 6 Décembre 1952. — **W. Evans.** Contraction œsophagienne et douleur cardiaque (1). — **S. Takahara.** Gangrène buccale progressive due probablement au manque de catalase dans le sang (2).

N° 6746, 13 Décembre. — **G. Brown, Scott, Holman, Wood, Finckh, Weiden et Davis.** Antroduodénectomie et radiothérapie dans le traitement de l'ulcère duodénal (3). **I. J. Carré, Astley et Smellie.** Les degrés faibles d'estomac intrathoracique chez l'enfant (4).

N° 6747, 20 Décembre. — **C. A. Wells et I. W. Mac Phee.** Le syndrome de l'anse afférente (5). — **W. Skyrme Rees.** Appendicite fatale (6). — **H. L. Durell et A. C. Halliwell.** Absence congénitale de la voie biliaire commune (7).

N° 6748, 27 Décembre. — **J. C. B. Serjeant et J. A. Raymond.** Perforation d'un côlon d'apparence normale immédiatement après repas baryté (8). — **De Fonseka.** Perforation aiguë d'un ulcère duodénal immédiatement après un repas baryté (9).

[118] **British Medical Journal** (LONDRES), n° 4796, 6 Décembre 1952. — **I. Donald.** Étiologie et examen de l'écoulement vaginal (1).

N° 4797, 13 Décembre. — **R. Doll et A. Bradford Hill.** Étude sur l'étiologie du cancer du poumon (2). — **H. L. M. Roualle.** Analgésie prolongée de la plaie après opérations chirurgicales (3). — **P. Silver.** Ulcère trophique professionnel dans le tabes dorsal (4).

N° 4798, 20 Décembre. — **A. K. Brown.** L-Methorphinan comme supplément à l'anesthésie au protoxyde d'azote et à l'oxygène (5). — **P. Chrysospathis et J. Cossyfakis.** Neurinome de l'estomac enlevé par gastrectomie totale (6). — **M. Helmer.** Opération césarienne après la mort, suivie de succès (7).

N° 4799, 27 Décembre. — **H. Garland et D. Moorhouse.** Lésions par compression du nerf poplité externe (8). — **N. Ross Smith.** Hallux valgus et rigidus traité par arthrodèse métatarso-phalangienne (9). — **N. G. McGuire.** Neurinome du ganglion sympathique cervical (10).

[119] **Proceedings of the Royal Society of Medicine** (LONDRES), vol. 45, n° 12, Décembre 1952. — [*Laryngologie*]. **V. Lambert.** Tumeurs mixtes salivaires du tractus respiratoire supérieur (1). — [*Urologie*]. **S. Poole-Wilson.** Sur la dilatation chronique de l'uretère; discussion (2). — **Darmady.** Le traitement de l'anurie; discussion (3). — [*Clinique*]. **R. H. Metcalfe.** La streptomycinothérapie de la tuberculose des os et articulations (4). — **R. Glynn Thomas.** L'arthrodèse de la hanche tuberculeuse (5). — [*Orthopédie*]. **R. C. F. Catterall.** Le syndrome de l'Instabilité de l'avant-pied (6).

[120] **Glasgow Medical Journal,** vol. 33, n° 12, Décembre 1952. — **R. Fife et J. Jarvie.** Léiomyosarcome de l'estomac; revue contenant un cas avec métastases multiples (1).

[121] **The Manchester University Medical School Gazette,** vol. 31, n° 4, Octobre 1952. — **S. S. Rose.** L'ulcère chronique de jambe (1). — **J. L. Braithwaite.** L'artère utérine (2).

Hollande.

[122] **Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde** (AMSTERDAM), an. 96, n° 49, 6 Décembre 1952. — **J. E. J. Resink et A. S. Sluis.** La pneumographie présacrée rétropéritonéale (1). — **R. A. Van Valkenburg.** Sténose rénale chez l'enfant (2).

N° 50, 13 Décembre. — **A. van Bouwdijk Bastiaanse.** Sur le traitement du cancer du col par le radium, l'opération et la radiothérapie (3). — **H. Muller et J. Nauta.** Rupture spontanée de l'œsophage (4). — **W. J. F. Van der Bijl.** Hémoptisie traumatique (5). — **M. P. Meyer.** La splénectomie dans l'anémie hémolytique (6).

N° 51, 20 Décembre. — **A. Nederveen.** Un cas de lipome sous-muqueux du côlon descendant (7).

Italie.

[123] **Il Policlinico [Sezione pratica]** (ROME), vol. 59, n° 47, 24 Novembre 1952. — **E. Ruggeri et G. Zannini.** La ligature de l'artère hépatique et de l'artère splénique dans le traitement de la cirrhose atrophique du foie (1).

N° 49, 8 Décembre. — **E. Moschini-Antinori et A. Tosti.** Clinique et statistique des cas de cancers gastriques observés en dix ans (2).

[124] **Recenti Progressi in Medicina** (ROME), vol. 13, n° 5, Novembre 1952. — **A. A. Luisada.** La chirurgie des maladies congénitales du cœur et des vaisseaux (1). — **A. A. Luisada.** La chirurgie des lésions valvulaires acquises (2). — **A. Luisada.** La chirurgie des maladies coronaires et péri-cardiques (3).

[125] **Minerva Medica** (TURIN), an. 43, n° 96, 29 Novembre 1952. — **P. Sacca Francesco.** Un cas de thyroïdite à cellules plasmatiques (1). — **V. Miadonna et R. Avallone.** Premiers résultats de l'emploi de la streptokinase-streptodornase dans les hémothorax secondaires à la création du pneumothorax extra-pleural (2).

N° 98, 6 Décembre. — **E. Gallico.** Les orientations modernes de la chimiothérapie des tumeurs (3).

N° 99, 10 Décembre. — **Bermond.** Arthrose condensante discale sacro-lombaire (4).

N° 101, 17 Décembre. — **A. Robecchi, G. Einaudi et Impallomeni.** Étiopathogénèse de l'arthrose du genou; les troubles de la circulation veineuse en particulier (5).

N° 102, 20 Décembre. — **Di Giuseppe.** Sur quelques syndromes neuro-vasculaires des membres supérieurs (6).

N° 103, 24 Décembre. — **M. Grasso et P. L. Melanotte.** L'adénome bronchique (7). — **E. Minetto et D. A. Scala.** Les *court-circuits* bronchiques dans les suppurations pulmonaires (8). — **A. Gambigliani-Zoccoli, E. Minetto et M. Grasso.** Diagnostic précoce et diagnostic rapide du cancer pulmonaire (9).

La Clinica (Bologne), an. 13, n° 1, 1951-1952. — **L. Piacentini.** La mamelle sanglante (1). — **T. Grossi.** Deux kystes échinococciques de la rate (2). — **V. Reggianini.** L'histamine tissulaire dans l'ulcère gastro-duodénal par rapport au facteur phlogistique et à la perforation (3). [126]

N° 2. — **F. Romeo.** Chlorome leucémique, monocytique (Chlororéticulosarcome) (4). — **M. de Franchis.** Les résultats éloignés de l'urétérolithotomie par rapport au siège du calcul (5). — **G. Tori** et **R. Camerini.** Sur la contribution de la pneumo-angiographie au diagnostic des tumeurs pulmonaires (6). — **M. de Franchis** et **V. Reggianini.** Syndromes hémorragiques et fonction hépatique dans les ulcères gastro-duodénaux (7).

N° 3. — **E. Jasonni** et **Bellettini.** Aspects cliniques initiaux du granulome malin (8). — **A. Zulian.** Contribution clinique à la chirurgie du diverticule de Meckel (9). — **G. Perazzo.** Absorption et filtration péritonéale de la pénicilline (10).

N° 4. — **M. de Franchis.** Les résultats éloignés de l'uretérolithotomie sont en rapport avec la durée pré-opératoire des souffrances urinaires (11). — **V. Reggianini.** Temps de coagulation et temps de Quick en rapport avec le traitement par les antibiotiques associés chez les malades chirurgicaux (12). — **C. Confalonieri** et **S. Montorsi.** Expériences sur l'effet de la ligature de la veine-cave inférieure chez la lapine gravide (13). — **A. Marcucci.** La novocaïne dans la prévention des accidents de la transfusion (14). — **C. Scala.** Résultats éloignés de la cure chirurgicale de la maladie de Flajani-Basedow (15). — **G. Galli.** Les tumeurs du mésenchyme du testicule (16). — **G. Tori.** De la cure combinée Roentgen-Azoïpritique des réticulosarcomes (17).

N° 5, 1951-1952. — **A. Propergi.** L'ostéomyélite de la branche ischio-pubienne (18). — **G. F. Cavalli.** Sur un cas de cæcum bifide (19).

N° 6. — **G. Sicca.** Plaies périnéales par empalement (20).

La Riforma Medica (Naples), an. 66, n° 49, 6 Décembre 1952. — **S. Brena** et **A. Cattaneo.** Une anesthésie potentialisée novocaïne et curare, par infiltration locale (1). [127]

N° 51, 20 Décembre. — **D. Rodino.** Rare coïncidence morbide : carcinome du poumon et échinocoque de la rate (2). — **Palmisano.** Anatomie et clinique de l'endothéliome mammaire (3).

Rassegna Internazionale de Clinica e Terapia (Naples), vol. 32, n° 23, 15 Décembre 1952. — **N. Cocchia.** La prémédication et son importance en anesthésie (1). — **L. Cobellis.** Les adamantinomes; 3 cas (2). [128]

N° 24, 31 Décembre. — **E. Sanseverino.** Étude des tératomes du testicule (3).

Il Progresso Medico (Naples), vol. 8, n° 24, 31 Décembre 1952. — **G. Iannacone.** Les diverticules du duodénum (1). [129]

Il Friuli Medico (Udine), vol. 7, Novembre-Décembre 1952. — **E. Santi.** Hémopéritoine par rupture de corps jaune gravidique (1). — **A. Lucchese.** Considérations clinico-thérapeutiques sur la thrombo-embolie en obstétrique et en gynécologie (2). — **C. Pennetta.** Les désinfectants des plaies modernes et leur emploi (8). — **D. Baratto.** La thyroxine dans les crises post-opératoires de la thyroïdectomie pour hyperthyroïdisme (4). [130]

Irlande.

The Irish Journal of Medical Science (Dublin), n° 323, Novembre 1952. — **R. W. Shaw.** Quelques difficultés et dangers de l'anesthésie moderne (1). [131]

Pologne.

Polski Tygodnik Lekarski (Varsovie), vol. 7, n° 43, 27 Novembre 1952. — **J. Rutkowski, St. Pokrzywnicki** et **J. Hankiewicz.** L'hypotension contrôlée (1). — **M. Semereau-Siemianowski.** Étude clinique moderne des processus hémorragiques (2). [132]

N° 44. — **J. Manicki.** Bilan azoté chez les opérés (3). — **M. Czyzewski.** Anémie après résection gastrique (4). — **St. Wiszniewski.** Traitement des ulcères de la jambe par infiltration anesthésique périartérielle fémorale (5). — **J. Falkowski.** Traitement opératoire du phimosis (6). — **M. Prawko.** Évolution clinique de l'appendicite chez les personnes âgées (7). — **K. Szatybelko.** Pseudo-kystes du pancréas à la lumière des 6 observations de l'auteur (8). — **W. Olesinski.** Hémorragies aiguës dans les ulcères gastro-duodénaux (9), — **J. Wlodarska.** Restauration fonctionnelle de l'organisme par transfusion intra-artérielle après shock grave post-hémorragique ou post-traumatique (10).

N° 45. — **J. Lysakowska.** Un cas de synoviome malin (11). — **S. Flis** et **J. Janowicz.** Un cas guéri de phlegmon de l'estomac, du duodénum et du jéjunum (12).

N° 46. — **I. Dziaczkowski.** Nécessité d'une anesthésie combinée (13). — **J. Janiga.** Syndromes post-gastrectomiques (14). — **St. Bruckner.** Induration plastique du pénis (15)

Portugal.

Clinica Contemporanea (Lisbonne), vol. 6, n° 3, Octobre 1952. — **E. Lima Basto.** Kyste hydatique de la fosse ischio-rectale (1). — **F. Gentil Martins.** Rupture sous-cutanée de l'uretère (2). — **N. de Azevedo.** Anesthésie pour la chirurgie cardiaque, valvulotomie mitrale (3). **M. Rosa Falcão.** Les tumeurs du médiastin (4). [133]

États Scandinaves.

Acta Medica Scandinavica (Stockholm), vol. 144, fasc. 1, 28 Octobre 1952. — **A. Bergsman, Gösta von Reis** et **Sahlgren.** Diagnostic et traitement de la sciatique basés sur une étude suivie (1). [134]

Fasc. 2, 14 Novembre. — **A. Stenderup, Flemming Kissmeyer-Nielsen** et **P. Linnet-Jepsen.** La chimiothérapie des infections du tractus urinaire (2).

[135] **Nordisk Medicin** (STOCKHOLM), vol. **48**, n° 49, 5 Décembre 1952. — **A. Blystad, J. Hirsch et O. Maske.** La chimiothérapie dans la tuberculose rénale (1).
N° 50, 12 Décembre. — **T. Aaneland.** La mastite puerpérale; bactériologie et pathogénèse (2). — **M. Andersen.** Le problème de la poudre des gants (3).

[136] **Journal of the Oslo City Hospitals,** vol. **2**, n° 11, Novembre 1952. — **J. Hagtvet, S. Hjort et A. Homb.** Abcès du poumon (1). — **R. Baltzersen.** Blessure par avulsion de la peau du bras; traitement primitif par reposition de la peau; puis refroidissement du membre post-opératoire (2).
N° 12, Décembre. — **A. K. Amundsen.** Anesthésie para-vertébrale pour atténuer la douleur dans la fracture multiple des côtes (3). — **H. Heist.** Un tableau des donneurs de sang d'urgence (4).

[137] **Acta Societatis Medicorum Upsaliensis,** vol. **37**, n° 5-6, 1952. — **J. Stahle.** Étude sur les canaux biliaires et les vaisseaux sanguins de la capsule de Glisson (1).

Suisse.

[138] **Revue Médicale de la Suisse Romande** (LAUSANNE), t. **72**, n° 12, Décembre 1952. — **H. Barbey.** Les diverticules de l'uretère (1). — **Candarjis et P. Anex.** La crosse aortique à droite; aspects radio-cliniques (2).

[139] **Schweizerische Medizinische Wochenschrift** (BALE), an. **82**, n° 49, 6 Décembre 1952. — **R. Friede.** La pathogénèse de la lésion cérébrale après hémorragie cérébrale (1).
N° 52, 27 Décembre. — **G. Reichen et H. Erb.** Le traitement du cancer génital chez la femme (2).

[140] **Bulletin der Schweizerischen Akademis der Medizinischen Wissenschaften** (BALE), vol. **8**, fasc. 5-6, Novembre 1952. — **A. Jentzer.** Chirurgie cérébrale traumatique; étude comparative (1).

Tchécoslovaquie.

[141] **Casopis Lekaru Ceskych** (PRAGUE), vol. **91**, n° 48, 28 Novembre 1952. — **L. Volicer.** Sur le radio-diagnostic des fistules internes vésiculaires (1). — **C. Vojtek.** Sur le radio-diagnostic des corps étrangers (2). — **Z. Maratka.** Le sort des ulcéreux gastro-duodénaux après un délai de 10 à 20 ans (3). — **J. Sablik.** La valeur actuelle des tests séro-diagnostiques de malignité (4).
N° 50, 12 Décembre. — **Z. Dienstbier, J. Libansky, B. Polak et E. Famirova.** Changements de l'activité du complexe prothrombinique au cours des diverses manières de conservation du plasma (5).
N° 51, 19 Décembre. — **Zahor.** Le lipome de l'utérus et sa génèse (6).
N° 52, 26 Décembre. — **F. Jindrak.** Maladie ulcéreuse (7). — **R. Erdelyi.** 104 cas d'hypospadias opérés. Résultats (8).

[142] **Lekarske Listy** (BRNO), vol. 7, n° 23, 1er Décembre 1952. — **J. Pojer.** Du syndrome d'après gastrectomie (1). — **F. Hromadko.** Les examens cliniques et de laboratoire du syndrome d'après gastrectomie (2). — **F. Pavlica.** La carcinose des méninges (3). — **B. Chytka.** La carcinose des méninges (4). — **Z. Stramek.** La dystopie supérieure du cæcum (5).
N° 24, 15 Décembre. — **O. Nylicek.** La biologie du vagin (6). — **V. Groh.** Le traitement chirurgical de l'arrachement des épicondyles de l'humérus chez les enfants (7).

Turquie.

[143] **Turk Tip Cemiyeti Mecmuasi** (ISTANBUL), an. **18**, n° 9, Août 1952. — **E. S. Egeli.** De la pathogénie de l'hypertension essentielle (1). — **E. Frank.** La valeur de la chirurgie de l'hypertension (2).
N° 10, Septembre. — **S. Akel et H. Berkol.** Valeur de la surrénalectomie dans les artérites (3). — **B. Gorbon et H. Kocaouglu.** Greffe artérielle dans le traitement de l'opération thrombotique locale (4). — **C. Tavyar Kankat.** Opération esthétique pour nez en perroquet (5).

Yougoslavie.

[144] **Archives Serbes de Médecine** (BELGRAD), an. **80**, n° 9, Septembre 1952. — **V. Jakovljevic et D. Stanulovic.** Le traitement de la polyarthrite chronique par la dénervation du sinus carotidien (1). — **S. Petkovic et B. Cvetkovic.** Le traitement opératoire de la calculose urétérale (2). — **S. Stajic.** La dilatation mécanique précoce de l'œsophage chez l'enfant, après ingestion de soude caustique (3).

Canada.

[145] **Union Médicale du Canada** (MONTRÉAL), t. **81**, n° 12, Décembre 1952. — **R. Langevin.** Complications gastro-intestinales au cours de certains traitements orthopédiques (1). — **L. Lamoureux et G. Fortin.** L'arrêt du cœur et la ressuscitation (2).

[146] **Laval Médical** (QUÉBEC), vol. **17**, n° 9, Novembre 1952. — **F. Roy et J. A. Gravel.** 5 cas de kystes bronchogéniques (1). — **J. M. Lemieux.** État actuel du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (2). — **F. X. Demers et M. Chrétien.** Cancers de l'ovaire (3).

The Canadian Medical Association Journal (Toronto), vol. 67, n° 6, Décembre 1952. — [147]
H. McCart. Cancer du larynx (1). — **L. Reese** et **J. T. Mac Lean.** Insufflation pré-sacrée (2). — **P. W. Davey, J. D. Hamilton** et **Sterle.** Lésions du rein par irradiation (3). — **W. M. Eagleson.** Ulcère non spécifique du côlon (4). — **J. F. Hamel.** Ulcérations géantes bénignes du duodénum (5). — **J. E. Musgrove.** Constatations radiologiques dans l'appendicite gangréneuse (6). — **J. A. Renkine.** Lymphangiome kystique de l'aisselle (7).

Le Saguenay Médical (Chicoutimi, Canada), vol. 1, n° 1, Mai 1952. — **F. Brisson** et **C. de Torregrosa.** Obstruction du cholédoque par un parasite (1). [148]

N° 2, Août. — **G. Boudreault.** La persistance du canal artériel (2). — **J. Bruneau.** Granulome à éosinophiles (3). — **S. Leblond** et **Ch. Allard.** Hyperostose crânienne diffuse associée à un début d'acromégalie (4).

N° 3, Novembre. — **R. Claveau** et **Ch. Allard.** Hernie diaphragmatique congénitale (5).

États-Unis.

The New York State Journal of Medicine, vol. 52, n° 22, 15 Novembre 1952. — **E. L. Hecht.** [149]
Valeur des frottis endométriaux dans la détection de la malignité (1). — **J. V. Ricci** et **Ch. H. Thom.** Conduite à tenir en présence d'une procidence. Une opération simple en tant que traitement chirurgical (2). — **L. G. Fournier.** Conseils pratiques au praticien agissant comme gynécologue (3). — **J. H. Flynn.** Le chorio-épithélioma. Analyse de 8 cas observés pendant les 12 dernières années (4). — **L. Leroy Hyams.** Adénomyose. Son traitement chirurgical conservateur (Hystéroplastie) chez les femmes jeunes (5). — **A. T. Stewart.** Influences psychosomatiques en gynécologie (6). — **J. A. de Weese, W. C. Eikner** et **R. M. Price.** Cholécystoscopie (7). — **S. W. Venick** et **L. Lahn.** Appendice épiploïque, inflammatoire, hémorragique aigu (8).

N° 23, 1er Décembre. — **J. F. Daly.** Traitement du carcinome du larynx extrinsèque et du laryngo-pharynx (9).

N° 24, 15 Décembre. — **W. Russell Mac Ausland.** Le traitement des lésions rebelles de la hanche par prothèse au nylon (10). — **J. C. McCauley Jr.** Une opération-solution du problème du pied-bot (11). — **H. Hallock.** Fusion vertébrale opposée à l'excision interlaminaire seule dans les lésions discales lombaires (12). — **Ph. Wilson** et **L. Ramsay-Straub.** Fusion vertébrale avec fixation interne par plaque (13). — **F. R. Thompson.** La prothèse de hanche au vitallium intramédullaire (14). — **R. S. Siffert.** Transplants osseux expérimentaux (15). — **J. J. Schwartzman.** Métastases osseuses du cancer; corrélation roentgénologique avec la source primitive (16). — **J. Sidney Ritter** et **H. Ritter Jr.** Kyste sébacé calcifié simulant une lésion du rein (17).

The American Journal of Medicine (New-York), vol. 13, n° 5, Novembre 1952. — **L. Buerger.** [150]
La thrombo-angéite oblitérante. Une étude des lésions vasculaires aboutissant à la gangrène présénile spontanée (1). — **E. Beer.** Ablation des néoplasmes de la vessie. Une nouvelle méthode basée sur l'emploi des courants de haute fréquence par cystoscope cathétérisant (2). — **R. Lewinsohn.** Transfusion sanguine par la méthode citratée (3). — **I. C. Rubin.** Détermination non opératoire de la perméabilité des trompes de Fallope. Insufflation intra-utérine d'oxygène et production d'un pneumo-péritoine artificiel (4). — **A. A. Berg.** Mortalité et résultats tardifs dans la gastrectomie subtotale pratiquée en tant que cure radicale des ulcères gastriques et duodénaux (5). — **B. B. Crohn, L. Ginzburg** et **G. D. Oppenheimer.** Iléite régionale. Une entité clinique et anatomo-pathologique (6). — **J. B. Kirsner** et **W. L. Palmer.** Le problème du peptic ulcer (7).

N° 6, Décembre. — **St. H. Deschamps** et **A. Steer.** L'expérience de la ponction-biopsie du foie au Centre de l'Hépatite pour le Japon et la Corée (8). — **E. R. Christian.** La valeur de la ponction-biopsie du foie (9). — **N. Zamcheck, Th. P. Cotter, S. E. Hershorn, Th. C. Chalmers, M. Ritvo** et **White.** Le radio-diagnostic précoce de l'hémorragie précoce du tractus gastro-intestinal supérieur. Valeur clinique de la sécurité et de l'exactitude de la méthode chez 123 malades (10). — **H. Milton Rogers, C. C. Rudolph** et **J. H. Cordes Jr.** La coarctation de l'aorte dans l'enfance; 2 cas (11).

The American Journal of the Medical Sciences (Philadelphie), vol. 224, n° 6, Décembre 1952. [151]
— **W. L. Palmer, F. Vansteenbuyse** et **J. B. Kirsner.** Le peptic ulcer; l'effet des drogues anticholinergiques sur le mécanisme de la douleur (1). — **J. R. Gück** et **J. Wolf.** Arthropathie mono-articulaire et destructive dans le syndrome de Reiter (2).

The Journal of the American Medical Association (Chicago), vol 150, n° 11, 15 Novembre 1952. [152]
— **A. Herfort.** Ostéomyélite des vertèbres lombaires due à Escherichia Coli (1). — **M. E. de Bakey.** Sur les diverticules de l'œsophage (2). — **J. W. Hendrick** et **G. E. Ward.** Le traitement du cancer intrabuccal (3). — **D. A. Cooley** et **D. W. Chapman.** Commissurotomie mitrale au cours de la grossesse (4). — **B. McSwain.** Appareil facilitant l'irrigation de la colostomie (5). — **A. J. Jurishica** et **J. E. Vaccara.** Apoplexie abdominale chez un enfant (6).

N° 12, 22 Novembre. — **L. B. Rose.** Obstruction de la veine cave supérieure durant depuis 25 ans (7). — **J. E. Dailey.** Correction du thorax en entonnoir en usant d'un greffe costale ostéo-périostique sous-sternale (8). — **C. W. Mills.** Aide clinique simple pour le diagnostic de l'épanchement hémorragique intrapéricardique (9). — **F. Wroblewski** et **J. S. La Due.** Infarctus du myocarde, complication post-opératoire (10). — **A. E. Bloomberg, P. Blumberg** et **Haimovici.** Thrombose auriculaire; commissurotomie mitrale et embolectomie aortique (11).

N° 13, 29 Novembre. — **D. E. Clark, J. H. Rule, O. H. Trippel** et **D. A. Cofrin.** Cinq années d'expérience de l'iode radio-actif dans le traitement de l'hyperthyroïdisme (12).

N° 14, 6 Décembre. — **W. Klingensmith, A. Texas** et **F. V. Theix.** Embolectomie des artères fémorale et iliaque (13). — **H. E. Barnett.** La chirurgie orthopédique dans la paralysie cérébrale (14). — **B. W. Haynes.** Le danger du pansement occlusif d'urgence dans les plaies de poitrine faisant ventouse (15).

[152] N° 15, 13 Décembre. — **W. A. Altemeier** et **Lorgan.** Antibiotiques et chimiothérapie dans les infections du système squelettique (16). — **H. M. Pollard, Bolt, Ransom** et **Orabough.** Résultats du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal; comparaison de la vagotomie et de la gastrectomie sub-totale 5 ans après l'opération (17).

N° 16, 20 Décembre. — **F. F. Foldes, T. S. Machaj, R. D. Hunt, P. G. McNall** et **P. C. Carberry.** Les relaxants musculaires synthétiques en anesthésie (18). — **J. J. Bonica.** Le traitement de la douleur rebelle par blocages analgésiques (19).

[153] **Archives of Internal Medicine** (CHICAGO), vol. 90, n° 5, Novembre 1952. — **J. A. Rosenkrantz, J. Wolf** et **J. J. Kaicher.** La maladie de Paget (Ostéite déformante) (1). — **D. C. Trianto-Phyllopoulos** et **B. A. Waisbren.** Inexistence de l'influence de la pénicilline sur la coagulation sanguine (2). — **D. H. Johnston.** Nécrose de la papille rénale diagnostiquée à plusieurs reprises grâce à l'examen des tissus évacués (3).

[154] **The New England Journal of Medicine** (BOSTON), vol. 247.

N° 18, 30 Octobre 1952. — **E. F. Browne** et **J. S. Meyer.** Phéochromocytome avec rupture d'un anévrysme intracrânien (1). — **W. L. Fielding.** Le culdoscope comme aide diagnostique dans la grossesse ectopique viable au début (2). — [*Hôpital*]. **Ellis.** Adéno-carcinome de la tête du pancréas (3).

N° 19, 6 Novembre. — **D. Munro** et **W. Sisson Jr.** Hernie à travers l'incisure de la tente du cervelet en rapport avec un traumatisme crânio-cérébral (4). — [*Hôpital*]. **Ulfelder.** Kyste du parovaire à pédicule tordu (5).

N° 20, 13 Novembre. — **D. W. Mac Collum, W. E. Bernhard** et **R. L. Banner.** Les traitements des blessures du bras pris dans la machine à tordre le linge (6). — **Th. H. Ingalls, F. J. Curley** et **R. A. Prindle.** La production expérimentale des anomalies congénitales (7). — [*Hôpital*]. **Fitzhugh.** Embolie de l'artère mésentérique; infarctus iléal, cæcal, appendiculaire et du côlon ascendant (8). — **Culver.** Cancer de la queue du pancréas; métastases hépatiques (9).

N° 21, 20 Novembre. — **J. G. Kuhns, A. Potter, W. A. Elliston** et **R. S. Hormell.** Le remplacement de la tête du fémur dans l'ostéo-arthrite sévère de la hanche (10). — **J. Gordon Scannell.** Les progrès de la chirurgie thoracique (11). — [*Hôpital*]. **Raker.** Pancréatite chronique avec fibrome et abcès (12).

N° 22, 27 Novembre. — **E. Hamlin Jr.** La réduction non opératoire du volvulus aigu du côlon sigmoïde (13). — [*Hôpital*]. **Zeller.** Fracture du crâne, hématome sub-dural, contusions cérébrales; hémorragie sous-arachnoïdienne (14).

N° 23, 4 Décembre. — **M. Leichtling, H. B. Reibstein, M. H. Stein** et **H. E. Bass.** Carcinome diagnostique par examen du liquide péricardique (15). — [*Hôpital*]. **Paine.** Abcès de la prostate, pyélonéphrite et pyélonéphrose aiguës (16). — **Daland.** Chordome des vertèbres cervicales (17).

N° 24, 11 Décembre. — **W. R. Waddell** et **Ch. B. Burbank.** La cholangiojéjunostomie, opération de Longmire; pour la cure de l'obstruction biliaire due au carcinome (18). — [*Hôpital*]. **Schluz.** Adéno-carcinome du jéjunum avec 2 métastases, l'une à la séreuse jéjunale distale par rapport à la lésion primitive et une autre dans un ganglion mésentérique (19).

N° 25, 18 Décembre. — **C. E. Welch, J. B. McKittrick** et **G. Behringer.** Prolapsus du rectum et du côlon; rapports avec le cancer (20). — **J. S. Wheeler** et **F B. Clark.** Torsion du cordon spermatique (21).

[155] **Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic** (ROCHESTER), vol. 27, n° 23, 5 Novembre 1952. — **P. R. Lipscomb.** Création chirurgicale et réparation des pertes de substance massives du bassin pour ostéomyélite et tumeur osseuse; résultats de 4 cas (1). — **O. H. Beahrs** et **G. L. Jordan Jr.** Dissection radicale bilatérale du cou pour lésions maligne de la tête et du cou (2). — **W. G. Bannon** et **E. V. Allen.** L'effet des drogues adrénolytiques sur le phéochromocytome avec lésions métastatiques fonctionnantes; un cas (3).

N° 24, 19 Novembre. — **E. V. Allen.** Revue de l'opinion sur la sympathectomie pour hypertension essentielle (4).

N° 25, 3 Décembre. — **Lundy, Adams, Seldon, Pender, Fauconer, Paulson, Ridley, Osborn** et **Courtin.** Faits et remarques anesthésiologiques concernant la transfusion de sang et l'emploi de substituts du plasma (5).

N° 26, 17 Décembre. — **O. H. Wangensteen.** Rôle de la physiologie dans les progrès de la chirurgie (6). — **L. R. Dragstedt.** La physiologie de la secrétion gastrique et le problème du peptic ulcer (7).

[156] **New Orleans Medical and Surgical Journal** (LOUISIANE), vol. 104, n° 17, Novembre 1952. — **J. H. Shipp** et **Hargrave.** Élargissement du cardia (1). — **J. E. Holoubek, Carroll, Langford** et **Riley.** Hernie diaphragmatique simulant la douleur de la maladie cardiaque (2). — **J. E. Garcia, Middleton** et **Anderson.** Le cardiaque au point de vue du risque chirurgical (3).

[157] **Rocky Mountain Medical Journal** (DENVER), vol. 49, n° 11, Novembre 1952. — **T. E. Beyer** et **J. R. Blair.** Les kystes et fistules congénitaux de la tête et du cou (1).

[158] **Annals of Internal Medicine** (LANCASTER), vol. 37, n° 5, Novembre 1952. — **W. E. Barnett, W. W. Moorman** et **B. A. Merrick.** Oblitération par thrombose de l'aorte abdominale: 6 cas (1). — **J. P. Merrill.** Le rôle de la surrénale dans l'hypertension (2). — **G. W. Thorn, J. Hartwell Harrison, J. P. Merrill, M. G. Cristitiello, Th. F. Frawley** et **J. T. Finkenstaedt.** Études cliniques sur la surrénalectomie totale bilatérale chez les malades atteints de maladie vasculaire hypertensive grave (3). — **L. J. Marks, B. Weingarten** et **G. R. Gerst.** Cancer de la queue du pancréas avec varices gastriques saignantes et hypersplénisme (4).

N° 6, Décembre. — **J. A. Di Fiore.** Diverticulite aiguë du cæcum (5). — **I. S. Ekswit.** Hyperparathyroïdisme primitif demandant une thérapeutique post-opératoire prolongée (6). — **R. C. Janovsky, J. F. Boettner, H. Scott van Ordstrand** et **D. B. Effler.** Péricardite tuberculeuse récidivante (7).

Cuba.

Archivos Medicos de Cuba (La Havane), vol. 3, n° 5, Septembre 1952. — **E. B. Tovee.** Le problème de l'ulcère duodénal perforé (1). — **J. A. Dauphinee** et **T. W. Clarke.** Le métabolisme du potassium et ses troubles possibles dans les affections chirurgicales et autres (2). — **J. E. Ruben.** Le rôle du blocage sympathique dans le traitement de la phlébite chronique et du syndrome post-phlébitique (3). [159]

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires), vol. 39, n° 46, 14 Novembre 1952. — **J. Carrere.** L'ombre vésiculaire (1). — **Domingo Prat.** Sur le drainage de l'appendicite aiguë (2). — **J. M. Allende.** et **E de Arteaga.** Gastrite kystique (3). — **P. L. Mirizzi.** Adénome des cellules insulaires; nésidioblastome; crise d'hypoglycémie; exérèse; guérison (4). — **J. Oviedo Bustos.** L'angle de Treitz; sa physiopathologie (5). — **W. Tejerina Fotheringham.** Pancréatite (6). [160]

N° 47, 21 Novembre. — **R. Finochietto** et **H. Serrovalle.** Hernie inguinale de l'enfant, technique de Posadas (7). — **R. Finochietto.** Fracture du coude; type Posadas (8). — **E. Ayas.** Kyste hydatique du poumon; technique de Posadas et procédés actuels (9). — **J. H. Resano** et **H. Notti.** Sténose congénitale de l'œsophage (10). — **R. Finochietto.** Sous-maxillectomies et grenouillette sous-maxillaire (11). — **R. Finochietto** et **R. A. Garriz.** Opérations pelviennes par voie abdominale; la déflexion du bassin (12). — **Am. Nunziata** et **P. Maslo.** Amputation de jambe par le procédé de Mezzari; technique (13). — **R. Finochietto** et **S. Chouhy Aguiree.** Torticolis; opération de Mikulicz (14).

N° 48, 28 Novembre. — **J. V. Uriburu** et **E. Marino.** Dysplasie d'une glande mammaire aberrante (15).

N° 49, 5 Décembre. — **F. van Domselaar.** Les antibiotiques dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire (16).

N° 50, 12 Décembre. — **R. Q. Pasqualini.** Le stress chirurgical (17). — **R. Pasqualini.** Prévention et traitement du stress chirurgical (18). — **J. R. Membrives.** Périodes pré- et post-opératoires de l'hyperthroïdisme. Crise hyperthyroïdienne (19). — **S. E. Luchetti.** L'exérèse thyroïdienne (20). — **G. E. Bur.** La biopsie en endocrinologie (21). — **J. R. Membrives.** Périodes pré- et post-opératoire des états hypercorticoïdes (21*). — **J. V. Uriburu.** Aspects endocriniens de la chirurgie mammaire (22). — **S. E. Luchetti.** Aspects endocrino-chirurgicaux des thymopathies (23). — **T. B. Noble.** Iléus paralytique par péritonite consécutive à une appendicite (24). — **A. Sicard** et **G. Lord.** Lipomes épisacro-iliaques et lombosciatiques (24).

N° 51, 19 Décembre. — **J. Carlos Ahumada, L. A. Arrighi** et **D. Calandra.** La cure du prolapsus génital par l'opération de Halban (25). — **J. V. Uriburu.** Le traitement des dysplasies mammaires par la progestérone locale (26). — **R. C. Ferrari.** Cancer de l'œsophage; symptômes et diagnostic (27). — **L. Maloberti.** Le traitement du tétanos à l'Hôpital Naval (28).

N° 52, 26 Décembre. — **P. C. Rospide** et **I. J. Corsini.** Le diagnostic des ostéopathies dysmétaboliques (29). — **E. F. Malbec** et **A. R. Beaux.** La reconstruction du pavillon de l'oreille (30). — **E. M. Baldi** et **R. E. Gadea.** Hernie pulmonaire congénitale par aplasie partielle des côtes (31).

a Semana Medica (Buenos-Aires), an. 59, n° 21, 20 Novembre 1952. — **F. Rodriguez Ruiz Conde** et **R. A. Silva.** Lithiase résiduelle du canal cholédoque (1). — **S. Ezeyza.** Résumé en tableaux synoptiques de nos connaissances actuelles sur le cancer (2). [161]

N° 22, 27 Novembre. — **C. R. Hoffmann.** Causes et prophylaxie des récidives de l'ulcère peptique (3).

N° 23, 4 Décembre. — **R. A. Defilippo** et **A. Mieres.** Le cœlothéliome de la plèvre (4).

N° 25, 18 Décembre. — **B. Labandibar** et **L. I. Benzecry.** Contribution à l'étude des aménorrhées (5). — **H. H. Vazquez.** Rachianesthésie avec de la nupercaïne lourde (6). — **G. E. Bur.** Biopsie testiculaire (7). — **I. Z. Villafane E. Rosemblit** et **D. Hojman.** L'insuffisance spermatique dans la cryptorchidie et l'ectopie testiculaire (8). — **B. Nusimovich.** Étude du testicule dans un syndrome de féminisation de l'homme par carcinome cortico-surrénal (9).

N° 26, 25 Décembre. — **L. J. Lencioni, J. J. Staffieri** et **L. J. Cardonnet.** La coloration des secrétions vaginales et du sédiment urinaire sans fixation préalable. Adaptation du procédé et des techniques de Papanicolaou et Shore (10).

nales de la Catedra de Clinica Medica del. Dr. E. S. Mazzei (Buenos-Aires), t. 5, 1952 (El Ateneo). — **A. S. Arias.** Lymphosarcome sténosant de l'intestin grêle (1). — **H. Jose Dorado.** Emphysème du mésentère par perforation sous-séreuse du grêle (2). — **C. Reussi, M. H. Rigoli, R. Braga** et **E. Olcese.** Les tumeurs de l'intestin grêle; radio-diagnostic (3). [162]

Brésil.

rquivos Brasileiros de Medicina (Contient **Arquivos de Clinica**) (Rio-de-Janeiro), vol. 42, n° 7 et 8, Juillet et Août. — **M. Augusto de Andrade, M. Barretto Netto** et **L. Maia Dallahana.** Goître apathique (1). [163]

N° 9 et 10, Septembre-Octobre. — **A. F. da Costa.** Néoplasie maligne de l'estomac; métastases péritonéales, fibrothorax (2).

vista Brasileira de Medicina (Rio-de-Janeiro), vol. 9, n° 10, Octobre 1952. — **J. P. Lopez Pontes.** Radiologie de l'évacuation de la vésicule biliaire chez 50 individus normaux; l'épreuve de Boyden (1). [164]

[165] **O Hospital** (Rio-de-Janeiro), vol. 42, n° 6, Décembre 1952. — **Guerreiro de Faria.** Néoplasme bénin primitif de l'uretère (1). — **O. Pinheiro Campos** et **Ricardo Costa.** Fracture traumatique de la diaphyse fémorale (2).

[166] **Medicina, Cirugia, Farmacia** (Rio-de-Janeiro), n° 198, Octobre 1952. —
N° 199, Novembre 1952. — **A. Peixoto de Souza Filho.** La novocaïnisation du sympathique dans le diagnostic différentiel et le traitement des affections aiguës de l'abdomen (1). — **R. Antonio dos Santos.** Anesthésie péridurale continue par tube de polyéthylène (2).
N° 200, Décembre. — **F. Paulino, D. E. Junqueira de Morais** et **Mario Alves Filho.** L'occlusion intestinale par calculs biliaires (3). — **C. Villela Nunes.** Sur le prolapsus du disque intervertébral; 5 cas (4). — **G. S. Andrade, J. F. Fortes** et **S. Rodriguez.** Sur un cas d'invagination aiguë chez le nourrisson (5).

[167] **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia** (Sao Paulo), vol. 64, n° 3, Septembre 1952. — **A. Higginson.** Le varicocèle et l'école urologique sud-américaine (1). — **M. A. Manzanilla Jr** et **A. Casillas Espinosa.** Hypertrophie mammaire diffuse (2).
N° 4, Octobre. — **Carmo Lordy.** Les restes embryonnaires dans la génèse de certaines néoplasies de l'ovaire (3).
N° 5, Novembre. — **F. Bianchi.** Incidents et complications de l'anesthésie endo-veineuse avec les tio-barbituriques (4). — **G. S. F. Mooy.** Tumeur mixte de l'estomac (5). — **A. Chiffet.** Blessures des parties molles du membre supérieur (6). — **M. de Abreu Campanario.** Aspects radiologiques de la pathologie vésiculaire (Tumeurs, diverticules, hydropisie, calcification, bile calcaire) (7).

[168] **Revista Paulista de Medicina** (Sao Paulo), vol. 41, n° 5, Novembre 1952. — **P. de Almeida Toledo.** L'estomac opéré. Gastro-entéro-anastomoses et gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux (1). — **E. Mendes, V. A. de Carvalho Pinto, W. Beraldo** et **G. Elejalde.** Caractère antigénocide du fil de coton chirurgical (2). — **A. Amelio** et **M. Pacheco.** Orchi-épididymite traumatique (3). — **O. Henrique da Franca.** Ulcère duodénal perforé par suite d'une morsure de cobra (4). — **L. Concilio** et **A. M. Junquiera.** Perforation d'une vésicule biliaire calculeuse dans la paroi abdominale antérieure (5).
N° 6, Décembre. — **J. Nemirovsky.** Espace pelvien sous-péritonéal et prolapsus génital (spécialement : cystocèle) (6). — **P. Correia** et **A. de Oliviera Marcondes.** Traitement du cancer des lèvres (7).

Uruguay.

[169] **Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades** (Montevideo), t. 40, n° 5, Mai 195
— **L. M. Bosch del Marco.** Cancer primitif de la trachée (1). — **M. Miqueo Narancio.** Valeur du diagnostic précoce et des opérations élargies dans le pronostic du cancer (2). — **P. V. Knaibl** et **J. Pietropinto.** La reconstruction totale du maxillaire supérieur (3). — **J. Carlos del Campo.** Évidement lympho-ganglionnaire de la région lombo-aortique. Technique. Suggestions (4). — **H. Cosco Montaldo.** La chirurgie du cholédoque. Images cholangiographiques des calculs cholédociens (5). — **I. Carreras.** Hémorragie grave chez un malade porteur d'ulcère duodénal après sympathectomie comme traitement de l'hypertension (6) — **P. Larghero Ybarz.** Cancer végétant et diverticulose sigmoïdienne (7). — **T. Clivio Durante.** Bases de la chirurgie des hémorroïdes (8).
N° 6, Juin. — **M. Miqueo Narancia** et **J. Medoc.** Lipome sous-muqueux de l'estomac (9) — **O. Bermudez.** Kystes cœlomiques du médiastin (10) — **H. Cosco Montaldo.** Cancer de la tête du pancréas. Duodéno-pancréatectomie céphalique (11). — **M. Miqueo Narancio.** Technique de la dégastro-entérostomie et de la gastrectomie partielle (12). — **L. Mérola.** Fracture de la clavicule. Lésion vasculaire (13).
N° 6, Juin. — [*Société*]. **M. Miquez, Narancio** et **J. Madoc.** Lipome sous-muqueux de l'estomac (14). — **O. Bermudez.** Kystes cœlomiques du médiastin (15). — **F. Garcia Capurro** et **J. C Pecantet.** Étude radiologique par Collapsus de la chambre gastrique (16). — **R. Cosco Montaldo.** Cancer de la tête du pancréas duodéno-pancréatectomie céphalique (17). — **M. Miques Narancio.** Technique de la dégastro-entérostomie et gastrectomie partielle (18) — **L. Merola.** Fracture de la clavicule; lésion vasculaire (19).

[170] **Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo,** vol. 37, n° 5-6, Mai-Juin 1952. — **E. C. Palm** et **J. Medoc.** Tumeur du 3e ventricule; étude anatomo-clinique et chirurgicale (1). — **C. Avellanal, E. Cacciatori** et **D. Mendoza.** Sur un cas de phéo-chromocytome (2). — **W. R. Suiffet.** Thrombophlébite; phlébo-thrombose; aspects chirurgicaux (3).

Australie.

[171] **The Medical Journal of Australia** (Sydney), an. 39, n° 18, 1er Novembre 1952. — **Th. F. Reed** et **E. Shipton.** Tumeur neurogénique de l'estomac; neurilemmome probable (1). — **R. Flynn.** Ovaire kystique bilatéral; syndrome de Stein (2).
N° 21, 22 Novembre. — **G. W. Milton.** La production du cancer secondaire de la rate (3) — **F. H. Shaw** et **G. T. Peterson.** L'emploi intra-abdominal de la pénicilline (4).
N° 22, 29 Novembre. — **L. I. Burt.** Le traitement de l'appendicite aiguë vue tardivement (5). — **F. Stonham.** L'ostéotomie du péroné dans le traitement du pied-bot congénital (6).
N° 23, 6 Décembre. — **Cl. Isbister.** La mastite aiguë; étude de 28 cas (7). — **R. B. Lynch.** Excursion nouvelle dans l'anesthésie à l'éther (8). — **J. Parkes Findlay.** La paralysie faciale; revue clinique et autopsie donnant l'histopathologie d'une infection du ganglion génicul. par le virus de l'herpès zoster céphalique (9).
N° 25, 20 Décembre. — **Sir S. Burston.** Le traitement de masse des brûlures, point de v de la Défense civile (10). — **W. D. Refshauge.** Le traitement de masse des brûlures; orga nisation des services médicaux (11). — **A. E. Coates.** Le traitement de masse; point de v chirurgical (12). — **J. Walsh.** Le traitement de masse des brûlures; la ressuscitation (1 — **J. W. Perry.** Le traitement de masse des brûlures; points de vue du laboratoire (1
N° 26, 27 Décembre. — **E. S. Meyars.** Nouvelle note sur le fascia cervical profond (1

Afrique du Sud.

South African Medical Journal (Capetown), vol. 26, n° 48, 29 Novembre 1952. — **J. B. Herman.** [172]
Kyste de l'ovaire produisant l'apparence d'un cancer du côlon (1).
N° 49, 6 Décembre. — **J. H. Louw.** La hernie inguinale de l'enfance (2).
N° 51, 20 Décembre. — **E. Samuel.** Œsophagite peptique et ulcération (3). — **J. H. Louw.** L'occlusion congénitale du duodénum; un cas traité avec succès (4).

IV. Sociétés.

Académie de Chirurgie, 29 *Octobre* 1952. — Sur les synovites tuberculeuses (**J. M. Verne**) (1). [173]
— Sur les troubles de l'hydratation en chirurgie (**A. Monsaingeon**) (2). — Synovites tuberculeuses des gaines tendineuses (**A. Richard**) (3). — Nouvelle technique de ligature osseuse au cours des fractures de l'apophyse odontoïde avec luxation antérieure de l'atlas (**M. Nicol** [rapport **Gueullette**]) (4). — Deux cas de duodéno-pancréatectomie totale (**A. Mazingarbe, J. Roussillon, Y. Geffroy** et **P. Renault**) (5). — L'interruption du tronc-porte; perspectives d'avenir (**L. Leger**) (6). — Une modification des prothèses acryliques de hanche (**Robert** et **Jean Judet**) (7). — Ostéosynthèse par greffon vissé (**Robert** et **Jean Judet**) (8). — Film sur la radioscopie cinématographique (**Gohrbandt, Metzner** et **Westerkamp**) (9).
5 *Novembre.* — Interruption chirurgicale du courant veineux portal (**F. Poilleux, C. Houdard** et **C. Frileux**) (10). — Volvulus du grêle; résection intestinale par anastomose aseptique suivie d'opération de Noble immédiate (**Blanguernon, Boussard** et **Vernes** [rapport **M. Iselin**]) (11). — Recherches expérimentales sur les adhérences péritonéales post-opératoires et leur prévention par la cortisone (**M. Nicol** [rapport **Gueullette**]) (12). — Considérations sur l'hypertension paroxystique (**L. Lambert, V. Huicq** [rapport **S. Blondin**]) (13). — Sur la technique des greffes cutanées minces dans le recouvrement des grandes pertes de substance (**J. Gosset**) (14).
[*Mémoires de l'Académie*, t. 78, n° 27-28, 1952].
12 *Novembre.* — Des greffes dermo-épidermiques (**G. Ménégaux**) (15). — Des greffes cutanées libres (**Padovani**) (16). — De la ligature portale (**R. Soupault**) (17). — Deux cas encore de greffes termino-aortiques (**J. Oudot** [rapport **J. Patel**]) (18). — L'arthrodèse intra-articulaire pour les séquelles de la tuberculose du genou chez l'enfant, d'après une méthode personnelle (**M. Delitsch** [rapport **Merle d'Aubigné**]) (19). — De 185 cas de lombo-sciatiques et de 55 greffes lombo-sacrées (**G. Rieunau** et **Fical** [rapport **Merle d'Aubigné**]) (20). — Tumeurs sacro-coccygiennes du nouveau-né et de l'enfant (**P. L. Chigot** et **Klein**) (21). — Des résultats de l'arthrodèse lombo-sacrée dans le traitement de la lombo-sciatique (**J. Cauchoix** et **A. Lemoine**) (22).
19 *Novembre.* — Les rachialgies d'origine psycho-névrotique (**J. Gosset**) (23). — Du traitement des lombo-sciatiques (**Y.-J. Longuet**) (24). — 15 interventions pour tumeurs du médiastin (**P. Razemon** [rapport **R. Sauvage**]) (25). — Hernie diaphragmatique étranglée post-traumatique (**E. Gagea** et **M. Farah** [rapport **Marcel Roux**]) (26). — De 20 observations d'occlusion post-opératoire de l'intestin grêle (**F. Bolot** [rapport **M. Roux**]) (27). — Les calcifications post-traumatiques de la jambe; 2 observations personnelles (**Lapeyre, Carabanola** et **Candon** [rapport **Sorrel**]) (28). — De l'utilisation d'un extrait de tissu aortique dans le traitement des plaies atones de brûlures (**L. Sauvé**) (29). — Éventration diaphragmatique gauche congénitale chez un nourrisson de 6 semaines; prothèse de nylon (**Demirleau, Caruana Jahan** et **Renault**) (30).
[*Ibidem* n° 29 et 30, 1952].
26 *Novembre* 1952. — Résultats éloignés d'une implantation duodéno-jéjunale termino-latérale pour méga-duodénum (**Marcel Roux**) (31). — Position du chirurgien devant la désobstruction médicale du cholédoque lithiasique (**P. Jouanneau** et **Y. Geffroy** [rapport **M. Roux**]) (32). — Colectomie subtotale en un temps chez un nourrisson de 3 mois porteur d'une invagination extériorisée (**A. Prochiantz** et **D. Berge** [rapport **G. Laurence**]) (33). — Retentissement de l'hypospadias sur l'arbre urinaire d'après 60 cas : opérés récents, opérés anciens, non opérés (**P. Boissonnat** [rapport **G. Laurence**]) (34). — L'anesthésie au Pentothal en pratique de guerre (Tonkin); 7 643 observations (**Delom** [rapport **Braine**]) (35). — La chirurgie à deux équipes dans l'œsophagectomie subtotale par incision cervicale, thoracique droite et abdominale pour cancer de l'œsophage sus-aortique. Anastomose œso-gastrique au cou (**Cl. Olivier** et **G. Cerbonnet**) (36). — Résultats du traitement des hypospadias antérieurs par le procédé de la tranchée balanique (**Barcat** et **Petropoulos**) (37). — Astragalectomie pour tumeur blanche tibio-tarsienne fistulisée à l'âge de 7 ans, malade revu 27 ans plus tard avec un résultat fonctionnel excellent (**E. Sorrel**) (38). — Résultat à distance d'une ligature de la veine-cave inférieure pour insuffisance cardiaque (**H. Welti**) (39).
3 *Décembre.* — Les autoplasties par la méthode hongroise (**Ginestet** et **Frézières** [rapport **Dubau**]) (40). — Sur 4 interventions pour phlegmons pyo-stercoraux après étranglement curral (**Ch. Pierra** [rapport **Cordier**]) (41). — Splanchnicectomies et pancréatites (**P. Moulonguet, J. M. Verne** et **M. Foucher**) (42). — Ligature de la carotide primitive droite après artériographie; apparition en un mois d'un énorme anévrysme; rupture spontanée; mort (**D. Férey, Javalet** et **Stabert**) (43). — Hétéro-transplants osseux congelés (**R. Judet, J. Judet, J. Lagrange** et **J. Dunoyer**) (44). — Anastomose œso-gastrique haute palliative pour cancer de l'œsophage par thoraco-phréno-laparotomie droite (**M. Rudler**) (45).
[*Ibidem*, n° 31 et 32).

Société de Chirurgie de Lyon 13 *Juin* 1952. — [*Séances communes Belges-Lyonnaises*]. Des [174]
sciatiques chirurgicales : l'hypertrophie des ligaments jaunes (**Albert**) (1). — De 3 cas de hernie diaphragmatique chez l'enfant en bas âge (**Van der Stricht**) (2). — Hernies diaphragmatiques de l'hiatus œsophagien chez le nourrisson (**P. Santy** et **R. Margotton**) (3). — Occlusion congénitale du duodénum (**M. Morelle**) (4). — Anévrysmes artério-veineux pulmonaires (**A. Dumont**) (5). — Anévrysmes pulmonaires artério-veineux (**M. Bérard**) (6).

[174] 14 *Juin*. — **L'opération de McBride; verrouillage lombo-sacré par greffe enclavée (A. Danis)** (7). — Essais de prévention et de traitement de la crise post-opératoire des hyperthyroïdies (**P. de Moor**) (8). — La prévention et le traitement de la crise post-opératoire des hyperthyroïdiens (**P. Guinet**) (9). — Chirurgie restauratrice des artères; embolectomie et endarteriectomie (**J. Govaerts**) (10). — L'anesthésie du système neuro-végétatif en chirurgie (**A. Samain**) (11). — Traitement restaurateur des plaies des artères du membre inférieur (**A. van Wien et J. van Geertruyden**) (12). — Instruments pour la chirurgie vertébrale (**A. Danis**) (13).

[*Lyon Chirurgical*, t. **48**, n° **1**, *Janvier* 1953].

[175] **Société Française de Gynécologie** [*Journées de Bourbon-l'Archambault*], *Septembre* 1952. — Un cas de syndrome de Demons et Meigs (**J. Baudon**) (1). — Une complication rare de la môle hydatiforme (**Thibault de Beauregard**) (2). — Peut-on éviter le danger de thrombo-embolie dans les opérations gynécologiques ? (**A. Chalier**) (3). — Hermaphrodisme androgynoïde (**Cl. Beclère**) (4). — Fibrome nécrosé après radiothérapie (**E. Douay**) (5).

[*Comptes Rendus de la Société*,, an. **22**, n° **7**, *Octobre* 1952].

[176] **Société Française de Phlébologie**, *Octobre-Décembre* 1952. — Étude étiopathogénique des ulcères de jambe (**J. Pluss**) (1). — Clinique et traitement des troubles intestinaux chez certains hémorrhoïdaires (**J. Carraud**) (2). — Syndrome mycosé artérite (**R. de Kouroch**) (3). — Ictère hémolytique et ulcères de jambe; lésions artérielles (**R. Bourggraff**) (4). — Sur les ulcérations jambières des plaques d'atrophie blanche de la peau et la possibilité de leur revascularisation (**Van der Molen**) (5).

[*Bulletin de la Société*, n° 4, 1952].

[177] **Société Française de Neurologie**, 6 *Novembre* 1952. — Syndrome syringomyélique et malformations complexes associées, en particulier de la charnière atloïdo-occipitale et des vertèbres cervicales (**G. Boudin, Fischgold, Pépin et Metzger**) (1). — Destruction du noyau ventral antérieur thalamique dans le traitement des maladies mentales (**Talairach**) (2).

[*Revue Neurologique*, t. **87**, n° 4, 2e Semestre 1952].

[178] **Société Médicale des Hôpitaux de Paris**, 7 *Novembre* 1952. — Lithiase pancréatique compliquée secondairement de kystes volumineux et d'ictère par obstruction; radiomanométrie (**R. Caran, M. Champeau et P. Frumusan**) (1). — A propos d'une pancréatite calcifiante; les enseignements de pancréatographie (**F. Siguier, L. Leger, J. J. Welti et Chimènes**) (2). — Sur un cas d'adénome langerhansien non fonctionnel. Aspect de la pancréatographie (**Gilbert, Dreyfus, L. Leger, M. Zara, J. P. Azérad et Cl. Alexandre**) (3).

14 *Novembre*. — Plasmocytome multiple à forme cérébrale (**Mahoudeau, Le Beau et Daum**) (4). — Cancer de l'estomac ayant évolué plus de 6 ans (**P. Hillemand et Delord**) (5).

[*Bulletins et Mémoires*, an. **68**, n° 30-31, 1952].

21 *Novembre*. — Paraplégie, manifestation initiale d'un plasmocytome reconnu par ponction de l'apophyse épineuse; guérison neurologique par radiothérapie (**F. Layani, Aschkenasy et Nadal**) (6). — Dysostose cleido-crânienne avec manifestations épileptiques chez la mère et la fille (**G. Boudin, Barbizet et Herman**) (7).

28 *Novembre*. — Anurie post-transfusionnelle chez un opéré. Dialyse péritonéale malgré la laparotomie; guérison (**M. Dérot, J. Bernard et R. Touraine**) (8). — Anurie post-abortum avec contractures simulant un tétanos splanchnique; rôle probable de l'hyperkaliémie (**M. Dérot, R. Touraine, J. Bernard et G. Thin**) (9). — Syndrome de Banti par brucellose chronique. Isolement de *Br. Melitensis* dans la rate après splénectomie (**Janbon, Bertrand et Salvaing**) (10).

[*Ibidem*, n° 32-33].

[179] **Académie Nationale de Médecine**, 2 *Décembre* 1952. — Résultats de l'hibernation à la Clinique de Vaugirard (**Sénèque**) (1).

[*Bulletin de l'Académie*, t. **136**, n° 33 et 34, 1952].

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

DÉCEMBRE 1952

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès cérébraux, Pouyanne [82], 1.
- pancréatiques, Strauss [4], 13; Raker [154], 12.
— prostatiques, Paine [154], 16.
- pulmonaires, J. Hagtvet [136], 1.
Abdomen aigu (Diagnostic différentiel) par infiltration sympathique, P. de Souza Filho [166], 1.
(Apoplexie chez un enfant), Jurishica [152], 6.
(Chirurgie); morbidité et mortalité, Wayne [22], 30.
(Douleur aiguë chez la femme), Klingensmith [19], 11.
(Traumatisme pénétrant), Spencer [7], 16.
Acanthome prostatique, de Biase [71], 1.
Accidents post-opératoires chez les alcooliques, Albertini [52], 4.
Achalasie œsophagienne, Anttinen [15], 11; Wulf [15], 15; Gertz [15], 16.
Achondroplasie (Neuro-chirurgie), Ferrier [111], 1.
Acromégalie au début et hyperostose crânienne diffuse associée, L. Leblond [148], 4.
A. C. T. H. en chirurgie cardiaque, Dogliotti [34], 1.
- — Cortisone « Doca » (Leur action sur la survie du rat brûlé), W. B. Neal Jr [20], 14.
Actinomycose testiculaire, Scorer [7], 6.
Adamantinomes, Coballis [128], 2.
Adéno-carcinome colique, Bowersox [47], 3.
- jéjunal, Schulz [154], 19.
Adénolymphome, Castiglioni [71], 4.
Adénome bronchique, Grasso [125], 7.
— hypophysaire, Tœnnis [110], 2.
- insulaire (Crise d'hypoglycémie guérie par exérèse), Mirizzi [160], 4.
- langerhansien, Gilbert-Dreyfus [178], 3.
— pituitaire, Kaplan [44], 13.
- thyroïdien, Desaive [81], 26.
Adénomyose (Chirurgie), Leroy-Hyans [149], 5.
Adhérences péritonéales (Histo-anatomie), Albertini [52], 1.
Aisselle (Lymphangiome kystique), Rankine [147], 7.
Albumines sériques (Augmentation du volume sanguin), (Hyde [21], 1.
Alcalinisation prophylactique des prostatiques, Heise [4], 26.
Alcooliques (Accidents post-opératoires), Albertini [52], 4.
Alcoolisation cérébrale, Bucaille [2], 1.
Algies pyélo-urétérales (Sympathectomie), Grégoir [5], 3; [5], 8.
— viscérales (Ganglioplégiques), Ciocatto [80], 5.
Aménorrhées, Labandibar [161], 5.
— (Irradiation à faible dose), Israel [44], 2.
Amibiase, Sodeman [55], 1.
— colique, Huguenin [95], 2.
Aminoacridine, Nemir [17], 6.
Amputation de jambe, Nunziata [160], 13.
Amputés du bras (Réhabilitation), Kessler [22], 21.
Amygdales (Cancer), Telok [20], 6.
Analgésie prolongée de la plaie opératoire, Roualle [118], 3.
Anastomose aseptique, Blanguernon [173], 11.
- carotido-basilaire (Persistance), Frugoni [9], 1.
- œso-gastrique au cou, Olivier [173], 36.
— — haute, Rudler [173], 15.
- urétéro-colique, Jacobs [46], 1; Parsons [46], 2; Daniel [46], 4.
- urétéro-intestinale, Berglin [15], 34.
- viscérale « en manche », Behrend [22], 16.
Anémie par déficience de fer, Owren [15], 46.
après gastrectomie, Larsen [15], 43; Parma [52], 10; Czyzewski [132], 4.
— par troubles gastro-intestinaux fonctionnels, Bethell [53], 3.
— hémolytique (Splénectomie). M. P. Meyer [122], 6.
— — splénique (Ectomie), Aas [15], 32.
Anesthésie (Prémédication), Cocchia [128], 1.
— (Relaxants musculaires synthétiques en —), F. F. Foldes [152], 18.
— (Transfusions de sang et substituts du plasma), Lundy [155], 5.
— en chirurgie cardiaque et pour valvulotomie mitrale, de Azevedo [133], 3.
— en psycho-chirurgie, Degenne [79], 7.
— chirurgicale sous hypotension, Carravetta [80], 1.
— combinée, Dziaczkowski [132], 13.
— péridurale continue, A. dos Santos [166], 2.

Anesthésie générale par inhalation chez l'enfant, Lopez Pina [29], 2.
— locale pour la chirurgie de la face, de la tête et du cou, David Alexander [23], 3.
— avec hypotension posturale, Guglielmi [80], 2.
— moderne (Difficultés et dangers), Shaw [131], 1.
— neuro-végétative, Samain [174], 11.
— potentialisée, Brena [127], 1.
— — et hibernation, Laborit [80], 8.
— monopulmonaire, Paletto [80], 10.
— endo-veineuse (Accidents et complications), Bianchi [167], 4.
— paravertébrale dans la douleur des fractures multiples de côtes, Amundsen [136], 3.
— à l'éther (Méthode nouvelle), R. B. Lynch [171], 8.
— au Pentothal en guerre, Delom [173], 35.
— au protoxyde d'azote-oxygène, Brown [118], 5.
— — — en circuit fermé, Foldes [18], 9.
— par le trichloréthylène, Vilenski [50], 3; Lebourg [50], 4.
Anesthésiologie (Thèmes), Castro d'Almeida [24], 12.
Anévrysmes aortiques, Della Pena [11], 10.
— — disséquants, de Brux [94], 3.
— artériels (Chirurgie), Pratt [62], 4.
— artério-veineux, Dumont [174], 5; Berard [174], 6.
— — pulmonaires, Paolucci di Valmaggiore [10], 4.
— carotidiens après artériographie, Férey [173], 43.
— cérébraux, Noto [13], 4.
— intra-crâniens, Jaeger [19], 1; Bassett [21], 8; Browne [154], 1.
— — (Étude neuro-ophtalmologique), Morel [63], 1.
— cirsoïdes, Fumagalli [32], 4.
— sacciformes, Röntgen [64], 2.
— spléniques, Milone [10], 2.
Angiocardiographie, Catalano [75], 2; Stackelberg [61], 4.
Angiocholite suppurée, Orecchia [12], 4.
Angiographie pour le diagnostic des méningiomes parasagittaux et de la faux, H. Haar [73], 1.
— vertébrale (Importance diagnostique), Tiwisina [73], 2.
Angiohamartome racémeux, Cipriani [71], 6.
Angiome cérébral, Rosenberg [66], 2.
— facial, Kaplan [37], 1.
Angle de Treitz (Physiopathologie), Oviedo Bustos [160], 5.
Anomalies coliques, Hippe [103], 2.
— congénitales (Production expérimentale), Ingalls [154], 7.
Ano-rectal [Examen] des nouveau-nés nègres, Ferguson [37], 3.
Ano-rectale [Chirurgie]; douleur post-opératoires, Segal [17], 10.
Anse afférente (Syndrome), Wells [117], 5.
Antibiotiques dans la tuberculose ostéo-articulaire, Van Domsclaar [160], 16.
— associés chez les malades chirurgicaux (Temps de coagulation et temps de Quick), Reggiamini [126], 12.
— — Chimiothérapie dans les infections squelette, Altemeier [152], 16.
Antihistaminiques (Effet antiémétique), Jadu Quenoud [79], 4.
Antro-duodénectomie et radiothérapie, Brown [117], 3.
Anurie (Traitement); discussion, Darmady [119], 3.
— post-abortum avec contractures, Dérot [178], 9.
— post-transfusionnelle, Dérot [178], 8.
Anus (Sténose congénitale), Ferguson [37], 3.
Aorte (Anévrysmes disséquants), de Brux [94], 3.
Aorte (Coarctation); diagnostic angiocardiographique, Catalano [75], 2.
— — chirurgie, Santy [86], 1.
— — cas opéré, Christophe [5], 11.
— — cas opéré chez un enfant, Chaptal [25], 2.
— — dans l'enfance), Milton Rogers [150], 11.
— (Greffes provenant de l'artère splénique); survie d'un an, Hurwitt [62], 3.
— (Sténose isthmique), Broden [61], 5.
— [Bifurcation] (Oblitération thrombotique) Crafoord [15], 28.
— — (Résection); greffe, Oudot [173], 18.
— [Crosse] à droite, Candarjis [138], 2.
— abdominale (Obstruction chimique), Milanes [62], 5.
— — (Thrombose oblitérante), Barnett [158], 1.
— thoracique (Anévrysme), Della Pena [11] 10.
— — (Injection mortelle de moyen de contraste), Wickbom [76], 2.
— — (Ponction par le cou), Wickbom [76], 1.
Aortographie thoracique, Broden [61], 5; Wickbom [76], 1.
Apophyse odontoïde (Fracture) avec luxation Nicol [173], 4.
Apophyses épineuses (Ponction diagnostique) Layani [178], 6.
Apoplexie abdominale chez un enfant A. J. Jurishica [152], 6.
Appareil génital (Mésothéliome bénin) Mylius [15], 45.
— de la femme (Cancer), Reichen [139] 2.
— — — — et adénome thyroïdien, Desaive [81], 26.
— — — — radiothérapie, Zilliacus [42], 1
— — — (Carcinome), Huber [101], 2.
— — — (Chirurgie), Fournier [149], 3.
— — — (Procidence); chirurgie, Ricci [149] 2.
— — — (Prolapsus), Conill [97], 1; Coiquaud [97], 4; Nemirovsky [168], 6.
— — — — opération de Halban, Carlos Ahumada [160], 25.
— génito-urinaire (Maladies); diagnostic chirurgical, Fetter [19], 9.
— urinaire (Douleur), Ullman Reawes [22] 22.
— d'hyperextension dorsale, Jewett [22], 20
— facilitant l'irrigation de la colotomie Mc Swain [152], 5.
Appareils orthopédiques en Orthofix, M. Sœur [28], 3.
Appendice épiploïque; hémorragie, Vernic [149], 8.
— iléo-cæcal (Calculs), Clark [7], 13.
— — (Endométriose), Romanus [20], 4.
— — (Invagination), Morton [17], 19.
— (Kyste hydatique), Garcia-Baron [111] 2.
— (Mucocèle), Hilsabeck [17], 7.
— (Myxoglobulose), Monetti [52], 9.
Appendicectomie (Incision idéale), Frase [17], 15.
— (Suites douloureuses); novocaïne, Foti [12] 17.
— économique, Rego Lins [56], 1.
Appendicite (Évolution) chez le malade âg Prawko [132], 7.
— chez le nouveau-né, Meigher [18], 21.
— aiguë (Drainage), Domingo Prat [160],
— — (Traitement tardif), L. I. Burt [171],
— chronique (Technique opératoire), Reg Lins [56], 1.
— fatale, Skyrme Rees [117], 6.
— gangreneuse (Étude radiologiqu J. E. Musgrove [147], 6.
— pseudonéoplasique, Plotegher [52], 8.
Arachnodactylie (Maladies du cœur et de vaisseaux), Konschagg [105], 1.

Arachnoïdite opto-chiasmatique (Cisternographie), Mugnai [13], 5.
Artère carotide interne (Anévrysmes intracrânien), Morel [63], 1.
— — primitive (Ligature) pour blessure, Brodersen [15], 36.
— — — droite (Ligature) après artériographie, Ferey [173], 43.
— sous-clavière (Origine anormale), Broden [61], 5.
— fémorale (Infiltration anesthésique périartérielle) pour ulcère, Wiszniewski [132], 5.
— — (Thrombose traumatique), Mavor [7], 9.
— hépatique (Ligature) pour cirrhose, Ruggeri [123], 1.
— — (Résection expérimentale); survie des chiens, Eze [20], 5.
— mésentérique (Embolie), Fitzhugh [154] 8.
— pulmonaire (Atrésie); étude de 1 000 opérés, Taussig [61], 3.
— — (Origine anormale), Wyman [77], 3.
— radiale (Transfusion de sang); gangrène, Yee [18], 16.
— splénique (Anévrysme), Milone [10], 2.
— — (Greffes aortiques), Hurwitt [62], 3.
— — (Ligature) pour cirrhose, Ruggeri [123], 1.
Artères (Chirurgie réparatrice), Govaerts [174], 10.
— (Greffes autoplastiques fraîches), Hurwitt [62], 3.
— (Maladie occlusive); sympathectomie, Pratt [62], 6.
— bronchiques (Connexions vasculaires), Tobin [21], 13.
— fémoro-iliaque (Embolectomie), Klingensmith [152], 13.
— du foie, Orlandini [74], 1.
— liophyllisées [Fibres collagènes] (Ultrastructure), Bonanome [11], 1.
— du membre inférieur (Maladies organiques); sympathectomie lombaire haute, Lindstedt [15], 5.
— — supérieur (Plaies); restauration, van Wien [174], 12.
— utérines, Braithwaite [121], 2.
— — (Ligature), Waters [44], 9.
Artérialisation de la veine porte (Influence hépatique), Bariatti [11], 9.
Artériographie (Complications), Ferey [173], 43.
— des fistules artério-veineuses, Rousseaux [93], 1.
— dans la thrombose et les abcès cérébraux, Pouyanne [82], 1.
Artério-sclérose (Ganglioctomie lombaire), de Luca [8], 1.
— périphérique, occlusive (Sympathectomie) Pearl [22], 4.
Artérite et mycose, de Kouroch [176], 3.
— (Surrénalectomie), Akel [142], 3.
— aiguë dans la puerpéralité, Abbo [43], 3.
— du membre inférieur, A. Guichard [89], 2.
— oblitérante non spécifique, Schumacker Jr [62], 2.
Arthrite [Poly] chronique (Énervation sino-carotidienne, Jakovljevic [144], 1.
— — — évolutive (Fonctionnement hypophyso-surrénal), F. Coste [26], 2.
Arthrodèse extra-articulaire, Grice [38], 19.
— intra-articulaire du genou, Delitsch [173], 19.
— de la hanche tuberculeuse, R. Glynn Thomas [119], 5.
— lombo-sacrée, Cauchoix [173], 22.
— métatarso-phalangienne, Ross Smith [118], 9.
Arthropathies (Aspects anatomo-cliniques), Rutishauer [26], 1.
— dans le syndrome de Reiter, Cück [151], 2.
Arthroplastie avec coupe, Berntsen [36], 6.
Arthroplastie par lup cup (Incident tardif), M. Ory [26], 6.
— du coude par feuilles de tantale, Ducroquet (R. et P.), [26], 7.
— coxale, Swynghedauw [3], 3; Fiume [32], 7.
— — acrylique, Sven Klær [36], 4.
— de la hanche, Herbert [26], 4.
Arthropneumographie, Fontaine [2], 1.
Arthrose, Robecchi [125], 5.
— condensante sacro-lombaire, Bermond [125], 4.
Articulation sous-astragalienne (Arthrodèse extra-articulaire), Grice [38], 19.
— lombo-sacrée (Verrouillage), Danis [174], 7.
— sacro-iliaque (Lipomes) et lombo-sciatiques, A. Sicard [160], 24.
— tibio-tarsienne (Tumeur blanche fistulisée), Sorrel [173], 38.
Ascaridiose, Erhart [4], 16.
— (Altérations ganglionnaires mésentériques), Zylka [4], 24.
Asphyxie du nouveau-né par hernie diaphragmatique, Peltonen [35], 2.
Astragalectomie pour tumeur blanche, Sorrel [173], 38.
Astrocytomes (Histogénèse), Nicolosi [12], 1.
Atlas (Luxation antérieure), Nicol [173], 4.
Attelle dynamique pour la main, Peacock [38], 5.
— interne pour doigts, Pratt [38], 4.
Auréomycinothérapie des infections localisées, Marchisello [17], 13.
Autoplasties (Méthode hongroise), Ginestet [173], 40.
Avant-bras (Fracture luxation bipolaire), Castillo Odena [38], 22.
Avant-pied (Syndrome de l'Instabilité), R. C. F. Catterall [119], 6.

B

Banque d'os (Homogreffes), Hussenstein [94], 1.
Bassin osseux (Déflexion), Finochietto [160], 12.
— (Lésions par irradiation); causes, fréquence et traitement, Twombly [78], 9.
— — (Ostéomyélite), Lipscomb [155], 1.
— — (Pertes de substance); réparation, Lipscomb [155], 1.
Bilan azoté des opérés, Manicki [132], 3.
— chimique après anastomose urétéro-colique, Parsons [46], 2.
Bile calcaire, de Abreu Campanario [167], 7.
Biopsie en endocrinologie, G. E. Bur [160], 21.
— testiculaire, Bur [161], 7.
Blastomycose, Hall [38], 23.
Blessures (Cicatrisation avec et sans pansement); étude comparée, Heifetz [20], 10.
— par avulsion de la peau du bras, Baltzersen [136], 2.
— de guerre, Florey [7], 14.
Blocage analgésique dans les douleurs rebelles, J. J. Bonica [152], 19.
Bouche (Cancer), Hendrick [152], 3.
— — et lymphatiques; résection en bloc, Slaughter [18], 6.
— (Gangrène progressive), Takahara [117], 2.
Branche ischio-pubienne (Ostéomyélite), Properzi [126], 18.
Bras (Amputation); réhabilitation, Kessler [22], 21.
— (Blessures) par machine à linge, Mac Collum [154], 6.
— (— cutanée par avulsion); reposition et refrigération post-opératoire du bras, Baltzersen [136], 2.
Bronches (Lipome); tomie transpleurale, Garside Brewin [7], 15.
— (Perte de substance); plasties placentaires, Natellis [10], 5.

Bronches (Reconstruction par auto- et homogreffes), Bonanome [10], 1.
— (Tumeurs), Hasche [4], 1.
— lobaires (Hamartome), Reboud [81], 22.
— (Méthode simple), Obrecht [99], 1.
— (Moyen de contraste hydrosoluble), Rogers [18], 8.
— (Collapsus pulmonaire), Huizinga [76], 5.
Broncho-pulmonaires [Tumeurs], H. Bonneau [89], 4.
Bronchospirométrie, Bergan [15], 20.
Bronchotomie transpleurale, Garside Brewin [7], 15.
Bruc Melitensis, Janbon [178], 10.
Brucellose chronique, Janbon [178], 10.
Brûlures, Glorieux [114], 1.
— (Grands brûlés), Thévenin [98], 1.
— (Traitement de masse); organisation des services médicaux, W. D. Repshange [171], 11.
— — — point de vue de la défense civile, Sir S. Burston [171], 10.
— — — points de vue de laboratoire, J. W. Perry [171], 14.
— — — point de vue chirurgical, A. E. Coates [171], 12.
— — — — ressuscitation. Walsh [171], 13.
— étendues (Macrodex et Oxygène), Lars Erik Gelin [15], 3.
— expérimentales (Action de l'A. C. T. H., de la cortisone et de la « doca »), W. B. Neal Jr [20], 14.

C

Cæcum bifide, Cavalli [126], 19.
- (Diverticule), Vaughn [20], 12.
— (Diverticulite), Di Fiore [158], 5.
— (Dystopie supérieure), Stramek [142], 5.
— (Résection); dispositif nouveau, J. M. Grey [24], 9.
— (Réticulosarcome), Bayon [13], 6.
— (Tumeur pseudo-néoplasique), Silvestri [12], 6.
— (Volvulus), Arvay [81], 24.
— [Saillies haustrales] (Invagination), Colette [74], 3.
Calcifications pancréatiques, Siguier [178], 2.
- post-traumatiques, Lapeyre [173], 28.
Calculs appendiculaires, Clark [7], 13.
— biliaires (Obstruction intestinale), Paulino [166], 3.
— urétéraux (Urétéro-lithotomie), de Franchis [126], 5.
— uréthraux, Torra Huberti [111], 4.
— urinaires chez les nègres, Horner [47], 7.
Calculose biliaire, Hicken [22], 31.
— — (Cholangiographie), Cosco Montaldo [169], 5.
— hépatique, Orecchia [12], 4.
— urétérale, Petkovic [144], 2.
— vésiculaire, Concilio [168], 5.
Canal artériel (Persistance), Servelle [86], 2; Boudreault [148], 2.
— biliaire (Calculose), Hicken [22], 31.
— — (Oblitération congénitale), Kraulik [39], 7.
— cholédoque (Calculose), Orecchia [12], 4.
— — (Cancer), Lopez Boado [51], 4.
— — (Chirurgie), Cosco Montaldo [169], 5.
— — (Kyste), Dickinson [39], 1.
— — (Lithiase); désobstruction, Jouanneau [173], 32.
— — (— résiduelle), Rodriguez [161], 1.
— — (Obstruction parasitaire), F. Brisson [148], 1.
— hépatique (Calculose), Orecchia [12], 4.
— lombo-sacré (Métastases épidurales); diagnostic myélographique, Epstein [78], 3.
Canaux biliaires (Étude sur les) et les vaisseaux sanguins de la capsule de Glisson, J. Stahle [137], 1.
Cancer (Chimiothérapie), Druckrey [101], 1.
Cancer (Résumé de nos connaissances); Ezeyza [161], 2.
— (Diagnostic précoce), Becker [4], 15.
— — —; opérations élargies, Niqueo Naranjo [169], 2.
— (— par épreuve sanguine), Herrmann [70], 7.
— (Envahissement sternal); sa signification, Gil y Gil [110], 1.
— (Facteurs endocriniens), Huggins [47], 1.
— (Effets de la moelle osseuse), Rovatti [70], 6.
— (Nitrogen Mustard intra-artériel), Bonner [18], 2.
(Test sanguin), Vaughn [17], 3.
- (— séro-diagnostique), Sablik [141], 4.
- amygdalien, Teloh [20], 6.
- biliaire, Lopez Boado [51], 4.
bronchique, Wenzl [70], 2.
— buccal, Slaughter [18], 6.
— intra-buccal, J. W. Hendrick [152], 3.
— colique, Huguenin [95], 3.
— cutané, Owens [22], 39.
— duodénal, Carney [22], 37.
- gastrique, Delannoy [3], 4; Anthun [15], 21; Traut [21], 9; Hunt [22], 25; Moschini-Antinori [123], 2; da Costa [163], 2; Hillemand [178], 5.
— gastro-intestinal, Monaco Gasso [51], 1.
— hépatique, Delannoy [3], 1; Stone [39], 2.
— intestinal, Kyrle [4], 11.
— labial, Correia [168], 7.
— laryngé, Clerf [19], 5; Mc Cart [147], 1; Daly [149], 9.
— lingual, Wilson [18], 7.
— mammaire, Rennes [15], 4; Mac Donald [78], 15; Zunckermann Duarte [110], 3.
— des méninges, Pavlica [142], 3; Chytka [142], 4.
- œsophagien, Efskind [15], 7; Frimann Dahl [15], 10; Scheel [15], 11; Eker [15], 12; Mc Cort [77], 5; Ferrari [160], 27; Rudler [173], 45.
- oro-pharyngo-œsophagien, Ci ène [81], 1.
- ovarien, F. X. Demers [146], 3.
- pancréatique, Mc Dermott [18], 15; Ellis [154], 3; Culver [154], 9; Marks [158], 4; Cosco Montaldo [169], 11; C. Montaldo [169], 17.
— pelvien avancé, Brunschwig [22], 23.
— prostatique, Labess [47], 2; E. Dutter [92], 2.
- pulmonaire, Allbritten [19], 7; Doll [118], 2; Gambigliani-Zoccoli [125], 9; Rodino [127], 2.
— rectal, Ch. Ney [20], 15; Zorzi [52], 2; Zängl [70], 3.
- rénal, Parra [71], 8.
— splénique secondaire, G. W. Milton [171], 3.
— surrénal, Nusimovich [161], 9.
— de la tête et du cou, Royster [19], 3.
— trachéal, Bosch del Marco [169], 1.
— tubaire, Leahy [44], 14.
— urétéral, Howet [45], 4.
— utérin, Firket [5], 9; Mayer [5], 10; Morosi [12], 7; Scheffey [19], 12; Schmitz [44], 1; Morton [44], 3; Waterman [44], 6; Antoine [70], 1; Leucutia [78], 8; Bonebrake [78], 13; Fletcher [78], 14; Dyroff [100], 2; Huber [101], 2; Van Bouridijk Bastiaanse [122], 3; Reichen [139], 2.
— viscéral, Holst [15], 39.
Cancérigènes (Tumeurs produites), Delouvs [107], 2.
Capsule de Glisson (Étude des vaisseaux sanguins de la) et des canaux biliaires, J. Stahle [137], 1.
Carboxylases, Li Voti [8], 4.
Carcinoïdes gastriques, Lutzow Holm [15], 44.
Carcinome (Diagnostic) par examen du liquide péricardique, Leichtling [154], 15.

Carcinome argentaffine (Métastases), Ross [7], 7.
— bronchogénique, Smetana [23], 1; Lea [57], 2.
— de la glande de Bartholin, B. S. Abrams [20], 16.
— mammaire, D. Alcure [24], 6.
— du pénis, Ch. Ney [20], 15.
Cardia (Dilatation), Shipp [156], 1.
Cardiaques (Risques chirurgicaux chez les), Garcia [156], 3.
— décompensés (Rachianesthésie des), Dubouchet [79], 8.
Cardiopathies congénitales (Expérience chirurgicale personnelle), Dogliotti [34], 3.
— décompensées (Ligature cave), Donzelot [58], 1.
— — (— veineuse) et sympathectomie, Wiringer [5], 2; [5], 7.
Cartilage rotulien (Pathologie), Marique [28], 2.
Catgut bactériostatique, Schwarz [8], 3.
Cavité pelvienne (Exentération), Brunschwig [21], 17.
— — — survie prolongée, Brunschwig [22], 23.
— — (Opération par voie abdominale); déflexion du bassin, Finochietto [160], 12.
Cellules carcinomateuses et glandes endocrines, Breuer [14], 2.
— éosinophiles (Variation de nombre); utilisation chirurgicale, Jaki [4], 7.
— plasmatiques, Sacca Francesco [125], 1.
Céphalée (Origine mécanique), Diener [100], 3.
Cerveau (Abcès); artériographie, Pouyanne [82], 1.
— (Anévrysmes sacciformes); chirurgie sous hypotension contrôlée, Röttgen [64], 2.
— (Angiomes); électroencéphalogramme, Rosenberg [66], 2.
— (Contusion), Zeller [154], 14.
— (Hématomes), Lazorthes [82], 2.
— (Infiltration novocaïnique et alcoolique) pour douleur irréductible, Bucaille [2], 2.
— (Lésion) après hémorragie, Friede [139], 1.
— (Paralysie); chirurgie orthopédique, Barnett [152], 14.
— (Traumatismes); chirurgie, Jentzer [140], 1.
— (— par impaction sans fracture crânienne), J. K. Mac Namec [23], 5.
— (Tumeurs); diagnostic par matières colorantes, Brilmayer [64], 4.
— [Faux] (Méningiomes); diagnostic différentiel, H. Haar [73], 1.
Charnière atloïdo-occipitale (Malformations), Boudin [177], 1.
Cheville paralytique (Transplantations tendineuses), Reidy [38], 16.
Chimiothérapie du cancer, Druckrey [101], 1.
— des injections urinaires, A. Stenderup [134], 2.
— de la tuberculose rénale, A. Blystad [135], 1.
— de la tuberculose squelettique, Rössler [100], 1; [100], 4.
— des tumeurs, Gallico [125], 3.
Chirurgie (Rôle de la physiologie), Wangensteen [155], 6.
— américaine (Progrès récents en), L. Hollender [92], 3.
— à deux équipes, Olivier [173], 36.
— cardiaque (Anesthésie en), de Azevedo [133], 3.
— — (Utilisation de l'A. C. T. H. en), Dogliotti [34], 4.
— orthopédique dans la paralysie cérébrale, H. E. Barnett [152], 14.
— thoracique (Exercices respiratoires en), Holmes Sellors [24], 3.
Chlorome leucémique monocytique, Romeo [126], 4.
Chlororéticulosarcome, F. Romeo [126], 4.
Chlorure d'isopropyl (Narcotique), Riedel [4], 8.
Cholangiographie (Images calculeuses), Cosco Montaldo [169], 5.
— discale, Royer [73], 4.
— laparoscopique, Royer [73], 4.
Cholangiojéjunostomie, Waddell [154], 18.
Cholécystographie après cholécystolithotomie, Mathiesen [15], 25.
— chez l'enfant, Tolentino [34], 1.
Cholécystolithotomie, Mathiesen [15], 25.
Cholécystopathies, Travieso [6], 1.
Cholécystoscopie, De Weese [149], 7.
Cholédoco-duodénostomie, Kjærgaard [15], 29.
Cholestéatome fronto-orbitaire, Feld [82], 6.
Chordome cervical, Daland [154], 17.
Choric-épithéliome, Flynn [149], 4.
— chez l'homme, Zorzi [71], 2.
Cicatrisation des plaies cutanées, Marshall [17], 8.
Circulation (Troubles aigus rares), Hennecke [4], 6.
— [Hydraul.que] au cours de la rachianesthésie, Dubouchet [79], 8.
— par tubes de plastic, Valade [81], 4.
— sanguine (Vitesse) sous action des ganglioplégiques, Guglielmi [80], 4.
— spléno-portale (Courbes de propagation), Abeatici [12], 10.
— vasculaire extra-corporéale, Wesolowski [21], 15.
Cisternographie des arachnoïdites, Mugnai [13], 5.
Clavicule (Formation articulaire sur la), K. Kremser [73], 10.
— (Fracture); lésion vasculaire, Meroia [169], 13 et [169], 19.
Coagulation du sang (La pénicilline est sans influence sur la), Triantophyllopoulos [153], 2.
Cœlotl éliome, Defilippo [161], 4.
Cœur (Arrêt) et ressuscitation, L. Lamoureux [145], 2.
— (Chirurgie); anesthésie, de Azevedo [133], 3.
— — A. C. T. H. en —, Dogliotti [34], 4.
— (— intra-cardiaque) avec hypothermie, Cookson [22], 28.
— (Contusion), Bandini [12], 16.
— (Insuffisance); ligature cave, Welti [173], 39.
— (Maladie) simulée par hernie diaphragmatique, Holoubek [156], 2.
— (Maladies congénitales); chirurgie, Luisada [124], 1.
— (— coronaires); chirurgie, Luisada [124], 3.
— (Malformations congénitales); indications chirurgicales, Taussig [39], 8.
— (Plaie), Menegaux [82], 7.
— [Cloison interventriculaire] (Lacunes); correction, Bailey [18], 3.
— et vaisseaux (Maladies) dans l'arachnodactylie, Konschagg [105], 1.
— et gros vaisseaux (Chirurgie), Dorken [16], 1.
Colectomie subtotale en un temps, Prochiantz [173], 33.
— totale pour polypose, Carlson [22], 17.
Côlon (Adéno-carcinome), Bowersox [47], 3.
— (Amibiase) et cancer, Huguenin [95], 3.
— (Cancer) et amibiase, Huguenin [95], 3.
— (— simulé par kyste ovarien), J. B. Herman [172], 1.
— (Granulome amibien), Sodeman [55], 1.
— (Lipomes); 2 cas, Dubois-Roquebert [82], 10.
— (Perforation) par repas baryté, Serjeant [117], 8.
— (Polypose); indications, Hawthorne [19], 17.
— (— familiale); ectomie totale, Carlson [22], 17.
— (Prolapsus) et cancer, Welch [154], 20.

Côlon (Segment) interposé après gastrectomie, Demelenne [5], 1; [5], 6.
— (Ulcère non spécifique), W. M. Eagleson [147], 4.
— [Méga] (Pathogénie et traitement), Althoff [4], 12.
— [Micro] congénital, A. Gianelli [34], 2.
— descendant (Lipome sous-muqueux), Nederveen [122], 7.
— iléo-pelvien (Anomalies), Hippe [103], 2.
— sigmoïde (Angio-hamartome racémeux), Cipriani [71], 6.
— (Diverticulose) et cancer, Larghero Ibarz [169], 7.
— — (Hémangiome), Flaschka [105], 3.
— — (Polypes bénins et malins); diagnostic, Hiller [55], 3.
— — (Volvulus), Hamlin [154], 13.
Colonne vertébrale (Angiographie), Tiwisina [73], 2.
— — (Chirurgie); instruments, Danis [174], 13.
— (Fusion) avec fixation par plaque, Wilson [149], 13.
— — — opposée à excision discale, Hallock [149], 12.
— — (Ostéomyélite) après blocage sympathique, Ziegler [73], 8.
— — en croissance (Effets de la radiothérapie), Neuhauser [77], 1.
— — cervicale (Luxation); réduction avec curare, Dohr [4], 17.
— (Malformations), Boudin [177], 1.
Colostomie (Fermeture), Miller [53], 4.
— (Indications), Swenson [21], 12.
— (Irrigation); appareil pour, Mc Swain [152], 5.
Colpo-hystérectomie (Prolapsus tubaire), Férraris [43], 2.
Colpophotographie en clinique gynécologique, Renée Wechsler [82], 11.
Colposcopie en clinique gynécologique, Renée Wechsler [82], 11.
Commissurotomie mitrale, Stas [60], 1; Routier [84], 1; Picard [84], 2.
— — (Indications), Coelho [61], 6.
— — au cours de la grossesse, D. A. Cooley [152], 4.
— — pour thrombose auriculaire, Bloomberg [152], 11.
Complications gastro-intestinales au cours de certains traitements orthopédiques, R. Langevin [145], 1.
— post-opératoires (Infarctus du myocarde), Wroblewski [152], 10.
Condylomes acuminés, Morrow [47], 5.
Cordon spermatique (Division per-opératoire), Heifetz [22], 13.
— — (Torsion), Wheeler [154], 21.
— sympathique (Blocage); complications; ostéomyélite vertébrale, Ziegler [73], 8.
Cordotomie antéro-latérale (Anatomie), Kahn [67], 6.
Corps étrangers, Oecholis [78], 2.
— — (Radio-diagnostic), Vojtek [141], 2.
— — coliques, Medici [12], 5.
— jaune (Rupture); hémopéritoine, Santi [130], 1.
Cortisone, Baker [20], 7.
— (Préservation des adhérences), Nicol [173], 12.
Côtes (Aplasie partielle) et hernie pulmonaire congénitale, Baldi [160], 31.
— (Fractures multiples); douleur atténuée par anesthésie paravertébrale, Amundsen [136], 3.
— (Ostéite) associée à une pleurésie purulente staphylococcique, Lombard [27], 4.
— (Tuberculose), Johnson [38], 13.
Cotyle (Fracture); ostéosynthèse, Lagache [3], 7.
— (Plastie du toit); durée fonctionnelle, Rabenalt [4], 3.
Cou (Cancer), Royster [19], 3.
Cou (Dissection radicale bilatérale), Beahrs [155], 2.
— (Kystes branchiaux), M. Zorzi [33], 2.
— (— et fistules congénitaux), Beyer [157], 1.
— (Lymphome suppuré) et kystes branchiaux, M. Zorzi [33], 2.
— [Tumeurs] (Ablation opératoire), Bauer [70], 5.
— (— et kystes), Jackson [22], 10.
Cou-de-pied (Subluxation antérieure récidivante), Anderson [38], 11.
Coude (Arthroplastie au tantale), Ducroquet (R. et P.) [26], 7.
— ballant (Restauration de la flexion) par transplantation bicipitale, Carroll [21], 5.
— (Fracture) type Posadas, Finochietto [160], 8.
Coxa vara de l'enfance, Johannig [36], 3.
Crâne (Brèches); fermeture rapide, Woringer [5], 4.
— (Fracture), Zeller [154], 14.
— (Hyperostose diffuse) associée à son début d'acromégalie, S. Leblond [148], 4.
— (Perforation) par hématome sous-dural, Meredith [67], 7.
— [Cavité] (Anévrysme), Jaeger [19], 1; Bassett [21], 8; Browne [154], 1.
— — (Processus); électromyographie [64], 7.
— — (Tuberculomes), Gonzalez Revilla [67], 1.
Crânio-cérébral [Traumatisme], Munro [154], 4.
Crânio-cervicales [Fistules artério-veineuses], Rousseaux [93], 1.
Crânioplastie par fragments d'os réfrigérés, Odom [67], 5.
Crétinisme (Déformations vertébrales), Evans [39], 4.
Crises après thyroïdectomie (Thyroxine), Baratto [130], 4.
Croissance épiphysaire (Augmentation par la tension), Strobino [21], 7.
— osseuse (Étude sur la), R. H. Follis Jr [78], 1.
— — et mucopolysaccharides, Godard [81], 20.
Cryptorchidisme, Stray [15], 51.
— (Insuffisance spermatique), Villafane [161], 8.
Cubitus [Diaphyse] (Altérations); chirurgie reconstructive, Vitale [38], 7.
— [Extrémité inf.] (Résection), Dingman [38], 15.
Cuisse (Myxome), Baumeister [4], 20.
Culdoscope, Fielding [154], 2.
Curare pour réduction des luxations vertébrales, Dohr [4], 17.
— (Hypersensibilité), Moser [104], 3.
— (Recurarisation); hypersensibilité, Moser [104], 3.
Curiethérapie (Résultats comparés) dans le cancer du col utérin [1921-1947], Bonebrake [78], 13.
— du cancer du col utérin (Question du dessin des applicateurs), Fletcher [78], 14.
Cyanose par anévrysme artério-veineux, Paolucci di Valmagiorre [10], 4.
Cystocèle, Nemirovsky [168], 6.
Cystosarcoma phyllodes, Ross [17], 18.
Cystoscope cathétérisant, Beer [150], 2.
Cytodiagnostic du cancer œsophagien, Meselt [15], 13.
— des tumeurs malignes, Henning [102], 1.
Cytologie et diagnostic des tumeurs, Tortora [8], 5.

D

Décortication pleurale (70 cas), H. Payan [89], 3.
Dégastro-entérostomie, M. Narancio [169], 12; Narancio [169], 18.
Dents (Chirurgie); endocardite maligne consécutive, Raynal [50], 2.

Diabète (Complications vasculaires) chez le jeune, GUILD [39], 6.
Diaphragme (Éventration gauche congénitale), DEMIRLEAU [173], 30.
— (Hernie congénitale), R. CLAVEAU [148], 5.
Diaphyse (Dysplasie progressive), DA COSTA LIMA [24], 13.
Diathèse hémorragique et fibrinolyse, COON [21], 10.
— ulcéreuse (Complications); perforation libre du « peptic ulcer », F. GLENN [20], 17.
Discographie (Enseignement de la), DUPUIS [28], 1.
— lombaire, RUSSO [75], 1.
Disque intervertébral (Cholangiographie), ROYER [73], 4.
— — (Hernie), LOGUE [66], 1.
— — — chirurgie de 300 cas, WOOLSEY [22], 6.
— — (Prolapsus), VILLELA NUNES [166], 4.
— — (Protrusion); myélographie, BERG [15], 33; LANGE [15], 42.
— — (Rupture), GRANT [19], 15.
— — — paraplégie, SCHREIBER [67], 8.
— — cervical (Hernie); traction, JUDOVICH [17], 4.
— — lombaire (Lésions); fusion ou excision, HALLOCK [149], 12.
— — — (Rupture); fusion vertébrale, CLOWARD [18], 11.
— — sacro-lombaire (Arthrose condensante), BERMOND [125], 4.
Diverticule de Meckel, WILMER WIRTS [53], 5.
— — (Chirurgie); étude clinique, ZULIAN [126], 9.
— — (Radiologie), CAPLAN [53], 2.
Diverticules du cæcum, A. M. VAUGHN [20], 12.
— duodénaux, IANNACONE [129], 1.
— œsophagiens, NYLANDER [15], 18; DE BAKEY [152], 2.
— pharyngo-œsophagiens, BOBBIO [12], 8.
Diverticulite cæcale, DI FIORE [158], 5.
Diverticulose sigmoïdienne, LARGHERO-IBARZ [169], 7.
Doigt (Transfert) avec pédicule neuro-vasculaire, BUNNELL [38], 2.
Donneurs de sang d'urgence (Tableau des), H. HEIST [136], 4.
Douleur en urologie, VULLMAN REAVES [22], 22.
— abdominale aiguë chez la femme, KLINGENSMITH [19], 11.
— cardiaque et contraction œsophagienne, EVANS [117], 1.
— du sacrum chez la femme, MIKULICZ [99], 3.
— de l'ulcère (Effet des anticholinergiques), PALMER [151], 1.
Douleurs irréductibles (Infiltration cérébrale), BUCAILLE [2], 2.
— rebelles (Blocage anesthésique), J. J. BONICA [152], 19.
— urinaires pré-opératoires en rapport avec les résultats éloignés de l'urétéroléthotomie, DE FRANCHIS [126], 11.
Drépanocytose et hématurie, HARRISON [47], 8.
Duodéno-jéjunale (Implantation), M. ROUX [173], 31.
Duodénopancréatectomie en un temps, MC DERMOTT [18], 15.
— céphalique, COSCO MONTALDO [169], 11; MONTALDO [169], 17.
— totale, MAZINGARBE [173], 5.
Duodénum (Diverticules), IANNACONE [129], 1.
— (Maladie maligne); fréquence réduite, CARNEY [22], 37.
— (Occlusion artério-mésentérique), FERREIRA LIMA [56], 2.
— (— congénitale), MORELLE [174], 4.
— — — cas traité avec succès, J. H. LOUW [172], 4.
— (Phlegmon), FLIS [132], 12.
Duodénum (Ulcérations géantes bénignes), J. F. HAMEL [147], 5.
— (Ulcère); problème, GREGORY CONNEL [22], 24.
— — hémorragie après sympathectomie, CARRERAS [169], 6.
— — perforation aiguë après repas baryté, DE FONSEKA [117], 9.
— — chirurgie radiothérapie, BROWN [117], 3.
— — chirurgie; vagotomie et gastrectomie subtotale comparées cinq ans après l'opération, H. M. POLLARD [152], 17.
— (— perforé); son problème, E. B. TOVEE [159], 1.
— — — après morsure de cobra, H. DE FRANCA [168], 4.
— [Méga] (Implantation duodéno-jéjunale), M. ROUX [173], 31.
— [Anse] (Altérations par lésions extrinsèques); démonstration radiologique, RUSSELL MITCHELL [78], 7.
— [II] (Ulcère), HURLE VELASCO [51], 3.
— [Vaisseaux], DUBAS [2], 3.
Dyskinésies (Neurochirurgie par méthode personnelle), FÉNELON [82], 9.
Dysostose cléidocrânienne, BOUDIN [178], 7.
Dysplasie diaphysaire progressive, DA COSTA LIMA [24], 13.
— périostale, VAN CAILLIE [108], 1.

E

Echinococcose pulmonaire, GONZALEZ ALVAREZ [114], 2; DOMINGUEZ NAVARRO [114], 3; ALBIN [114], 4.
— vertébro-costale, AUBRY [95], 2.
Échinocoque splénique, RODINO [127], 2.
Écouvillonnage trachéo-bronchique, BASSARGETTE [48], 1.
Efocaïne, NYLANDER [42], 4.
Électrocardiographie dans l'hypotension contrôlée, CAMERINI [80], 3.
Électro-coagulation dans l'extra-pyramidotomie, FÉNELON [82], 9.
Électroencéphalographie des angiomes cérébraux, ROSENBERG [66], 2.
— dans le diagnostic précoce des processus intra-crâniens, TÖNNIS [64], 1.
Électrolytes (Déséquilibre) après anastomose, BERGLIN [15], 34.
Électromyographie dans les processus intra-crâniens, MARGUTH [64], 7.
Électronarcose, VALLEJO NÁGERA [113], 2.
Éléphantiasis scrotal, DE VILHENA MACHADO [24], 4.
Embolectomie, GOVAERTS [174], 10.
— aortique pour thrombose auriculaire, BLOOMBERG [152], 11.
— des artères fémorale et iliaque, KLINGENSMITH [152], 13.
Embolie artérielle, FITZHUGH [154], 8.
— post-opératoire, BORRAS [116], 1.
— pulmonaire, MANZI [32], 8.
Embryome pulmonaire, BARNARD [57], 1.
Emphysème mésentérique, JOSE DORADO [162], 2.
Encéphale (Topométrie), DELMAS [81], 16.
Enclouage centro-médullaire fémoral, MENEGAUX [6], 2.
— médullaire, GLOCKNER [4], 18.
— — (Clou rigide segmenté), GIRAUD [81], 3.
Endartériectomie, GOVAERTS [174], 10.
Endocardite maligne lente post-opératoire dentaire, RAYNAL [50], 2.
Endocrinologie (Biopsie en), G. E. BUR [180], 21.
Endomètre (Cancer); irradiation pré-opératoire, SCHWITZ [44], 1.
— (Implants), MORTON [17], 19.
Endométriose (Étiologie), KOŁONJA [106], 1.
— appendiculaire, ROMANUS [20], 4.
Endophlébite proliférante, JIMENEZ DIAZ [111], 3.

Endothéliome mammaire, Palmisano [127], 3.
Énervation sino-carotidienne, Bekaert [26], 3.
Éosinophilie du sang périphérique, Martinelli [10], 6.
Épaule (Lésions articulaires); diagnostic, de Palma [19], 14.
— (Luxation récidivante), Hedman [15], 26.
— (Péritendinite calcaire), Kratzman [77], 8.
Épilepsie, Boudin [178], 7.
— psychomotrice, Espin Herrero [116], 3.
Épiphyse (Décollement), Casacci [32], 1.
Epiploon [Grand] (Tumeur inflammatoire), Elfving [42], 2.
Épreuve au bleu de méthylène, Herrmann [70], 7.
— de Boyden, Lopez Pontes [164], 1.
— Escherichia coli », Herfort [152], 1.
Espace sous-arachnoïdien (Hémorragie), Zeller [154], 14.
— sous-dural (Hématome), Meredith [67], 7; Zeller [154], 14.
— — (— chronique), Jaeger [102], 2.
— sous duremérien (Hématome); électroencéphalogramme, Lévy [67], 4.
— rétropéritonéal (Kystes), Solonen [42], 3.
— — (Masses); diagnostic, Brodny [22], 8.
— sous-péritonéal pelvien et cystocèle, Nemirovsky [168], 6.
— présacré (Insufflation anesthésique), L. Reese [147], 2.
— — (Pneumographie), Resink [122], 1.
Estomac (Affection maligne); ectomie totale, Hunt [22], 25.
— (Cancer); 525 cas, Anthun [15], 21; Kielland Aanessen [15], 22.
— — étude statistique, Moschini-Antinori [123], 2.
— — statistique de 3.000 cas, Delannoy [3], 4.
— — longue évolution, Hillemand [178] 5.
— — diagnostic cytologique, Traut [21], 9.
— — abord thoraco-abdominal, Kielland-Aanessen [15], 22.
— (Carcinoïdes), Lutzow Holm [15], 44.
— (Collapsus); radiologie, G. Capurro [169], 16.
— (Hémorragies post-opératoires), Francini [13], 2.
— (Kyste entérogène), Lyall [7], 18.
— (Léiomyome exogastrique), Howell-Hughes [7], 10.
— (Léiomyosarcome); revue avec un cas à métastases multiples, R. Fife [120], 1.
— (Lipome sous-muqueux), Miques Narancia [169], 9; Narancio [169], 14.
— (Maladies inflammatoires); radio-diagnostic, A. Malho [73], 6.
— (Néoplasie maligne), da Costa [163], 2.
— (Neurinome), Batista Franco [56], 3.
— — ectomie totale, Chrysospathis [118], 6.
— (Phlegmon), Flis [132], 12.
— (Résection); anémie, Parma [52], 10.
— (Tumeur mixte), Mooy [167], 5.
— (— neurogénique); neurileminome probable, Th. F. Rose [171], 1.
— (Ulcère); traitement radical, David [14], 7.
— (Peptic ulcer), Strom [15], 52.
— — — effet des anticholinergiques, Palmer [151], 1.
— — — procédés chirurgicaux, Jordan [54], 1.
— (Vaisseaux), Dubas [2], 3.
— (Varices saignantes), Marks [158], 4.
— (Volume de l') et ses relations avec le peptic ulcer, A. J. Cox Jr [72], 4.
— [Sécrétion] (Physiologie) et peptic ulcer, Dragstedt [155], 7.
— opéré, de Almeida Toledo [168], 1.
— intra-thoracique infantile (Degrés faibles), Carré [117], 4.
Éther (Augmentation avantageuse pour le malade), Nociti [8], 6.
Exentération pelvienne pour cancer, Brunschwig [22], 23.
Exercices respiratoires en chirurgie thoracique, Holmes Sellors [24], 3.
Extra-pyramidotomie sous-pallidale par électro-coagulation, Fénelon [82], 9.

F

Face (Angiome destructeur); radium, Kaplan [37], 1.
— (Diplégie), de Lavergne [85], 7.
— tête, cou (Anesthésie locale); technique, David Alexander [23], 3.
Fascia cervical profond (Note sur le), E. S. Meyers [171], 15.
Féminisation par cancer cortico-surrénal, Nusimovich [161], 9.
Fémur (Enclouage centro-médullaire), Menégaux [6], 2.
— [Col] (Enclouage simplifié), Glöckner [4], 18.
— [Diaphyse] (Fracture), Pinheiro Campos [165], 2.
— [Tête] (Ostéochondrite), F. Peregalli [32], 6.
— — (Prothèse); résultats, Mc Bride [38], 25.
— — (Remplacement) pour ostéo-arthrite, Kuhns [154], 10.
Fibres collagènes (Ultra-structure), Bonanome [11], 1.
Fibrine des fibres et membranes, Ebbecke [101], 5.
Fibrinolyse des malades chirurgicaux, Coon [21], 10.
Fibrinogène du plasma (Augmentation) par lésions tissulaires, Hidalgo [21], 2.
Fibrome iléal, Minissale [10], 7.
— ovarien, Lyday [17], 20.
— pancréatique, Raker [154], 12.
— utérin, Moricard [97], 2.
— — (Nécrose), Douay [175], 5.
Fibrothorax, da Costa [163], 2.
Fièvre typhoïde (Perforation), Borras [113], 4.
Fil de coton chirurgical (Antigenocide), Carvalho Pinto [168], 2.
Fistules artério-veineuses, Rousseaux [93], 1.
— — (Réalisation chirurgicale) dans l'hypertension, Lian [61], 2.
— internes vésiculaires (Radio-diagnostic), Volicer [141], 1.
Foie (Cancer propagé); ectomie partielle, Delannoy [3], 1.
— (Carcinome primitif), Stone [39], 2.
— (Cirrhose atrophique); ligatures artérielles, Ruggeri [123], 1.
— (Fonctions) dans les ulcères gastro-duodénaux, de Franchis [126], 7.
— (Histochimie) dans les maladies biliaires, Edlund [15], 2.
— (Insuffisance) et dyskinésies biliaires, Li Voti [8], 4.
— (Kystes hydatiques); chirurgie, Vergoz [81], 15.
— (Lésions); relations biliaires, Popper [22], 36.
— (Ponction biopsie), Deschamps [150], 8; Christian [150], 9.
— (Système artériel), Orlandini [74], 1.
— (Traumatisme expérimental), Gyorgy [55], 5.
— [Pédicules vasculaires] (Ligature première), Patel [81], 25.
Folliculinothérapie des ulcères gastro-duodénaux, H. Lux [92], 1.
Forage articulaire, Bogason [36], 7.
Fosse ischio-rectale (Kyste hydatique), Lima Basto [133], 1.
Fractures, Röhl [15], 27; Brekke [15], 35; Cappellin [31], 2; Franz [31], 5; Ballerio [32], 5; Wagner [38], 3; Groh [142], 7;

Zeller [154], 14; Finochietto [160], 8. Pinheiro Campos [165], 2; Merola [169], 13; Merola [169], 19;
Fractures (Réduction sanglante), Lottes [38], 12; Nicol [173], 4.
— compliquées, Florey [7], 14.
— de côtes multiples (Douleurs), Amundsen [136], 3.
— de fatigue chez l'enfant, Griffiths [30], 2.
— précoces (Réparation expérimentale), Bauer [36], 1.
— -luxation, Castillo Odena [38], 22.
— — (Ostéosynthèse), Lagache [3], 7.
Frottis endométriaux, Hecht [149], 1.
— vaginaux, Martinez [97], 5.
Fusion interépineuse pour hernie discale, Spadea [18], 10.

G

Gaines synoviales (Tumeurs à hystioplaxes), Pélissier [81], 17.
— tendineuses (Tuberculose), Richard [173], 3.
Gangliectomie lombaire, de Luca [8], 1.
Ganglion géniculé (Infection) par virus de l'herpès zoster, Parkes Findlay [171], 9.
— mésentérique (Métastase jéjunale), Schulz [154], 19.
— sympathique cervical (Neurinome), Mc Guire [118], 10.
Ganglions lombo-aortiques (Évidement); technique, Carlos del Campo [169], 4.
— mésentériques (Altérations) dans l'ascaridiose, Zylka [4], 24.
— pelviens (Excision), Brunschwig [21], 17.
Gangliоplégiques en neuro-chirurgie, Woringer [82], 4.
— et algies viscérales, Ciocatto [80], 5.
— (Action sur la vitesse de circulation), Guglielmi [80], 4.
Gangrène buccale, Takahara [117], 2.
— cutanée du nourrisson, d'Oelsnitz [27], 1.
— présénile spontanée, Buerger [150], 1.
— par transfusion intra-artérielle, Yee [18], 16.
Gants opératoires (Poudre des), Marshall Lee [21], 11; Andersen [135], 3.
Gargoylisme et main en griffe, S. Sjölin [35], 3.
Gastrectomie pour ulcère, de Almeida Toledo [168], 1.
— seule ou associée à la vagotomie, Ch. W. Howe [20], 8.
— (Segment colique interposé), Demelenne [5], 1; Demelenne [5], 6.
— (Complications); anémie, Owren [15], 46; Czyzewski [132], 4.
— — anémie pernicieuse, Larsen [15], 43.
— — syndrome consécutif, Janica [132], 14; Pojer [142], 1; Hromadko [142], 2.
— — ulcère peptique, Gordet [81], 21.
— partielle, M. Narancio [169], 12; Narancio [169], 18.
— précolique, Diamant-Berger [83], 2.
— subtotale pour ulcère (Mortalité et résultats), Berg [150], 5.
— totale pour lésion maligne, Hunt [22], 25.
— — pour neurinome, Chrysospathis [118], 6.
— — (Remplacement par segment colique), Mc Leese [17], 14.
— — par voie d'accès abdominale, de Freitas [24], 10.
Gastrectomisés (Tuberculose pulmonaire), Marche [83], 1.
Gastrite kystique, J. M. Allende [160], 3.
Gastro-duodénales [Hémorragies massives non ulcéreuses], Misuraca [12], 13.
— [Proliférations lipomateuses], Nocentini [71], 5.
Gastro-duodénaux [Ulcères], H. Lux [92], 1.
— — chez le malade âgé, Kaare Schanke [15], 49.
— — suites lointaines, Maratka [141], 3.
Gastro-duodénaux [Ulcères] (Chirurgie), de Almeida Toledo [168], 1.
— — (Gastrectomie sub-totale), Berg [150], 5.
— — récidives, Hoffmann [161], 3.
— [— hémorragiques], Olesinski [132], 9.
— — — (Chirurgie), Cavina [13], 1.
— [— perforés], Krieger-Lassen [20], 3; Glenn [20], 17.
— [— perforés], Reggiamini [126], 3.
— — — traitement palliatif, Wallensten [15], 23.
Gastro-entéro-anastomoses, de Almeida Toledo [168], 1.
Gastro-iléostomie oro-latérale inférieure, Schwarz [12], 11.
Gastro-intestinales [Complications] au cours de certains traitements orthopédiques, R. Langevin [145], 1.
— [Hémorragie massive] par varices œsophagiennes cervicales, Palmer [55], 2.
— [Polypose]; évolution adéno-carcinomateuse, Monaco Gasso [51], 1.
Gastro-intestinaux [Ulcères familiaux], Chauvenet [91], 3.
Gélatine (Augmentation du volume sanguin), Hyde [21], 1.
Gelures (Suites éloignées), Mertens [103], 1.
Genou (Arthrodèse intra-articulaire) chez l'enfant, Delitsch [173], 19.
— (Arthropneumographie), Fontaine [2], 1.
— (Arthrose); étiologie, Robecchi [125], 5.
— (Flexion) dans la paralysie spastique, Eggers [38], 10.
— (Lésions articulaires), de Palma [19], 14.
— (Ostéochondrite disséquante), Forni [31], 3.
— paralytique (Transplantations tendineuses), Broderick [38], 17.
— (Xanthome à cellules géantes), Pavlansky [14], 6.
Glande de Bartholin (Carcinome primaire); chirurgie radicale, B. S. Abrams [20], 16.
— mammaire aberrante (Dysplasie), J. V. Uriburu [160], 15.
— — (Cancer); séméiologie et classification, D. Alcure [24], 6.
— — (Chirurgie); aspects endocriniens, J. V. Uriburu [160], 22.
— — (Dysplasies); progestérone locale, J. V. Uriburu [160], 26.
— parotide (Tumeurs); corrélations, Perzik [22], 9.
— pituitaire (Adénome); radiothérapie, Kaplen [44], 13.
— thyroïde (Adénome); régression par corps 365, Desaive [81], 26.
— — (Affections chirurgicales), Shallow [19], 4.
— — (Captation de l'iode radio-actif), Brena [80], 11.
— — (Exérèse), Luchetti [160], 20.
— — fœtale (Transplantation) pour myxœdème, Burdette [17], 16.
Glandes endocrines et cellules cancéreuses, Breuer [14], 2.
— — (Troubles) et ostéite fibreuse, König [4], 21.
— surrénales et hypertension, Merrill [158], 2.
— — (Leur aspect histologique) au cours de 32 cas d'artérite du membre inférieur, A. Guichard [89], 2.
— — (Cancer cortical); féminisation, Nusimovich [161], 9.
— — (Fonction) et A. C. T. H., Turunen [42], 5.
— — (États hypercorticoïdes) périodes pré- et post-opératoires, Membrives [160], 21*.
— — (Neuroblastome), Brown [37], 2.
— — (Phéochromocytome), Bonnin [81], 14.
— — [Cortex] (Action de l'énervation sino-carotidienne et de la section des nerfs dépresseurs sur les), Bekaert [26], 3.

Globules rouges (Glycolyse post-opératoire), SAVINO [8], 2.
Glycémie [Hypo] (Crise d') par adénome insulaire, MIRIZZI [160], 4.
Goître (Clinique) en Allemagne centrale, MEISENBURG [4], 9.
— apathique, A. DE ANDRADE [163], 1.
— malin, ZAUNBAUER [104], 2.
— — (Métastases osseuses), BURMEISTER [4], 22.
— intra-thoracique, MATEJICEK [14], 5.
Granulogramme de Benda, DELOGU [32], 9.
Granulome amibien, SODEMAN [55], 1.
— cutané, KAY [18], 18.
— éosinophilique, J. BRUNEAU [148], 3.
— malin (Aspects cliniques initiaux), JASONNI [126], 8.
Gravidité expérimentale (Action de la ligature de la veine cave inférieure chez la lapine), CONFALONIERI [126], 13.
Greffes artérielles, CORBON [143], 4.
— — autoplastiques franches, HURWITT [62], 3.
— bronchiques, BONANOME [10], 1.
— costales ostéo-périostiques sous-sternales pour thorax en entonnoir, J. E. DAILEY [152], 8.
— cutanées complètes (Action de la streptokynase-streptodornase), DUKES [18], 13.
— — libres, PADOVANI [173], 16.
— — pour la main (Mesure), DUPERTUIS [38], 8.
— — minces (Technique), J. GOSSET [173], 14.
— — totales, HOMB [15], 40.
— dermo-épidermiques, MENEGAUX [173], 15.
— osseuses épineuses lombaires, SPADEA [18], 10.
— — lombo-sacrées, RIEUNAU [173], 20; DANIS [174], 7.
— termino-aortiques, OUDOT [173], 18.
Greffon osseux (Modelage), COELST [107], 3.
— — vissé, JUDET [173], 8.
Grenouillette sous-maxillaire (Sous-maxillectomie), FINOCHIETTO [160], 11.
Grossesse, ABBO [43], 3; WOODRUFF [44], 11.
— (Commissurotomie mitrale au cours de la), D. A. COOLEY [152], 4.
— adbominale, BARRETT [44], 5.
— ectopique, PRIDDLE [44], 7.
— — (Diagnostic culdoscopique), FIELDING [154], 2.
— extra-utérine rompue (245 cas), JOHNSON [44], 8.
— ovarienne, S. L. ARJE [23], 2; HOFMAN [44], 12; POIRIER [94], 2.
Guide pour suture osseuse, GOLDBERG [38], 26.
Gynécologie (Colposcopie-Colpophotographie en), Renée WECHSLER [82], 11.
— (Influences psychosomatiques), STEWART [149], 6.
Gynécomastie post-granulique, SANTILLANA [29], 3.

H

Hallux valgus et rigidus, ROSS SMITH [118], 9.
Hamartome bronchique, REBOUD [81], 22.
Hanche (Arthroplastie) dans le rhumatisme, J. J. HERBERT [26], 4.
— (— acrylique), SVEN KIÆR [36], 4.
— (— par lambeau cutané), FIUME [32], 7.
— (— par matière inerte), SWYNGHEDAUW [3], 3.
— (Lésions rebelles); prothèse au nylon, MAC AUSLAND [149], 10.
— (Luxation) avec fracture du cotyle, LAGACHE [3], 7.
— paralytique (Flexion du genou), EGGERS [38], 10.
— (Prothèse acrylique modifiée), JUDET [173], 7.
— (— au vitallium), THOMPSON [149], 14.
— (Restauration fonctionnelle) dans le rhumatisme, HERBERT [26], 5.
Hanche (Tuberculose); arthrodèse, R. GLYNN THOMAS [119], 5.
— [Articulation] (Forage), BOGASON [36], 7.
Hémangiomatose intestinale, ROSING-BULL [15], 48.
Hémangiome diffus rectal, FLASCHKA [105], 3.
Hématuries et drépanocytose, HARRISON [47], 8.
— (Cas inexpliqués), LEDENT [45], 2.
Hématomes intra-cérébraux (Étude statistique), LAZORTHES [82], 2.
— sous-duraux (Perforation crânienne), MEREDITH [67], 7.
— — chroniques, JAEGER [102], 2.
— sous-dure-mériens (Électro-encéphalogramme), LÉVY [67], 4.
— post-opératoires de la main, TANZER [38], 6.
Hémodynamique du malade chirurgical, SHACKMAN [7], 1.
Hémopéritoine (Rupture du corps jaune), SANTI [130], 1.
Hémoptisie traumatique, VAN DER BIJL [122], 5.
Hémorragies (États d'); intérêt du test de tolérance à l'héparine, E. AUBERTIN [91], 4.
— (Étude clinique), SEMERAU-SEMIANOWSKI [132], 2.
— aiguës d'un appendice épiploïque, VERNICK [149], 8.
— — sévères (Action sur le rein des rats), M. A. BLOCK [72], 6.
— sous-arachnoïdiennes, ZELLER [154], 14.
— cérébrales (Lésion consécutive), FRIEDE [139], 1.
— gastriques post-opératoires, FRANCINI [13], 2.
— massives non ulcéreuses, MISURACA [12] 13.
— ulcéreuses (Chirurgie), CAVINA [13], 1.
— des ulcères gastro-duodénaux, OLESINSKI [132], 9.
— gastro-intestinales (Radio-diagnostic précoce), ZAMCHECK [150], 10.
— intra-péricardiques, C. W. MILLS [152], 9.
— intra-péritonéales, GUIXA [112], 1.
— post-partum (Chirurgie), WATERS [44], 9.
— utérines bénignes (Radiumthérapie), MONTGOMERY [44], 4.
— par varices œsophagiennes cervicales, PALMER [55], 2.
Hémorroïdes (Chirurgie), DURANTE [169], 8.
— (Troubles intestinaux), CARRAUD [176], 2.
Hémothorax secondaire, MIADONNA [125], 2.
Héparine (Test de tolérance à l') dans les états hémorragiques, E. AUBERTIN [91], 4.
Hépatectomie droite (Ligature vasculaire première), PATEL [81], 25.
— gauche lobaire, COUINAUD [1], 2.
— partielle pour cancer propagé, DELANNOY [3], 1.
Hépato-biliaire [Chirurgie]; 500 cas, FERRANDO [52], 5.
Hépatome malin, RIDDELL [7], 8.
Hépatopathies (Influence de l'artérialisation portale), BARIATTI [11], 9.
Hermaphrodisme androgynoïde, BÉCLÈRE [175], 4.
— vrai, GREENE [7], 12.
Herniation pulmonaire, CHMEL [14], 3.
Hernie abdominale (Implant de tissu métallique), PRESTON [22], 14.
— intra-abdominale (Radio-diagnostic), JUSTIN WILLIAMS [77], 7.
— cérébrale post-traumatique, MUNRO [154], 4.
— cicatricielle (Rupture spontanée), SCHINKI [4], 30.
— crurale (Diagnostic et traitement), LICHTENSTEIN [24], 1.
— — étranglée, PIERRA [173], 41.
— diaphragmatique, HOLOUBEK [156], 2.
— — (Cause d'asphyxie chez le nouveau-né), PELTONEN [35], 2.
— — chez l'enfant, VAN DER STRICHT [174], 2.

Hernie diaphragmatique (Réparation transthoracique) chez l'enfant, E. Koop [18], 14.
— — congénitale, R. Claveau [148], 5.
— — traumatique étranglée, Gagea [173], 26.
— discale, Logue [66], 1.
— — (Chirurgie), Woolsey [22], 6.
— — (Fusion interépineuse), Spadea [18], 10.
— — lombaire (366 cas), Ross [17], 5.
— épigastrique cicatricielle (Implantation tissulaire), Langhof [4], 28.
— — — (Cure opératoire), Kuhne [4], 29.
— du hiatus, Husfeldt [15], 17; J. A. Evans [78], 6.
— — (Complications graves), Kleitsch [20], 2.
— — chez le nourrisson, Santy [174], 3.
— — de Winslow, Smoot [18], 20.
— inguinale de l'enfance, J. H. Louw [172], 2.
— — — — (Technique de Posadas), Finochietto [160], 7.
— — directe récidivante (Chirurgie), Mc Millan [22], 38.
— — récidivante (Cure), Heifetz [22], 13.
— lombaire, Bocchetti [10], 3.
— — (Plastie cutanée), Zanini [12], 15.
— pulmonaire congénitale, E. M. Baldi [160], 31.
— volumineuse (Plastie cutanée), Homb [15], 40.
Herpès zoster céphalique (Virus) dans l'infection du ganglion géniculé, Parkes Findlay [171], 9.
Hiatus œsophagien (Hernie), Husfeldt [15], 17; Kleitsch [20], 2.
— — — avec glissement, J. A. Evans [78], 6.
— de Winslow (Hernie), Smoot [18], 20.
Hibernation à la Clinique de Vaugirard, Sénèque [179], 1.
— artificielle, Laborit [80], 8; Bobbio [80], 9.
— — et naturelle, Kayser [81], 7.
Histamine fissuraire dans l'ulcère, Reggianini [126], 3.
Histochimie hépatique, Edlund [15], 2.
Homogreffes de banque d'os, Hussenstein [94], 1.
— cutanées (Survie), Dukas [18], 13.
Hormonothérapie des fibromes, Moricard [97], 2.
— stéroïde du cancer mammaire, Mac Donald [78], 15.
Humérus [Col chirurgical] (Fracture), Brekke [15], 35.
— [Condyle radial] (Fractures), Röhl [15], 27.
— [Diaphyse] (Fractures) chez l'adulte, Cappellin [31], 2.
— [Épicondyles] (Arrachement chez l'enfant), Groh [142], 7.
— [Extrémité inférieure] (Décollement épiphysaire obstétrical), Casacci [32], 1.
Hyaluronidase (Effets sur l'absorption cutanée des liquides), Webb [20], 13.
Hydratation en chirurgie (Troubles), Monsaingeon [173], 2.
Hydronéphrose (Maladie congénitale), Macquet [3], 6.
— de l'Enfance (Statistique de 104 cas), G. Laurot [82], 8.
Hyperkaliémie, Dérot [178], 9.
Hypernéphrome métastatique, Eystein Jenssen [15], 41.
Hyperostose corticale infantile, Caffey [77], 2.
— crânienne diffuse associée à une acromégalie au début, S. Leblond [148], 4.
Hyperparathyroïdisme (Traitement prolongé post-opératoire), Ekswith [158], 6.
Hypersplénisme, Marks [158], 4.
Hypertension artérielle (Chirurgie); sa valeur, Frank [143], 2.
— — (Sympathectomie), Carreras [169], 6.
— — et rein, Arnold [101], 3.
Hypertension artérielle et surrénales, Merrill [158], 2.
— — essentielle (Pathogénie), Egeli [143], 1.
— — — (Sympathectomie), Allen [155], 4.
— — grave (Surrénalectomie bilatérale), Thorn [158], 3.
— — paroxystique, Lambert [173], 13.
— — permanente (Fistule artério-veineuse chirurgicale), Lian [61], 2.
— portale, Thorek [22], 32.
— — (Chirurgie), Fabbrini [8], 7.
— — (49 cas opérés), P. Santy [24], 2.
— — (Pathogénèse), Efskind [15], 38.
Hyperthyroïdie (Crise post-opératoire); prévention, de Moor [174], 8; Guinet [174], 9.
Hypochondre droit (Syndromes), Arnaud [97], 6.
Hypophyse (Adénomes), Toennis [110], 2.
— — surrénales (Fonctionnement) dans les poly-arthrites chroniques évolutives, F. Coste [26], 2.
Hypospadias (104 cas opérés), Erdelyi [141], 8.
— (Retentissement urinaire), Boissonnat [173], 34.
— antérieur (Tranchée balanique), Barcat [173], 37.
Hypotension contrôlée, Röttgen [64], 2; Langer [69], 1; Carravetta [80], 1; Rutkowski [132], 1.
— — (Expérience de 416 cas), Kern [80], 7.
— — (Électrocardiographie), Camerini [80], 3.
— — (Mécanisme); production, Laborit [80], 6.
— — (Oxymétrie), Bizard [3], 2.
— posturale, Guglielmi [80], 2.
Hypothermie généralisée expérimentale, Kayser [81], 7.
Hystérectomie dans les lésions bénignes, Britto Pereira [24], 16.
— totale pour cancer *in situ* (Récidive), Graham [44], 10.
Hystéroplastie, Leroy Hyans [149], 5.
Hystérosalpingographie, Finkbeiner [101], 6.
Hystéro-urographie dans le pyosalpinx tuberculeux, Romussi [43], 1.

I

Ictère hémolytique et ulcère de jambe, Bourggraff [176], 4.
— par obstruction, Cattan [178], 1.
Iléite régionale, Crohn [150], 6.
Iléo-colostomie (Dispositif à valvules pour), J. M. Grey [24], 9.
Iléon (Fibrome géant), Minissale [10], 7.
Iléostomie anale, Carlson [22], 17.
Iléus paralytique par péritonite après appendicite, T. B. Noble [160], 24.
Immunisation antitétanique, Westermann [4], 4.
Incision abdominale (Suture métallique continue), Robinson [17], 11.
Incontinence vésicale et rectale (Guérison opératoire), Pröscher [4], 25.
Infections localisées (Auréomycine), Marchisello [17], 13.
— malignes par larves, Bayer [49], 1.
Infiltrations anesthésiques, L. Reese [147], 2.
— novocaïniques cérébrales, Bucaille [2], 1.
Inflammation testiculaire, Lardelli [115], 1.
Instruments pour chirurgie vertébrale, Danis [174], 13.
Insulome et peptic ulcer, Strom [15], 52.
Intestin (Hémangiomatose), Rosing-Bull [15], 48.
— (Infarctus) par embolie mésentérique, Fitzhugh [154], 8.
— (Intubation) dans l'occlusion, Harris [22], 1.
— (Invagination) chez l'enfant, Kortila [15], 24.

Intestin (Invagination aiguë) chez le nourrisson, ANDRADE [166], 5.
— (— extériorisée); colectomie, PROCHIANTZ [173], 33.
— (Obstruction calculeuse), PAULINO [166], 3.
— (Occlusion); intubation, HARRIS [22], 1.
— — dans le post-partum, WOODRUFF [44], 11.
— — chez le nouveau-né, JOLLEYS [7], 2.
— (— post-opératoire), BALANGERO [22], 35.
— (Perforation typhique), BORRAS [113], 4.
— (Pneumatose), ANDERSON [55], 4.
— (Résection), BLANGUERNON [173], 11.
— (Syndrome d'atonie primitive chez le nourrisson), THÉLIN [25], 1.
— (Troubles) chez les hémorroïdaires, CARRAUD [176], 2.
— grêle (Son aspect radiologique) dans la péritonite tuberculeuse avant et après streptomycine, BRACKIN Jr [78], 10.
— — (Éventration), SCHINK [4], 30.
— — (Lymphosarcome); sténose, ARIAS [162], 1.
— — (Neurinome), DUCASTAING [81], 23.
— — (Occlusion post-opératoire), BOLOT [173], 27.
— — (Perforation couverte), KLIER [4], 2.
— — (— sous-séreuse), JOSÉ DORADO [162], 2.
— (Rétrécissements inflammatoires) SOMERVILLE [7], 3.
— — (Tumeurs); radio-diagnostic, REUSSI [162], 3.
— (— polypoïdes); résection étendue, CAMP [18], 19.
— — (Volvulus), BLANGUERNON [173], 11.
— [Gros] (Carcinome); résection, KYRLE [4], 11.
Intubation intestinale, HARRIS [22], 1.
Invagination appendiculaire, MORTON [17], 19.
— haustrale du cæcum, COLETTE [74], 3.
— intestinale, KORTTILA [15], 24.
— — extériorisée (Colectomie), PROCHIANTZ [173], 33.
— — chez le nourrisson, ANDRADE [166], 5.
— — récidivante, MOELLER [39], 3.
Iode radio-actif dans l'hyperthyroïdisme (Statistique de 5 années), D. E. CLARK [152], 12.
— — (Captation thyroïdienne), BRENA [80], 11.
Irradiation (Complications); lésions du rein, P. W. DAVEY [147], 3.
— du bassin chez la femme (Lésions consécutives), TWOMBLY [78], 9.
— à faibles doses dans l'aménorrhée, ISRAEL [44], 2.
— pré-opératoire de l'endomètre, SCHMIDT [44], 1.

J

Jambe (Amputation par le procédé de Mazzari), NUNZIATA [160], 13.
— (Calcifications post-traumatiques), LAPEYRE [173], 28.
— (Fractures); fixation par plaque, LOTTES [38], 12.
— (Ulcères); pathogénie, PLUSS [176], 1.
— — dans l'ictère hémolytique, BOURGGRAFF [176], 4.
— — sur atrophie blanche, VAN DER MOLEN [176], 5.
— — infiltration péri-fémorale, WISZNIEWSKI [132], 5.
— (— chronique), S. S. ROSE [121], 1.
Jéjunite nécrotique, KROHM [99], 2.
Jéjunum (Adéno-carcinome); métastases, SCHULZ [154], 19.
— (Invagination récidivante), MOELLER [39], 3.
— (Lymphogranulome malin), CRITTERIO [52], 7.
— (Phlegmon), FLIS [132], 12.

K

Kystes branchiaux, M. ZORZI [33], 2.
— bronchogéniques, F. ROY [146]; 1.
— cervicaux, JACKSON [22], 10.
— cholédociens, DICKINSON [39], 1.
— cœlomiques, BERMUDEZ [169], 10; BERMUDEZ [169], 15.
— entérogènes, LYALL [7], 18.
— gastriques, AUDREY MATHESON [30], 1.
— hématiques, MINI [11], 4.
— hydatiques, LIMA BASTO [133], 1.
— — appendiculaires, GARCIA-BARON [111], 2.
— — hépatiques, VERGOZ [81], 15.
— — pulmonaires, BARRETT [7], 5; E. AYAS [160], 9.
— — spléniques, T. GROSSI [126], 2.
— mésocoliques, BORRI [12], 3.
— osseux, CARRIDO LESTACHA [113], 1.
— ovariens, R. FLYNN [171], 2; J. B. HERMAN [172], 1.
— pancréatiques, POLAK [14], 8; CATTAN [178], 1.
— — [Pseudo], SZATYBELKO [132], 8.
— du parovaire, ULFELDER [154], 5.
— péricardiques, KYRLE [4], 11.
— rétropéritonéaux, SOLONEN [42], 3.
— intra-pulmonaires, WYMAN [77], 3.
— sébacés calcifiés, SIDNEY RITTER [149], 17.
— spléniques, ABBO [12], 2.
— et fistules congénitaux, BEYER [157], 1.

L

Lambeau cutané libre pour plastie coxale, FIUME [32], 7.
— de peau totale pour hernie lombaire, ZANINI [12], 15.
Langue (Cancer), WILSON [18], 7.
— (Neurilemmome), CLAIR ROBERTSON [7], 17.
Larves de mouche (Infections malignes), BAYER [49], 1.
Laryngo-pharynx (Cancer), DALY [149], 9.
Larynx (Cancer), MC CART [147], 1; DALY [149], 9.
— (Carcinome); diagnostic, CLERF [19], 5.
Léiomyome exogastrique, HOWELL-HUGHES [7], 10.
— rectal, WEISZ [12], 14.
Léiomyosarcome gastrique, R. FIFE [120], 1.
Leucémie (Altérations squelettiques), PONZONI [32], 2.
— myéloïde (Splénectomie), STEFANOVIC [81], 2.
Leucotomisés et mécanisme de la localisation tactile, ELITHORN [66], 3.
Lèvres (Cancer), CORREIA [168], 7.
Ligament gastro-colique (Kyste hématique), MINI [11], 4.
Ligaments jaunes (Hypertrophie); sciatique, ALBERT [174], 1.
Ligature artérielle, BRODERSEN [15], 36; WATERS [44], 9; RUGGERI [123], 1.
— osseuse, NICOL [173], 4.
— veineuse, WIRINGER [5], 2; [5], 7; ROSSI [11], 2; DONZELOT [58], 1; SOUPAULT [173], 17.
— — cave, WELTI [173], 39.
Lipiodo-diagnostic lombaire, CASTALDI [31], 1.
Lipoblastomes bénins et malins, MARCONI [71], 7.
Lipoïdose splénomégalique (Ectomie), BOUSSER [81], 11.
Lipome bronchique, GARSIDE BREWIN [7], 15.
— colique, DUBOIS-ROQUEBERT [82], 10.
— gastrique, MIQUEO NARANCIO [169], 9; NARANCIO [169], 14.
— gastro-duodénal, NOCENTINI [71], 5.
— sous-muqueux, NEDERVEEN [122], 7.
— sacro-iliaque, A. SICARD [160], 24.
— utérin, ZAHOR [141], 6.
Liquide céphalo-rachidien (Pression) dans l'ablation des jugulaires, SCHWEIZER [18], 5.

Liquide péricardique (Examen), LEICHTLING [154], 15.
Liquides (Absorption sous-cutanée); effets de l'hyaluronidase, WEBB [20], 13.
Lithiase biliaire (Thérapeutique), ARIANOFF [107], 1.
— — résiduelle, RODRIGUEZ [161], 1.
— cholédocienne, JOUANNEAU [173], 32.
— pancréatique, CATTAN [178], 1.
— urinaire d'immobilisation, G. H. FALLET [82], 12.
Lobe temporal (Tumeurs), HEPPNER [105], 2.
— — — étude clinique, H. W. PIA [64], 5.
Lobectomie pulmonaire (Structure du poumon restant), BARIATTI [9], 2; [9], 3.
Lobotomie orbito-frontale (Effets sur la psychose), GREEN [67], 3.
Loge massétérine (Pseudo-tumeur), DECHAUME [50], 1.
Lombo-sciatalgies, RIEUNAU [173], 20.
Lombo-sciatique, LONGUET [173], 24.
— (Arthrodèse), CAUCHOIX [173], 22.
— avec lipome sacro-iliaque, A. SICARD [160], 24.
Luxation, NICOL [173], 4.
— (Réduction sous curare), DOHR [4], 17.
— récidivante, HEDMAN [15], 26; MACNAB [38], 21.
— [Sub-], ANDERSON [38], 11.
Lymphangiome kystique, WÖRN [69], 2.
— — axillaire, J. A. RANKINE [147], 7.
Lymphogranulomatose (Radiumthérapie), NICOLOV [104], 4.
Lymphogranulome malin, CRITTERIO [52], 7.
— vénérien, ROTHCHILD [47], 6.
Lymphomes suppurés, M. ZORZI [33], 2.
Lymphosarcome, ARIAS [162], 1.

M

Macrodactylie avec syndactylie, GARRIDO-LESTACHE [29], 1.
Macrodex et oxygène dans les brûlures, LARS ERIK GELIN [15], 3.
Main (Anévrysme cirsoïde), FUMAGALLI [32], 4.
— bote congénitale, BRANCIFORTA [31], 4.
— (Déformations); attelle dynamique, PEACOCK [38], 5.
— (Greffes cutanées), DUPERTUIS [38], 8.
— en griffe dans le gargoylisme, S. SJÖLIN [35], 3.
— (Hématome post-opératoire), TANZER [38], 6.
Malacoplasie vésicale, BLEISCH [72], 1.
Malades chirurgicaux (Temps de coagulation et temps de Quick en rapport avec le traitement par antibiotiques associés), REGGIANINI [126], 12.
Maladie bleue (Évolution post-opératoire), MANNHEIMER [35], 1.
— des caissons (Nécrose osseuse), TORLEIF DALE [15], 37.
— d'Engelmann, DA COSTA LIMA [24], 13.
— de Flajani-Basedow (Cure chirurgicale); résultats éloignés, C. SCALA [126], 15.
— de Gaucher, BOUSSER [81], 11.
— de Hand-Schüller-Christian (Anatomie pathologique), SANCHEZ-LUCAS [89], 1.
— de Hirschsprung (Indications de la colostomie), SWENSON [21], 12.
— de Hodgkin (Localisations osseuses), LEGER [81], 12.
— de Larsen Johannson, COZZOLINO [32], 3.
— de Paget osseuse, ORDONNEAU [26], 8; ROSENKRANTZ [153], 1.
— de Porak-Durante, VAN CAILLIE [108], 1.
— de Sturge-Weber-Dimitri, SAKR [37], 4.
— ulcéreuse, JINDRAK [141], 7.
Maladies chirurgicales (Troubles du métabolisme du potassium), J. A. DAUPHINEE [159], 2.
— mentales (Neuro-chirurgie), TALAIRACH [177], 2.
Malformations congénitales, BOUDIN [177], 1.
Mamelle sanglante, PIACENTINI [126], 1.
Masses rétropéritonéales, BRODNY [22], 8.
Mastectomie (Pression négative sous les lambeaux), RAFFI [18], 22.
Mastite aiguë (28 cas), Cl. ISBISTER [171], 7.
— — puerpérale, SERCK-HANSSEN [15], 50.
— puerpérale (Bactériologie et pathogénèse) AANELAND [135], 2.
Matières colorantes dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, BRILMAYER [64], 4.
Maxillaire supérieur (Reconstruction), KNAIEL [169], 3.
Maxillectomie [Sous-] et grenouillette sous-maxillaire, FINOCHIETTO [160], 11.
Médiastin (Kystes cœlomiques), BERMUDEZ [169], 10; [169], 15.
— (— gastriques); 2 cas, AUDREY MATHESON [30], 1.
— (Tumeurs), EMERY BURNETT [19], 8; ROSA FALCAO [133], 4; RAZEMON [173], 25.
Médiastinite œsophagienne (Opération endoscopique), PONCET [81], 5.
Mélanome malin (Résultats), PACK [18], 1.
Mélanose recto-colique, HILLEMAND [81], 13.
Membre inférieur (Artérite); aspect histologique des capsules surrénales dans 32 cas, A. GUICHARD [89], 2.
— — (Insuffisance veineuse); phlébographie, VENTURINI [11], 5.
— — paralytique (Transplantations tendineuses), KUHLMANN [38], 18.
— — (Thrombophlébites superficielles), LOWENBERG [22], 3.
— supérieur (Blessures des parties molles), CHIFFLET [167], 6.
— — (Syndromes neuro-vasculaires). DI GIUSEPPO [125], 6.
Membres (Myxomes et myxosarcomes), SPONSEL [38], 9.
— (Traumatismes exposés); prévention, PENICONE [33], 3.
— [Extrémité inférieure] (Ulcérations) et syndrome post-phlébitique, LINTON [62], 1.
Méninges (Carcinome), PAVLICA [142], 3; CHYTKA [142], 4.
Méningiomes (Radio-diagnostic), ZAUNBAUER [64], 6.
— de l'étage inférieur étendu au sinus frontal, L. et H. POUYANNE [82], 5.
— ostéoblastiques temporo-sphénoïdes orbitaires (Neuro-chirurgie sous ganglioplégiques) et prothèse acrylique, WORINGER [82], 4.
parasagittaux (Diagnostic différentiel), H. HAAR [73], 1.
Ménisques articulaires (Affections), FONTAINE [2], 1.
Mésentère (Emphysème) par perforation du grêle, JOSE DORADO [162], 2.
— (Thrombose veineuse), NEUDA [17], 2.
Mésocôlon (Kystes), BORRI [12], 3.
Mésothéliome bénin, MYLIUS [15], 45.
Métabolisme du potassium (Troubles) dans les affections chirurgicales et autres, J. A. DAUPHINEE [159], 2.
Métaphyse (Zones et lignes transversales de densité accrue), R. H. FOLLIS Jr [78], 1.
Métastases d'un carcinome argentaffine, ROSS [7], 7.
— épidurales, EPSTEIN [78], 3.
— fonctionnelles, BANNON [155], 3.
— multiples d'un léiomyosarcome multiple, R. FIFE [120], 1.
Métatarsiens (Athrodèse phalangienne), ROSS SMITH [118], 9.
Méthode de Laborit, BOBBIO [80], 9.
— de Papanicolaou, LENCIONI [161], 10.
— de Shorr, LENCIONI [161], 10.
Méthorphinan, BROWN [118], 5.
Moelle épinière (Compression) par hernie discale, LOGUE [66], 1.
— — (Suture), VOGL [4], 32.

Moelle osseuse (Traitement du cancer), Rovatti [70], 6.
Môle hydatiforme (Complication), de Beauregard [175], 2.
Mononucléose (Rupture splénique), Stobbe [103], 3.
Morsure de cobra, H. de Franca [168], 4.
Mort par cancer du col utérin (Causes), Morton [44], 3.
— expérimentale (Réviviscence) par transfusion intra-carotidienne, Innocenti [12], 12.
Moutarde azotée, Baker [20], 7.
Moyens de contraste (Injection mortelle intra-aortique), Wickbom [76], 2.
— — hydrosoluble, Rogers [18], 8.
— — hydro- et oléo-solubles, Finkbeiner [101], 6.
Mucoceles appendiculaires, Hilsabeck [17], 7.
Mucopolysaccharides, Godard [81], 20.
Muqueuse vésicale (Altération) dans les tumeurs, Masina [46], 5.
Muscles (Relaxants); le succinylcholine, von Dardel [15], 1.
— (— synthétiques) en anesthésie, F. F. Foldes [152], 18.
— (Troubles fonctionnels) après dysjonction des nerfs périphériques, Sunderland [65], 1.
— de l'épaule (Paralysie) après sérothérapie antitétanique, Benmussa [96], 1.
Mycose-Artérite, de Kouroch [176], 3.
Myélographie pour diagnostic, Epstein [78], 3.
— pour protrusion discale, Berg [15], 33.
— à l'abrodil, Lange [15], 42.
Myélomes multiples (Lésions osseuses), Coffin [5], 5.
Myélotomie longitudinale cervicale, Bischof [64], 3.
Myiase (Infections malignes), Bayer [49], 1.
Myoblastome à cellules granuleuses, Coggins [72], 2.
Myocarde (Infarctus); complication post-opératoire, Wroblewski [152], 10.
Myxœdème (Transplantation de thyroïde fœtale), Bardette [17], 16.
Myxoglobulose appendiculaire, Monetti [52], 9.
Myxome intra-canaliculaire géant, Ross [17], 18.
— crural, Baumeister [4], 20.
Myxosarcome, Sponsel [38], 9.

N

Nains achondroplasiques, Schreiber [67], 8.
Narcose barbiturique (Fixation thyroïdienne de l'iode radio-actif), Brena [80], 11.
— rapide au chlorure d'isopropyl, Riedel [4], 8.
Nécrose ischémique, Drew [7], 19.
— osseuse, Torleif Dale [15], 37.
Néoformations intra-thoraciques, Desaive [109], 2.
Néoplasmes cutanés secondaires, Pellerat [87], 1.
— osseux, Fromer [19], 13.
— vésicaux, Beer [150], 2.
Nerf cubital (Paralysie), Scheuer [4], 14.
— facial (Paralysie), Parkes Findlay [171], 9.
— phrénique (Chirurgie), Dailey [22], 18.
— poplité (Lésions par compression), Garland [118], 8.
— radial (Paralysie), Ferrand [95], 1.
— — (— post-traumatique ou post-opératoire), A. de Wulf [28], 4.
— sciatique et plexus veineux hypogastrique, Brunschwig [21], 17.
Nerfs (Blessures); opérations de remplacement, Ziegler [4], 5.
— dépresseurs (Section); leur action sur le cortex surrénal, Bekaert [26], 3.
Nerfs périphériques (Dysjonction) et troubles fonctionnels musculaires inhabituels, Sunderland [65], 1.
Nésidioblastome (Hypoglycémie guérie par exérèse), Mirizzi [160], 4.
Neurilemmome, Clair Robertson [7], 17; Th. F. Rose [171], 1.
Neurinome cervical, Mc Guire [118], 10.
— gastrique, Batista Franco [56], 3; Chrysospathis [118], 6.
— du grêle, Ducastaing [81], 23.
Neuroblastome, Brown [37], 2.
Neuro-chirurgie (Problèmes diagnostiques), Groff [19], 2.
— (Échecs), Jirasek [14], 1.
— de l'achondroplasie, Ferrier [111], 1.
— des dyskinésies, Fénelon [82], 9.
— sous ganglioplégiques pour méningiomes, Woringer [82], 4.
Neuro-ophtalmologie dans l'étude d'une série d'anévrysmes intra-crâniens de la carotide interne, Morel [63], 1.
Neuro-vasculaires [Lésions combinées], Learmonth [15], 30.
Névromes, Lambert [109], 1.
Nez (Myase) à Ceylan, Bayer [49], 1.
— en perroquet (Opération esthétique), Tavyar-Kankat [143], 5.
Nitrogen mustard intra-artériel (Traitement régional du cancer), Bonner [18], 2.
Novocaïne pour douleurs des appendicectomies, Foti [12], 17.
— préventive dans les accidents de la transfusion, Marcucci [126], 14.
— et curare (Infiltration locale), Brena [127], 1.
Nucleus pulposus (Hernie); résultats de l'excision, Nachlas [38], 24.
Nupercaïne lourde, Vazquez [161], 6.

O

Obstétrique (Diagnostic chirurgical), Montgomery [19], 10.
Obstruction aortique abdominale chronique, Milanes [62], 5.
Occlusion duodénale, Morelle [174], 4.
— — par l'artère mésentérique, Ferreira Lima [56], 2.
— intestinale, Balangero [22], 35; Woodruff [44], 11.
— — (Intubation), Harris [22], 1.
— — du nouveau-né, Jolleys [7], 2.
— — post-opératoire, Bolot [173], 27.
Œso-gastrique [Anastomose au cou], Olivier [173], 36.
— (— haute), Rudler [173], 45.
Œsophage (Achalasie), Anttinen [15], 14; Wulf [15], 15; Gertz [15], 16.
— (Cancer) en Finlande, Nylander [15], 8.
— — cytodiagnostic, Messelt [15], 13.
— — symptômes et diagnostic, Ferrari [160], 27.
— — radiologie des métastases ganglionnaires, Mc Cort [77], 5.
— — irradiation au Radium Hospital, Scheel [15], 11.
— — radiothérapie, Frimann Dahl [15], 10.
— — ectomie, Rudler [173], 45.
— (Carcinome), Efskind [15], 7.
— (— à cellules squameuses), Eker [15], 12.
— (Chirurgie actuelle), Buckles [22], 33.
— (Contraction) et douleur cardiaque, Evans [117], 1.
— (Dilatation mécanique précoce chez l'enfant après caustique), Stajic [144], 3.
— (Diverticules), de Bakey [152], 2.
— (Lésions bénignes), Fry [19], 6.
— (Perforation spontanée), Görce [68], 2.
— (Prothèse plastique), Chalnot [81], 9.
— (Résection); voie d'accès droite, Therkelsen [15], 9.
— (Rupture spontanée), G. W. Ware [20], 9; H. Muller [122], 4.

Œsophage (Sténose par caustiques), Guimaraes [24], 11.
— (— cicatricielle); chirurgie, Vaneckova [14], 4.
— (— congénitale), J. H. Resano [160], 10.
— (Tension fonctionnelle) ou spasme, Klein [53], 1.
— [Mega] (Cas opéré chez un enfant), Chaptal [25], 3.
— cervical (Varices); hémorragie, Palmer [55], 2.
— plastique, Berman [22], 29.
— thoracique (Chirurgie); opérations synchronisées et combinées, J. M. Grey [24], 8.
— — (Diverticule), Nylander [15], 18.
Œsophagectomie sub-totale à deux équipes, Olivier [173], 36.
Œsophagite corrosive, Leegaard [15], 19.
— peptique et ulcération, E. Samuel [172] 3.
Œstrogènes dans le cancer de la prostate, E. Dutter [92], 2.
« Ombre vésiculaire », Carrere [160], 1.
Ombres hilaires (Élargissement) et cancer, Rigler [77], 4.
Omoplate (Élévation congénitale), Jeannopoulos [38], 14.
Opération césarienne post-mortem, Helmer [118], 7.
— de Darrah, Dingman [38], 15.
— de Dieckman, Lambert [109], 1.
— d'Eden Hybbinette, Hedman [15], 26.
— de Hahn Brandes, Drost [4], 19.
— de Halban pour prolapsus génital, Carlos Abumada [160], 25.
— de Jedlicka, Polak [14], 8; Hnevkovsky [14], 9.
— de Longmire, Waddell [154], 18.
— de Mc Bride, Danis [174], 7.
— de Mazzani, Nunziata [160], 13.
— de Mikulicz pour torticolis, Finochietto [160], 14.
— de Noble, Blanguernon [173], 11.
— de Posadas pour hernie inguinale, Finochietto [160], 7.
— de Smith Petersen, Berntsen [36], 6.
Opérés (Fonction surrénale) et A. C. T. H., Turunen [42], 5.
Orbite (Tumeurs), tomographie, Cl. Gros [82], 3.
Orchi-épididymite traumatique, Amelio [168], 3.
Oreille (Myiase) à Ceylan, Bayer [49], 1.
— [Pavillon] (Reconstruction), E. F. Malbec [160], 30.
Oro-pharyngo-œsophage (Cancers étagés), Chêne [81], 1.
Orthofix pour appareils orthopédiques, M. Sœur [28], 3.
Orthopédie (Complications gastro-intestinales au cours de certains cas d'), R. Langevin [145], 1.
Os (Affections); hyperextension dorsale, Jewett [22], 20.
— (Cancer métastatique) et radiothérapie, Schwartzman [149], 16.
— (Croissance), Godard [81], 20.
— (— étude sur la), R. H. Follis Jr [78], 1.
— (— épiphysaire); action de la tension, Strobino [21], 7.
— (Fragments réfrigérés) pour crânioplastie, Odom [67], 5.
— (Kystes), Carrido-Lestacha [113], 1.
— (Maladie de Hodgkin), Leger [81], 12.
— (— de Paget), Ordonneau [26], 8.
— (Métastases du goitre malin), Burmeister [4], 22.
— (— mammaires), Rennes [15], 4.
— (Myélomes multiples), Coffin [5], 5.
— (Néoplasmes); radio-diagnostic, Fromer [19], 13.
— (Suture), Goldberg [38], 26.
— (Transplantation expérimentale), Siffert [149], 15.
Os (Tumeurs à cellules géantes), Meyerding [22], 2.
— — Articulations (Tuberculose); streptomycine, Metcalfe [119], 4.
— crochu (Fracture isolée), Franz [31], 5.
— longs (Ostéosarcomes), Baclesse [108], 2.
— — (Pertes de substance); chirurgie, Palmer [15], 6.
— de banque d'os, Cloward [18], 11.
— congelé (Hétérotransplants), Judet [173], 44.
Ossification du squelette (Centres d'), Girdany [78], 12.
Ostéite costale et pleurésie purulente, Lombard [27], 4.
— déformante de Paget, Rosenkrantz [153], 1.
— fibreuse généralisée et glandes endocrines, König [4], 21.
Ostéo-arthrite coxale (Prothèse), Kuhns [154], 10.
Ostéo-arthropathie chez le chien, H. Stunzi [72], 5.
— syringomyélique, Shall-Jensen [76], 4.
Ostéo-articulaire [Tuberculose], van Domsclaar [160], 16.
— — (Diagnostic), Delogu [32], 9.
— — (Isonicotyl-isopropylhydrazine), Bosworth [38], 1.
Ostéochondrite disséquante, M. P. Marique [28], 2; Forni [31], 3.
— fémorale, Peregalli [32], 6.
Ostéogénèse imparfaite congénitale, Follis [39], 5.
Ostéomyélite (Stratigraphie), Perassi [74], 2.
— blastomycosique, Hall [38], 23.
— de la branche ischio-pubienne, Propergi [126], 18.
— coxale, Lipscomb [155], 1.
— à « Escherichia Coli », Herfort [152], 1.
— vertébrale après blocage sympathique, Ziegler [73], 8.
Ostéopathies et maladies du sang, Pizon [81], 8.
— dysmétaboliques (Diagnostic), P. C. Rospide [160], 29.
— juvéniles, Cozzolino [32], 3.
Ostéosarcomes, Baclesse [108], 2.
Ostéosynthèse, Lagache [3], 7.
— par greffon vissé, Judet [173], 8.
Ostéotomie d'angulation et de rotation, Billig [22], 12.
— du péroné, F. Stenham [171], 6.
Ovaire (Cancer), F. X. Demers [146], 3.
— (Fibrome), Lyday [17], 20.
— (Kyste) avec apparence d'un cancer du côlon, J. B. Herman [172], 1.
— kystique bilatéral, R. Flynn [171], 2.
— (Néoplasies de restes embryonnaires), Carmo Lordy [167], 3.
— (Tumeur de Brenner), Peck [44], 15.
— (— thécale), Rouchy [40], 2.
Oxymétrie dans l'hypotension, Bizard [3], 2.

P

Pachyméningite hypertrophique spinale (Chirurgie), Bucy [67], 2.
Pachyvaginalite cholestérinique, Domenici [71], 3.
Palais mou (Tumeurs mixtes), Bablick [70], 4.
Pancréas (Abcès) chez un enfant, Strauss [4], 13.
— (Adénome des cellules insulaires) hypoglycémie; exérèse, Mirizzi [160], 4.
— (— langerhansien non fonctionnel), Gilbert Dreyfus [178], 3.
— (Cancer), Mc Dermott [18], 15.
— (Chirurgie); principes, Copper [22], 7.
— (Hétérotopie); un cas et revue bibliographique, Dacorso Filho [24], 15.
— (Hypernéphrome métastatique), Eystein Jenssen [15], 41.

Pancréas (Kystes) opération de Jedlicka, Polak [14], 8.
— (Pseudokystes), Szatybelko [132], 8.
— (Lithiase); kystes et ictère, Cattan [178], 1.
— [Queue] (Cancer), Culver [154], 9; Marks [158], 4.
— [Tête] (Cancer), Ellis [154], 3; Cosco Montaldo [169], 11; C. Montaldo [169], 17.
Pancréatectomie pour pancréatite, Mc Laughlin [18], 17.
Pancréatite, Tejerina Fotheringham [160], 6.
— (Conceptions), Probstein [22], 11.
— et splanchnicectomie, Moulonguet [173], 12.
— calcifiante, Siguier [178], 2.
— — récidivante, Mc Laughlin [18], 17.
— chronique (Fibrome et abcès), Raker [154], 12.
— récidivante (Sphinctéroplastie transduodénale), Austin Jones [18], 4.
Pancréato-gastrostomie, Polak [14], 8.
Pancréatographie, Siguier [178], 2; Gilbert Dreyfus [178], 3.
Pansement occlusif (Dangers du) dans les plaies de poitrine faisant ventouse, B. W. Haynes [152], 15.
Papille de Vater (Sténose), Orecchia [12], 4.
Papillome utérin, Wolf [41], 1.
Paralysie cérébrale (Chirurgie orthopédique), H. E. Barnett [152], 14.
— cubitale tardive, Scheuer [4], 14.
— faciale (Revue clinique et autopsie), Parkes Findlay [171], 9.
— radiale (Transplantations tendineuses), Ferrand [95], 1.
— — post-traumatique ou post-opératoire, de Wulf [28], 4.
— spastique cérébrale, Eggers [38], 10.
Paraoxypropiophénone (Action thyroïdienne), Desaive [81], 26.
Paraplégie par plasmocytome, Layani [178], 6.
— par rupture discale, Schreiber [67], 8.
Parasitose et obstruction du cholédoque, F. Brisson [148], 1.
Parovaire (Kyste), Ulfelder [154], 5.
Peau (Cancer), Owens [22], 39.
— (Gangrène du nourrisson), d'Oelsnitz [27], 1.
— (Granulome); rôle de la silice, Kay [18], 18.
— (Néoplasme secondaire), Pellerat [87], 1.
Pénicilline (Elle est sans influence sur la coagulation du sang), Triantophyllopoulos [153], 2.
— (Absorption et filtration péritonéale de la), G. Perazzo [126], 10.
— (Pulvérisations intra-abdominales), Albertini [52], 1.
— intra-abdominale, F. H. Shaw [171], 4.
— intra-artérielle dans la prévention des traumatismes exposés des membres, Perricone [33], 3.
— et sulfamides, Domagh [101], 4.
Pénicillinothérapie des fractures compliquées, Florey [7], 14.
Pénis (Adéno-cancer métastatique), Bowersox [47], 3.
— (Carcinome secondaire) compliquant un cancer rectal, Ch. Ney [20], 15.
— (Induration plastique), Janica [132], 15.
Pentamethonium, Bizard [3], 2.
Peptic ulcer (Ses relations avec le volume de l'estomac), A. J. Cox [72], 4.
— — (Problème), Kirsner [150], 7.
— — (Procédés chirurgicaux), Jordan [54], 1.
— et insulome, Strom [15], 52.
— et secrétion gastrique, Dragstedt [155], 7.
Péricarde (Kyste); découverte opératoire, Kyrle [4], 11.
— (Maladies); chirurgie, Luisada [124], 3.
Péricarde [Cavité] (Épanchement hémorragique); diagnostic simple, C. W. Mills [152], 9.
Péricardectomie (8 cas), Manzocchi [9], 6.
Péricardite constrictive, Manzocchi [9], 6.
— tuberculeuse récidivante, Janovsky [158], 7.
Périduro-radiculographie, Castaldi [31], 1.
Périnée (Plaies par empalement), G. Sicca [126], 20.
Période post-opératoire, Paciolo de Medeiros [24], 14.
— — (Bilan azoté), Manicki [132], 3.
— — (Déficit en potassium), Hollender [1], 1.
— — (Glycolyse des globules rouges), Savino [8], 2.
— — (Embolies), Borras [116], 1.
— — (Pneumonie), Koch [100], 6.
— — (Prévention des thrombo-embolies), Lassner [79], 6.
— — des opérations biliaires, Anger [100], 7.
Péritendinite calcaire, Kratzman [77], 8.
Péritoine dans l'absorption et la filtration de la pénicilline, Perazzo [126], 10.
— (Adhérences); prévention par cortisone, Nicol [173], 12.
— — après pénicilline et sulfamides, Albertini [52], 1.
— (Cancer métastatique), da Costa [163], 2.
— (Dialyse), Dérot [178], 8.
— [Cavité] (Hémorragies), Guixa [112], 1.
Péritonite post-appendiculaire et iléus paralytique, T. B. Noble [160], 24.
— — expérimentale (1 et 5 amino-acridine), Nemir [17], 6.
— par perforation, Clavero Margati [116], 2.
— tuberculeuse (Streptomycinothérapie); aspects du grêle avant et après), Brackin Jr [78], 10.
Péroné (Absence congénitale), Coventry [38], 20.
— (Fracture de fatigue chez l'enfant), Griffiths [30], 2.
— (Ostéotomie) pour pied bot congénital, F. Stenham [171], 6.
Pertes de substance (Greffes cutanées minces), J. Gosset [173], 14.
— — bronchiques, Natellis [10], 5.
— — osseuse, Palmer [15], 6.
— — — tibiale, Drost [4], 19.
Phalloplastie, Goodwin [47], 4.
Pharyngo-œsophage [Diverticules), Bobbio [12], 8.
Pharynx [Hypo] (Diverticule) et médiastinite, Poncet [81], 5.
Phéochromocytome, Bonnin [81], 14; Browne [154], 1; Avellanal [170], 2.
— (Effet des adrénolytiques), Bannon [155], 3.
Phimosis (Chirurgie), Falkowski [132], 6.
Phlébite (Complications et séquelles); indications, Guglielmi [11], 8.
— chronique (Blocage sympathique), J. E. Ruben [159], 3.
Phlébographie (Technique et problèmes), Marcozzi [11], 7.
— pour insuffisance veineuse, Venturini [11], 5.
— crurale, Odman [76], 3.
— dynamique, Ferreira [81], 10.
— transmédullaire osseuse, Dioguardi [11], 6.
— par injection intra-sternale, Ambrosi [12], 9.
Phlébo-thrombose (Aspects chirurgicaux), W. R. Suiffet [170], 3.
Phlegmon gastrique, duodénal, jéjunal, Flis [132], 12.
— ligneux péri-colique par corps étranger, Medici [12], 5.
— pyo-stercoral, Pierra [173], 41.
Pied-bot (Chirurgie), Mc Cauley [149], 11.
— — congénital (Ostéotomie du péroné), F. Stenham [171], 6.

Pied-bot congénital (Projection suro-plantaire), KANDEL [36], 8.
— paralytique (Transplantations tendineuses), REIDY [38], 16.
— plat paralytique (Arthrodèse extra-articulaire), GRICE [38], 19.
Placenta (Réparation des pertes de substances bronchiques), NATELLIS [10], 5.
Plaies (Désinfectants), PENNETTA [130], 3.
— atones de brûlures (Extrait de tissu aortique), SAUVÉ [173], 29.
— du cœur, MENEGAUX [82], 7.
— cutanées (Cicatrisation), MARSHALL [17], 8.
— opératoires (Analgésie prolongée), ROUALLE [118], 3.
— (Rupture), KLEITSCH [17], 9.
— périnéales par empalement, G. SICCA [126], 20.
— de poitrine faisant ventouse (Danger du pansement occlusif), B. W. HAYNES [152], 15.
— intra-thoraciques (Traitement), Q. R. VALLE [23], 4.
Plaques d'atrophie blanche (Revascularisation), VAN DER MOLEN [176], 5.
Plasma (Augmentation du volume sanguin), HYDE [21], 1.
— (Conservation) et activité de la prothrombine, DIENTSBIER [141], 5.
— (Teneur en fibrinogène) et lésions tissulaires, HIDALGO [21], 2.
— (Substituts), LUNDY [155], 5.
— de bovidé desséché, LARGET [6], 4.
Plasmocytome, LAYANI [178], 6.
— (Forme cérébrale), MAROUDEAU [178], 4.
— orbitaire, Cl. GROS [82], 3.
Plastie (Modelage du greffon), COELST [107], 3.
— acrylique (Réactions tissulaires), HENRICHSEN [36], 5.
— cotyloïdienne, RABENALT [4], 3.
Pléthysmogramme dans le diagnostic du shock, MARQUES TINOCO [24], 7.
Pleurésie purulente chronique, CHALNOT [93], 2.
— purulente staphylococcique associée à une ostéite costale, P. LOMBARD [27], 4.
Plèvre (Cœlothéliome), DEFILIPPO [161], 4.
— (Décortication); étude histologique de 70 cas, H. PAYAN [89], 3.
Plexus veineux hypogastrique, BRUNSCHWIG [21], 17.
Pneumatose intestinale, ANDERSON [55], 4.
Pneumo-angiographie dans le diagnostic des tumeurs pulmonaires, G. TORI [126], 6.
Pneumo-encéphalographie (Second jour de la), J. A. STEWART [78], 5.
Pneumographie présacrée rétro-péritonéale, J. E. J. RESINK [122], 1.
Pneumomédiastin (Voie exopéritonéale), BÉTOULIÈRES [81], 19.
Pneumonectomie (Cavité restante), WENZL [70], 2.
— (Poumon résiduel); blocage vasculaire, BARIATTI [9], 2.
— pour tuberculose à forme pseudo-tumorale, FOURGUE-MOLINES [90], 1.
Pneumonies post-opératoires (Prévention), KOCH [100], 6.
Pneumopéritoine par insufflation d'oxygène intra-utérine, RUBIN [150], 4.
Pneumophtisiologie (Écouvillonnage trachéo-bronchique), BASSARGETTE [48], 1.
Pneumothorax après strumectomie, FRANZ [4], 10.
— extra-pleural, CÖRCE [68], 2.
— — chirurgical, BÉRARD [88], 1.
— — hémothorax secondaire, MIADONNA [125], 2.
— sous tension et lymphangiome kystique, WÖRN [69], 2.
Poignet [Loge palmaire et dorsale] (Ténovaginite sténosante), M. BURMAN [20], 11.
Poitrine (Corps étrangers découverts à l'examen radiologique), OECHOLIS [78], 2.
— (Plaies faisant ventouse); danger du pansement occlusif, B. W. HAYNES [152], 15.
Poliomyélite (Transplantations tendineuses), REIDY [38], 16; BRODERICK [38], 17; KUHLMANN [38], 18.
Polypes rectaux bénins et malins (Diagnostic), HILLER [55], 3.
Polypose colique et rectale, HAWTHORNE [19], 17.
— gastro-intestinale, MONACO-GASSO [51], 1.
Ponction-biopsie hépatique, DESCHAMPS [150], 8; CHRISTIAN [150], 9.
Portographies sériées, ABEATICI [12], 10.
Position de Trendelenburg (Améliorations), LEGER [81], 6.
Potassium (Déficit post-opératoire); traitement, HOLLENDER [1], 1.
Poudre des gants opératoires, ANDERSEN [135], 3.
— — (Réhabilitations), MARSHALL LEE [21], 11.
Poumon (Abcès), J. HAGTVET [136], 1.
— (Anévrysmes artério-veineux), DUMONT [174], 5; BÉRARD [174], 6.
— — — cyanose, PAOLUCCI DI VALMAGGIORE [10], 4.
— (Cancer), DOLL [118], 2.
— — diagnostic, ALLBRITTEN [19], 7.
— — diagnostic précoce, GAMBIGLIANI ZOCCOLI [125], 9.
— — et échinocoque splénique, RODINO [127], 2.
— — radiologie, RIGLER [77], 4.
— (— bronchique); ectomie, WENZL [70], 2.
— (Carcinome bronchogénique), SMETANA [23], 1; LEA [57], 2.
— (Collapsus) et bronchographie, HUIZINGA [76], 5.
— (Échinococcose), GONZALEZ ALVAREZ [114], 2; DOMINGUEZ NAVARRO [114], 3; BALBIN [114], 4.
— (Embryome), BARNARD [57], 1.
— (Hernie), CHMEL [14], 3.
— (— congénitale) par aplasie partielle costale, E. M. BALDI [160], 31.
— (Kystes), WYMAN [77], 3.
— (— bronchogéniques); 5 cas, F. ROY [146], 1.
— (— hydatiques); technique de Posadas et procédés actuels, E. AYAS [160], 9.
— (Maladie hydatique), BARRETT [7], 5.
— (Séquestration intra-lobaire), WYMAN [77], 3.
— (Structure musculo-élastique) après lobectomie, BARIATTI [9], 3.
— (Suppurations); courts circuits bronchiques, MINETTO [125], 8.
— (Tuberculomes et foyers ronds); exérèse, SANTY [68], 1.
— (Tuberculose) au cours de la tuberculose chirurgicale infantile en sanatorium marin, IMBERT [27], 2.
— (Tuberculose) des gastrectomisés, MARCHE [83], 1.
— — chirurgie actuelle, J. M. LEMIEUX [146], 2.
— — limites de l'exérèse, GUCCI [13], 7.
— — résection, BICKFORD [57], 3; RUBIN [21], 14.
— — — segmentaire, NUBOER [4], 27.
— (— à forme pseudo-tumorale); pneumonectomie, FOURGUE-MOLINES [90], 1.
— (Tumeurs); diagnostic, G. TORI [126], 6.
Prémédication en anesthésie, COCCHIA [128], 1.
Pression artérielle (Régulation) et tonus du sinus carotidien HEYMANS [61], 1.
— négative après mastectomie, RAFFI [18], 22.
Processus intra-crâniens (Diagnostic précoce), W. TÖNNIS [64], 1.
— — (Trouvailles électro-myographiques), MARGUTH [64], 7.

Proctite chronique sténosante, Zorzi [52], 2.
Progestérone locale pour dysplasie mammaire, J. V. Uriburu [160], 26.
Prolapsus génital sénile, Conill [97], 1.
Prostate (Abcès), Paine [154], 16.
— (Cancer) et œstrogènes, E. Dutter [92], 2.
— (— primitif); acanthome, de Biase [71], 1.
— (Hypertrophie); cancer occulte, Labess [47], 2.
Prostatiques (Alcalinisation prophylactique), Heise [4], 26.
Prothèse acrylique, Woringer [82], 4.
— — de hanche (Modifications), Judet [173], 7.
— au nylon coxale, Mac Ausland [149], 10.
— — pour éventration, Demirleau [173], 30.
— plastique œsophagienne, Chalmot [81], 9.
— au vitallium, Thompson [149], 14.
Prothrombine chez le nouveau-né, Quick [21], 4.
— [Taux de] (avant et après transfusion), Bocchetti [11], 3.
Prothrombinique [Complexe] (Activité) suivant la conservation du plasma, Dientsbier [141], 5.
Protoxyde d'azote dolosal, Jaquenoud [79], 2.
— — oxygène et métorphinan, Brown [118], 5.
Pseudarthrose tibiale, Drost [4], 19.
Psychochirurgie (Anesthésie), Degenne [79], 7.
Psychose (Effets de la lobotomie), Green [67], 3.
Pubis (Disjonction par chevauchement), Morisi [9], 7.
Puerpéralité septique (Artérite aiguë), Abbo [43], 3.
Pyélite kystique, Wershub [22], 5.
Pyélonéphrite aiguë, Paine [154], 16.
Pyélo-uretérales [Algies] (Sympathectomie), Gregoir [5], 3; Gregoir [5], 8.
Pylore (Hypertrophie chez l'adulte), Kleitzch [20], 1.
Pyosalpinx tuberculeux (Diagnostic hystérographique), Romussi [43], 1.

R

Rachialgie psycho-névrotique, J. Gosset [173], 23.
Rachianesthésie à la nupercaïne, Vazquez [161], 6.
Radiations nucléaires (Lésions testiculaires), Oakes [77], 6.
Radiocalcium et consolidation osseuse, Bauer [36], 1.
Radio-chirurgie du cancer utérin, Leucutia [78], 8.
Radio-diagnostic des maladies inflammatoires gastriques, Mahlo [73], 6.
— des méningiomes, Zaunbauer [64], 6.
Radiographie (Défaut de remplissage avec fosse circulaire), D. Schoen [73], 7.
Radiologie de l'estomac en collapsus, G. Caputro [169], 16.
— de l'évacuation vésiculaire, Lopez-Pontes [164], 1.
— des tumeurs à la campagne, Pendergrass [77], 9.
Radiomanométrie biliaire, Cattan [178], 1.
Radioscopie cinématographique, Gourbandt [173], 9.
Radiothérapie (Accidents), Zilliacus [42], 1.
— et métastases osseuses, Schwartzman [149], 16.
— du cancer du col, Dyroff [100], 2.
— de la colonne vertébrale en croissance, Neuhauser [77], 1.
— du fibrome utérin, Douay [175], 5.
— pituitaire, Kaplan [44], 13.
— rotation, Frimann Dahl [15], 10.
Radium-Radio-Chirurgie du cancer du col, van Bourdijk Bastiaanse [122], 3.
Radium-thérapie de l'angiome, Kaplan [37], 1.
— de l'hémorragie utérine bénigne, Montgomery [44], 4.
— de la lymphogranulomatose, Nicolov [104], 4.
Radius [Tête] (Fractures), Ballerio [32], 5.
Rate accessoire dans le scrotum, Bennett Jones [7], 11.
— (Cancer secondaire), G. W. Milton [171], 3.
— (Échinocoque) et cancer pulmonaire, Rodino [127], 2.
— (Kystes échinococciques), T. Grossi [126], 2.
— kystique, Abbo [12], 2.
— (Rupture) dans la mononucléose, Stobbe [103], 3.
Rayons Roentgen-Azoïpritique associés dans les réticulo-sarcomes, G. Tori [126], 17.
Réaction de Frey positive, Zorzi [52], 2.
Réanimation chez l'enfant, Bourgeois-Gavardin [79], 1.
Recto-colique [Mélanose], Hillemand [81], 13.
Rectoscopie (Expériences), Banche [52], 3.
Rectum (Cancer); chirurgie à Vienne, Zängl [70], 3.
— avec carcinome secondaire du pénis, Ch. Ney [20], 15.
— (Carcinome) avec proctite, Zorzi [52], 2.
— (Continence); retour opératoire, Pröscher [4], 25.
— (Hémangiome), Flaschka [105], 3.
— (Léiomyome extra-cavitaire), Weisz [12], 11.
— (Polypes bénins et malins); diagnostic, Hiller [55], 3.
— (Polypose); indications, Hawthorne [19], 17.
— (Prolapsus) et cancer, Welch [154], 20.
— (Tuberculose hyperplasique), Gallart Esquerdo [51], 2.
Réflexe hypertensif sinu-carotidien, Hoffman [17], 12.
Reflux cysto-pyélique, Marcel [81], 18.
Réfrigération et chirurgie intra-cardiaque, Cookson [22], 28.
Réhabilitation des amputés, Kessler [22], 21.
Rein et hypertension, Arnold [101], 3.
— (Aplasie chez des sœurs), Schmidt [72], 3.
— en fer à cheval, Renato Grey [24], 5.
— (Effets d'une hémorragie aiguë sévère sur le) chez le rat, M. A. Block [72], 6.
— (Lésions par irradiation), P. W. Davey [147], 3.
— (— simulée par kyste sébacé), Sidney Ritter [149], 17.
— (Rupture spontanée) par cancer, Parra [71], 8.
— (Sténose chez l'enfant), Van Valkenburg [122], 2.
— (Transplantation expérimentale); effets de la cortisone, de la moutarde azotée et de la splénectomie, Baker [20], 7.
— (Tuberculose); chimiothérapie, Blystad [135], 1.
— — streptomycine et P. A. S., Roscher [15], 47.
— (Tumeur); néoplasme cutané secondaire, Pellerat [87], 1.
— — radiographie de la veine cave, Kremser [73], 9.
— [Papilles] (Nécrose); diagnostic par examen des tissus évacués, D. H. Johnston [153], 3.
Repas baryté (Perforation colique), Serjeant [117], 8.
— — (— duodénale), de Fonseka [117], 9.
Résine acrylique autopolymérisable pour plastie crânienne, Woringer [5], 4.
Ressuscitation après arrêt du cœur, L. Lamoureux [145], 2.

Restes embryonnaires ovariens, Carmo Lordy [167], 3.
Réticulo-histiocytome orbitaire, Cl. Gros [82], 3.
Réticulo-sarcome (Rayons Rœntgen-Azoïpritique associés), G. Tori [126], 17.
— cæcal, Bayon [13], 6.
Rhumatisme (Arthroplastie de la hanche), Herbert [26], 4.
— (Restauration des mouvements de la hanche dans le), J. J. Herbert [26], 5.
Rotule (Luxation récidivante), Macnab [38], 21.
— (Ostéochondrite disséquante), Marique [28], 2.
— (Ostéopathie juvénile), Cozzolino [32], 3.

S

Sacro-coccyx (Tumeurs), Chigot [173], 21.
Sacrum (Douleur) chez la femme, Mikulicz [99], 3.
Sang (Catalase), Takahara [117], 2.
— [Coagulation] (non influence de la pénicilline sur la), Triantophyllopoulos [153], 2.
— (Maladies) et ostéopathies, Pizon [81], 8.
— (Modifications) dans l'anesthésie, Guglielmi [80], 2.
— [Volume] (Augmentation par gélatine, albumines et plasma), Hyde [21], 1.
— — (Déficience) chez les malades chirurgicaux, Templeton [19], 16.
— périphérique (Éosinophilie), Martinelli [10], 6.
Sarcome vésiculaire, Raffauf [4], 23.
Scaphoïde carpien (Fracture), Wagner [38], 3.
Sciatique (Statistique de diagnostic et traitement), Bergsman [134], 1.
— par hypertrophie ligamentaire, Albert [174], 1.
Scrotum (Éléphantiasis); cas rare avec bon résultat opératoire, de Vilhena Machado [24], 4.
— (Rate ectopique), Bennett Jones [7], 11.
Sein (Cancer), Zunckermann Duarte [110], 3.
— — hormonothérapie stéroïde, Mac Donald [78], 15.
— (Carcinome); métastases osseuses, Rennes [15], 1.
— (Endothéliome), Palmisano [127], 3.
— (Hypertrophie diffuse), Manzanilla [167], 2.
Septum pellucidum (Altérations vues à la radiographie), Ravelli [73], 3.
Séreuses (Tumeurs) du mésothéliome au synovialome, Pélissier [81], 17.
Sérothérapie antitétanique (Paralysie musculaire), Benmussa [96], 1.
Shock, Bingham [22], 26.
— (Diagnostic pléthysmographique), Marques Tinoco [24], 7.
— (Transfusion intra-artérielle), Wlodarska [132], 10.
Silice (Rôle dans le granulome cutané), Kay [18], 18.
Sinus carotidien (Énervation); son action sur le cortex surrénal, Bekaert [26], 3.
— — — pour polyarthrite chronique, Jakovljevic [144], 1.
— — (Réflexe hypertensif), Hoffman [17], 12.
— — (Résistance à la distension) et pression artérielle, Heymans [61], 1.
— frontal envahi par méningiome, L. et H. Pouyanne [82], 5.
Ski (Blessures rares), Oehl [105], 4.
Soins aux blessés (Œuvre de Jedlicka), Hnevkovsky [14], 9.
Sonde duodénale bouchée par ascaris, Erhart [4], 16.
— intra-veineuse plastique, Smith [21], 16.
Sphincter anal (Tonus), Ferguson [37], 3.
— d'Oddi (Fonctionnement), Mester [6], 3.
Sphinctéroplastie transduodénale, Austin Jones [18], 4.
Splanchnicectomies et pancréatite, Moulonguet [173], 42.
Splénectomie, Baker [20], 7; Janbon [178], 10.
— pour anémie, Aas [15], 32.
— pour anémie hémolytique, M. P. Meyer [122], 6.
pour leucémie, Stefanovic [81], 2.
— pour lipoïdose splénomégalique, Bousser [81], 11.
Spondylite ankylosante rhumatoïde (Lésions), Romanus [36], 2.
Spondylolisthésis (200 cas), Delannoy [3], 5.
Sports (Accidents de ski), Oehl [105], 4.
Squelette (Altérations tardives) dans l'hyperostose corticale, Caffey [77], 2.
— (Centres d'ossification du), Girdany [78], 12.
— (Infections); antibiotiques et chimiothérapie, Altemeier [152], 16.
— (Lésions leucémiques), Ponzoni [32], 2.
— (Tuberculose); chimiothérapie, Rössler [100], 1; [100], 4.
Staphylococcie, Lombard [27], 4.
Staphylocoques pénicillino-résistants, Serck-Hanssen [15], 50.
Stérilité chez la femme (Chirurgie), Bedoya [110], 4.
Sternum (Envahissement cancéreux), Gil y Gil [110], 1.
Stratigraphie des ostéomyélites, Perassi [74], 2.
Streptokynase-streptodornase, Dukas [18], 13.
pour hémothorax secondaire, Miadonna [125], 2.
Streptomycine en chirurgie, Mehlhorn [4], 31.
— dans la péritonite tuberculeuse, Brackin Jr [78], 10.
— - P. A. S. pour tuberculose rénale, Roscher [15], 47.
Streptomycinothérapie de la tuberculose ostéo-articulaire, R. H. Metcalfe [119], 4.
« Stress chirurgical », Pasqualini [160], 17.
— — (Prévention et traitement), Pasqualini [160], 18.
Strumectomie suivie de pneumothorax, Franz [4], 10.
Substances colorantes phosphorescentes urinaires, Becker [4], 15.
Succinylcholine (Relaxant musculaire), von Dardel [15], 1.
— [Diiodure de], Huguenard [79], 5.
Sulfamides (Pulvérisation intra-abdominale), Albertini [52], 1.
— et pénicilline, Domagh [101], 4.
Suppurations pulmonaires, Minetto [125], 8.
Surrénalectomie pour artérite, Akel [142], 3.
— totale bilatérale pour hypertension, Thorn [158], 3.
Suture compressive, Tanzer [38], 6.
— médullaire, Vogl [4], 32.
— métallique continue, Robinson [17], 11.
— des parties molles à l'os, Goldberg [38], 26.
Sympathectomie pour hypertension, Allen [155], 4; Carreras [169], 6.
— dans la maladie artérielle occlusive, Pratt [62], 6.
— dans la maladie vasculaire périphérique, Hendrick [22], 27.
— lombaire, Pearl [22], 4; Glasser [22], 19.
— — droite après ligature veineuse cave, Wiringer [5], 2; [5], 7.
— haute (Effets artériels), Lindström [15], 5.
Sympathique (Blocage anesthésique) dans la phlébite chronique et le syndrome post-phlébitique, J. E. Ruben [159], 3.
— (Novocaïnisation) pour diagnostic de l'abdomen aigu, P. de Souza Filho [166], 1.

Syndactylie avec macrodactylie, Garrido-Lestache [29], 1.
Syndrome après gastrectomie, Janica [132], 14; Pojer [142], 1; Hromadko [142], 2.
— d'Albright chez l'homme, S. Fiocca [33], 1.
— de l'anse afférente, Wells [117], 5.
— d'atonie intestinale primitive du nourrisson, F. Thelin [25], 1.
— de Banti, Janbon [178], 10.
— de Demons et Meigs, Baudon [175], 1.
— de l'Instabilité de l'avant-pied, Catterai [119], 6.
— méga-vessie-reflux cystopyélique, Marcei [81], 18.
— mycose-artérite, de Kouroch [176], 3.
— post-phlébitique (Blocage sympathique). J. E. Ruben [159], 3.
avec ulcération de l'extrémité inférieure. Linton [62], 1.
— de Reiter et monoarthrite, Gück [151], 2.
— de Stein, R. Flynn [171], 2.
— syringomyélique, Boudin [177], 1.
— hémorragiques dans les ulcères gastro-duodénaux, de Franchis [126], 7.
— de l'hypochondre droit, Arnaud [97], 6.
— neuro-vasculaires, Di Giuseppe [125], 6.
Synoviome malin. Lysakowska [132], 11.
Synovites tuberculeuses, Verne [173], 1.
Syringomyélie (Ostéo-arthropathie), Shali Jensen [76], 4.
Système nerveux (Tumeurs), Calvo [116], 4.
— neuro-végétatif (Anesthésie), Samain [174], 11.
— — (Déconnexion) dans le tétanos, Aoustin [79], 9.

T

Tabes (Ulcère trophique professionnel), Silver [118], 4.
Technique de Jirzik, Kuhne [4], 29.
— de Pauchet pour colostomie, Miller [53], 4.
— de Pone, Langhof [4], 28.
Temps de Quick en rapport avec le traitement des malades chirurgicaux par antibiotiques. Reggianini [126], 12.
Tendon bicipital (Transplantation) dans le coude ballant, Carroll [21], 5.
— extenseur digital (Lésions); attelle, Pratt [38], 4.
— poplité (Transplantation) aux condyles. Eggers [38], 10.
Tendons (Transplantation) dans la paralysie radiale, Ferrand [95], 1.
- pour poliomyélite, Reidy [38], 16.
— fléchisseurs (Nécrose ischémique), Drew [7], 19.
Ténovaginite sténosante des loges palmaire et dorsale du poignet, M. Burman [20], 11.
Tératomes testiculaires, Sanseverino [128], 3.
Test de Bolen, Vaughn [17], 3.
— de tolérance à l'héparine dans les états hémorragiques, E. Aubertin [91], 4.
Tests séro-diagnostiques de malignité, Sablik [141], 4.
Testicule dans un cas de féminisation, Nusimovich [161], 9.
— (Actinomycose), Scorer [7], 6.
— (Biopsie), Bur [161], 7.
— (Ectopie); insuffisance spermatique, Villafane [161], 8.
— (Inflammation) chez l'enfant, Lardelli [115], 1.
— (Lésion) par radiations nucléaires, Oakes [77], 6.
— (Tératomes), Sanseverino [128], 3.
— [Mésenchyme] (Tumeurs malignes), G. Galli [126], 16.
Tétanos, Aoustin [79], 9.
— (Immunisation), Westermann [4], 4.
— (Traitement), Labadie [91], 1.
— (— à l'Hôpital naval), Maloberti [160], 28.
— céphalique, de Lavergne [85], 1.
Tétanos splanchnique simulé par anurie, Dérot [178], 9.
Tête (Cancer), Royster [19], 3.
— (Kystes et fistules congénitaux), Beyer [157], 1.
— et cou (Lésions malignes); dissection radicale, Beahrs [155], 2.
Thalamotomie, Hoff [104], 1.
Thalamus [Noyau ventral antérieur] (Destruction chirurgicale), Talairach [177], 2.
Thalamyde contre la douleur post-opératoire anale, Segal [17], 10.
Thèmes anesthésiologiques, Castro d'Almeida [24], 12.
Thiobarbituriques intra-veineux, Bianchi [167], 4.
Thoraco-phréno-laparotomie, Rudier [173], 45.
Thorax (Chirurgie), Scannell [154], 11.
— anesthésie monopulmonaire, Paletto [80], 10.
— — ; exercices respiratoires, Holmes Sellors [24], 3.
— — avec hypotension contrôlée, Langer [69], 1.
— — efocaïne, Nylander [42], 4.
— en entonnoir, Rees-Davies [22], 34.
— — (Correction par greffe costale ostéopériostique), J. E. Dailey [152], 8.
— [Cavité] (Goitre), Matfzicek [14], 5.
— — (Néoformations paucisymptomatiques), Desaive [109], 2.
— — (Plaies), Q. R. Valle [23], 4.
Thrombo-angéite oblitérante, Buerger [150], 1.
Thrombo-embolie en gynécologie, Lucchese [130], 2.
— — (Prévention), Chalier [175], 3.
— après radiothérapie utérine, Zilliacus [42], 1.
— post-opératoire, Neuda [17], 1.
— — (Prévention), Lassner [79], 6.
Thrombophlébite, Lowenberg [22], 3.
— (Aspects chirurgicaux), Suiffet [170], 3.
— (Indications curatives), Guglielmi [11], 8.
— migratoire, North [21], 3.
Thrombose aortique, Crafoord [15], 28.
— artérielle, Mayor [7], 9.
— auriculaire (Commissurotomie, embolectomie aortique), Bloomberg [152], 11.
— cérébrale; artériographie, Pouyanne [82], 1.
— locale (Opération); greffe artérielle, Corbon [143], 4.
veineuse (Indications curatives), Guglielmi [11], 8.
— — mésentérique, Neuda [17], 2.
Thymopathies (Aspects endocrino-chirurgicaux), Luchetti [160], 23.
Thyroïdectomie pour hyperthyroïdisme (Crises consécutives), Baratto [130], 4.
Thyroïdisme [Hyper] (Iode radio-actif); statistique de 5 années, D. E. Clark [152], 12.
— — (Périodes pré- et post-opératoires); crise hyperthyroïdienne, Memerives [160], 19.
Thyroïdite à cellules plasmatiques, Sacca Francesco [125], 1.
Tibia (Fractures compliquées); pénicilline, Florey [7], 14.
— (Pseudarthroses par perte de substance), Drost [4], 19.
Tissu adipeux (Tumeurs), J. Fabre [89], 5.
— aortique [Extrait] pour plaies atones, Sauvé [173], 29.
— conjonctif (Maladie diathésique), Follis [39], 5.
— musculaire (Gelure expérimentale), Pirozynski [18], 12.
— métallique (Implantation) dans les hernies, Preston [22], 14.
Tissus (Lésions); augmentation du fibrinogène du plasma, Hidalgo [21], 2.

Tissus (Réactions aux plasties acryliques), Henrichsen [36], 5.
Tomographie des tumeurs de la région orbitaire, Cl. Gros [82], 3.
Topométrie encéphalique, Delmas [81], 16.
Torticolis (Opération de Mikulicz), R. Finochietto [160], 14.
Trachée (Cancer primitif), Boschdel Marco [169], 1.
Tractus biliaire (Lésions) et lésions hépatiques, Popper [22], 36.
— — (Maladies); histochimie hépatique, Edlund [15], 2.
— digestif (Maladies pariétales); importance des troubles fonctionnels pour leur diagnostic, H. J. Sieloff [73], 5.
— — (Tumeurs polypoïdes); signification radiologique du pédicule, B. R. Young [78], 11.
— gastro-intestinal (Hémorragie); radiodiagnostic précoce, Zamcheck [150], 10.
— (Troubles fonctionnels); anémie, Bethell [53], 3.
— respiratoire supérieur (Tumeurs mixtes salivaires), V. Lambert [119], 1.
— urinaire (Calculs) chez les nègres, Horner [47], 7.
— — (Action de l'hypospadias), Boissonnat [173], 34.
— — (Injections); chimiothérapie, Stenderiep [134], 2.
— — (Tuberculose), Mombaerts [45], 1.
— — — lésions urétérales, Auvray [45], 3.
Traitement de masse (Point de vue chirurgical), Coates [171], 12.
Transfusion de sang, Lundy [155], 5.
— — et taux de prothrombine, Bocchetti [11], 3.
— (Accidents); prévention par novocaïne, Marcucci [126], 14.
— — (Anurie), Dérot [178], 8.
— — (Méthode citratée), Lewinsohn [150], 3.
— (Sonde intra-veineuse plastique), Smith [21], 16.
— intra-artérielle pour shock hémorragique ou traumatique, Wlodarska [132], 10.
— — — (Gangrène), Yee [18], 16.
— intra-carotidienne de sens crânial, Innocenti [12], 12.
— de sang d'urgence (Tableau des donneurs de sang), H. Heist [136], 4.
Traumatismes abdominaux, Gagea [173], 26.
— cérébraux, J. K. Mac Namee [23], 5; Jentzer [140], 1.
crânio-cérébraux, Munro [154], 4.
— exposés, Perricone [33], 3.
hépatiques, Gyorgy [55], 5.
— de jambe, Lapeyre [173], 28.
— testiculaires, Amelio [168], 3.
Traumatologie (Embolie pulmonaire), Manzi [32], 8.
Trichomonas vaginalis, C. Martin [91], 2.
Trichloréthylène anesthésique, Vilenski [50], 3; Lebourg [50], 4.
— en anesthésie infantile, Bourgeois Gavardin [79], 3.
Trompe de Fallope (Cancer primitif), Leahy [44], 14.
— — (Exploration), Sesini [97], 3.
— — (Perméabilité); détermination non opératoire, Rubin [150], 4.
— — (Prolapsus intra-vaginal), Ferraris [43], 2.
Tronc porte (Interruption); perspectives, Leger [173], 6.
Tubarine et barbituriques (Diminution); avantages, Nociti [8], 6.
Tube pour bronchospiromètre, Bergan [15], 20.
— de polyéthylène, A. dos Santos [166], 2.
Tubes de matière plastique pour la circulation, Valade [81], 4.
Tuberculomes et foyers ronds, Santy [68], 1.
Tuberculomes intra-crâniens, Gonzalez-Revilla [67], 1.
Tuberculose chirurgicale infantile en sanatorium (Manifestations pulmonaires), Imbert [27], 2.
costale, Johnson [38], 13.
— externe (Traitement), Armanet [88], 2.
— des gaines tendineuses, Richard [173], 3.
— de la hanche, R. Glynn Thomas [119], 5.
— ostéo-articulaire (Antibiotiques), Van Domslaar [160], 16.
— — (Chimiothérapie), Bosworth [38], 1.
— — (Diagnostic différentiel), Delogu [32], 9.
— — (Streptomycine), Metcalfe [119], 4.
— pulmonaire, J. M. Lemieux [146], 2.
— — (Exérèse), Gucci [13], 7.
— — (Résection), Nuboer [4], 27; Rubin [21], 14; Bickford [57], 3.
— — des gastrectomisés, Marche [83], 1.
— rectale, Gallart-Esquerdo [51], 2.
— rénale, Blystad [135], 1.
— (Streptomycine et P. A. S.), Roscher [15], 47.
— salpingienne (Diagnostic), Romussi [43], 1.
— squelettique (Chimiothérapie), Rössler [100], 1; [100], 4.
— synoviale, Verne [173], 1.
— tibio-tarsienne (Ectomie), Sorrel [173], 38.
— urinaire, Mombaerts [45], 1.
— — (Lésions urétérales), Auvray [45], 3.
— utérine latente (Examen), Roger-Dolemans [40], 1.
Tumeurs (Chimiothérapie), Gallico [125], 3.
— (Cytodiagnostic), Tortora [8], 5.
— à la campagne (Radiologie), Pendergrass [77], 9.
— par agents cancérigènes, Delouys [107], 2.
— bénignes depuis 1938, Ferrando [52], 6.
— de Brenner, Peck [44], 15.
— broncho-pulmonaires rares (4 cas), H. Bonneau [89], 4.
— cæcales, Silvestri [12], 6.
— à cellules géantes, Meyerding [22], 2.
— cérébrales (Diagnostic), Brilmayer [64], 4.
— cervicales, Jackson [22], 10; Bauer [70], 5.
— coxales, Lipscomb [155], 1.
— endobronchiques, Hasche [4], 1.
— épiploïques, Elfving [42], 2.
— fibro-épithéliales, Strömbeck [15], 31.
— gastriques, Th. F. Rose [171], 1.
— du grêle, Reussi [162], 3.
— à histioplaxes, Pélissier [81], 17.
inopérables, Meythaler [100], 5.
— du lobe temporal, H. W. Pia [64], 5.
malignes (Cytodiagnostic), Henning [102], 1.
— testiculaires, G. Galli [126], 16.
— massétérines [Pseudo], Dechaume [50], 1.
— médiastinales, Emory Burnett [19], 8; Rosa Falcao [133], 4; Razemon [173], 25.
— mélaniques chez l'enfant, Crocquefer [50], 5.
— mixtes, Bablick [70], 4.
— — gastriques, Mooy [167], 5.
— — salivaires, V. Lambert [119], 1.
— utérines, Chesky [17], 17.
— nerveuses, Calvo [116], 4.
— de la région orbitaire, Cl. Gros [82], 3.
— ovariennes, Rouchy [40], 2.
— parotidiennes, Perzik [22], 9.
— polypoïdes, B. R. Young [78], 11.
— intestinales, Camp [18], 19.
pulmonaires, G. Tori [126], 6.
rénales, Kremser [73], 9.
sacro-coccygiennes, Chigot [173], 21.
des séreuses, Pélissier [81], 17.
temporales, Heppner [105], 2.
du tissu adipeux, J. Fabre [89], 5.
— de granulation, Klier [4], 2.
— xanthomateuses, Pavlansky [14], 6.
— ventriculaires, Palma [170], 1.
— vésicales, Masina [46], 5.

U

Ulcérations duodénales géantes bénignes, J. F. Hamel [147], 5.
— dans l'œsophagite peptique, E. Samuel [172], 3.
Ulcères coliques non spécifiques, Eagleson [147], 4.
— duodénaux, Hurle Velasco [51], 3.
— — (Chirurgie comparée), H. M. Pollard [152], 17.
— — (Chirurgie, radiothérapie), Brown [117], 3.
— — (Hémorragie), Carreras [169], 6.
— — (Perforation), H. de Franca [168], 4.
— — — après repas baryté, de Fonseka [117], 9.
— — perforés, E. B. Tovee [159], 1.
— gastro-duodénaux chez l'homme âgé, Kaare Schanke [15], 49.
— — (Folliculinothérapie), H. Lux [92], 1.
— — (Résultats éloignés), Maratka [141], 3.
— — (Syndromes hémorragiques et fonctions hépatiques), de Franchis [126], 7.
— — perforés (Histamine fissuraire), Reggianini [126], 3.
— — — (Traitement palliatif), Wallensten [15], 23.
— gastro-intestinaux familiaux, Chauvenet [91], 3.
— de jambe (Étiologie), Pluss [176], 1.
— — et ictère hémolytique, Bourggraff [176], 4.
— — (Infiltration anesthésique périfémorale), Wisniewski [132], 5.
— — sur plaque d'atrophie blanche, van der Molen [176], 5.
— — chroniques, S. S. Rose [121], 1.
— peptiques après gastrectomie, Gordet [81], 21.
— — perforés, Krieger-Lassen [20], 3; Glenn [20], 17.
— trophiques professionnels du tabes, Silver [118], 4.
Ulcus duodénal (Problème), Gregory Connell [22], 24.
— gastrique (Rôle de Jedlicka), David [14], 7.
Uretère (Anastomose colique), Jacobs [46], 1; Parsons [46], 2; Daniel [46], 4.
— (— intestinale); déséquilibre électrolytique, Berglin [15], 34.
— (Calculose); chirurgie, Petkovic [144], 2.
— (Cancer primitif), Howet [45], 4.
— (Dilatation chronique); discussion, S. Poole-Wilson [119], 2.
— (Diverticules), Barbey [138], 1.
— (Ectopie), Eckerbom [76], 6.
— (Lésions) dans la tuberculose urinaire, Auvray [45], 3.
— (Néoplasme bénin), Guerreiro de Faria [165], 1.
— (Rupture sous-cutanée), Gentil-Martins [133], 2.
— (Transplantation) chez le chien, Lennox [46], 3.
Urétérite kystique, Wershub [22], 5.
Urétéro-lithotomie (Résultats éloignés, par rapport au siège du calcul), de Franchis [126], 5.
— — — — avec la durée pré-opératoire des souffrances urinaires), de Franchis [126], 11.
Urétéro-pyélostomie croisée, Tirone [9], 4; Gamba [9], 5.
Urèthre (Petits calculs), Torra Huberti [111], 1.
— (Condylomes acuminés), Morrow [47], 15.
— (Rupture); résultats, Petrovic [22], 15.
Urines (Dérivation unilatérale physiologique), Gamba [9], 5.
— (Substances colorantes phosphorescentes); détection dans le cancer, Becker [4], 15.
Utérus (Cancer); diagnostic, Scheffey [19], 12.
— — frottis endométriaux, Hecht [149], 1.
— — orientation moderne du traitement, Morosi [12], 7.
— (Fibrome); hormonothérapie, Moricard [97], 2.
— — nécrose après radiothérapie, Douay [175], 5.
— (Hémorragie bénigne); radiumthérapie, Montgomery [44], 4.
— (Insufflation d'oxygène); pneumopéritoine, Rubin [150], 4.
— (Lésions bénignes); hystérectomie, Britto Pereira [24], 16.
— (Lipome), Zahor [141], 6.
— (Tuberculose latente); dangers de l'exploration, Roger-Dolemans [40], 1.
— (Tumeur mixte), Chesky [17], 17.
— [Col] (Cancer), Antoine [70], 1.
— — — causes de la mort, Morton [44], 3.
— — — radiothérapie, Dyroff [100], 2.
— — — curiethérapie, Fletcher [78], 14.
— — — résultats des différentes méthodes curiethérapiques [1921-1947], Bonebrake [78], 13.
— — — radio-radium-chirurgie, Van Bouridijk Bastiaanse [122], 3.
— — — *in situ*); récidive après ectomie totale, Graham [44], 10.
— — (Épithelioma *in situ*); diagnostic précoce, Firket [5], 9; Mayer [5], 10.
— [Corps] (Cancer); chirurgie et méthodes d'irradiation comparées, Leucutia [78], 8.
— — (Carcinome), Waterman [44], 6.
— [Portion intra-vaginale] (Papillome), Wolf [41], 1.

V

Vagin (Biologie), Nylicek [142], 6.
— (Écoulement); étiologie, Donald [118], 1.
— (Sécrétions); coloration, Lencioni [161], 10.
Vaginite à trichomonas, C. Martin [91], 2.
Vagotomie et gastrectomie combinées, Ch. W. Howe [20], 8.
— — gastrectomie sub-totale comparée dans l'ulcère duodénal, H. M. Pollard [152], 17.
Vaisseaux (Complications) du diabète, Guild [39], 6.
— (Physiopathologie), Fumagalli [32], 4.
— de la capsule de Glisson (Étude sur les), J. Stahle [137], 1.
— cérébraux (Pathologie), Salotti [13], 3.
— gastro-duodénaux, Dubas [2], 3.
— du membre inférieur (Affections); sympathectomie, Glasser [22], 19.
— périphériques (Chirurgie), Akel [16], 2.
— — (Maladie); sympathectomie, Hendrick [22], 27.
— pulmonaires (Dispositifs de blocage) après pneumotomie, Bariatti [9], 2.
Valvules cardiaques (Lésions acquises); chirurgie, Luisada [124], 2.
— — (Sténose); calcul de la surface d'ouverture, Bayer [59], 1.
— mitrales (Chirurgie), P. Bailey [19], 18; Jordan [21], 6.
— — (Rétrécissement); indications chirurgicales, Coelho [61], 6.
— — — commissurotomie, Stas [60], 1.
— — — tomie, Routier [84], 1.
Valvulotomie mitrale (Anesthésie en), de Azevedo [133], 3.
Varices gastriques, Marks [158], 4.
— œsophagiennes, Palmer [55], 2.
Varicocèle, Higginson [167], 1.
Vascularisation de l'uretère transplanté, Lennox [46], 3; Daniel [46], 4.
Veine cave (Ligature) pour cardiopathie, Donzelot [58], 1.
— — (Radiographie); son importance dans les tumeurs rénales, K. Kremser [73], 9.

MASSON et Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS-VIe

LES ASPECTS NEUROLOGIQUES DES MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE LA CHARNIÈRE CRANIO-RACHIDIENNE

par

Raymond GARCIN
Professeur à la Faculté.
Médecin de la Salpétrière.

Doros ŒCONOMOS
Ancien Interne des Hôpiiaux de Paris.
Chef de Clinique Neuro-Chirurgicale.

Un volume de 206 pages, avec 94 figures . . . . . 2.100 fr.

MAUX DE TÊTE ET NÉVRALGIES

DOULEURS CRANIO-FACIALES

par

Jean-N. TAPTAS
(*Istanbul*)
Ancien Chef de Clinique Neuro-Chirurgicale à la Faculté de Paris.
Professeur agrégé des Facultés de Médecine de France.

Un volume de 230 pages. . . . . 1.250 fr.

Veine cave inférieure (Absence), Stackelberg [61], 4.
— — (Ligature) pour cardiopathie, Wiringer [5], 2; [5], 7.
— — — — résultat éloigné, Welti [173], 39.
— — expérimentation, Rossi [11], 2.
— — (— expérimentale); son action chez la lapine gravide, Confalonieri [126], 13.
— — supérieure (Obstruction durant depuis 25 ans), L. B. Rose [152], 7.
— porte (Artérialisation); influence sur les hépatopathies, Bariatti [11], 9.
— — (Interruption du courant veineux), Poilleux [173], 10.
— — (Ligature), Soupault [173], 17.
— — (Résection), Mc Dermott [18], 15.
Veines jugulaires internes (Ablations); pression du liquide C. S., Schweizer [18], 5.
— mésentériques (Occlusion) par thrombophlébite, North [21]. 3.
— superficielles du membre inférieur (Thrombophlébite), Lowenberg [22], 3.
Ventricules cérébraux [IIIe] (Tumeur); étude anatomo-clinique et chirurgicale, E. C. Palma [170], 1.
Vertèbres [Corps] (Déformation) dans le crétinisme, Evans [39], 4.
— cervicales (Chordome), Daland [154], 17.
— costales (Échinococcose), Aubry [95], 2.
— lombaires (Ostéomyélite à « Escherichia coli »), Herfort [152], 1.
Vésicule biliaire calculeuse (Perforation), Concilio [168], 5.
— — (Évacuation); radiologie, Lopez Pontes [164], 1.
— — (Fistules internes), Volicer [141], 1.
Vésicule biliaire (Ombre radiologique), Carrere [160], 1.
— — (Pathologie); radiologie, Abreu Campanario [167], 7.
— — (Sarcome), Raffauf [4], 23.
— — (Situation anormale), Montenegro [56], 4.
Vessie (Incontinence); retour opératoire, Pröscher [4], 25.
— (Malacoplasie), Bleisch [72], 1.
— (Néoplasmes), Beer [150], 2.
— (Suspension utérine), Coiquaud [97], 4.
— (Tumeurs); altérations de la muqueuse, Masina [46], 5.
— (— fibro-épithéliales), Strömbeck [15], 31.
— [Méga], Marcel [81], 18.
— médullaire, Lopez-Porrua [113], 3.
Viscères (Anastomose en manche), Behrend [22], 16.
— (Cancer); chirurgie actuelle, Holst [15], 39.
Voie biliaire commune (Absence congénitale), Durell [117], 7.
— — — (Myoblastome à cellules granuleuses), R. P. Coggins [72], 2.
Voies biliaires (Chirurgie); tendances, Mc Neill Love [7], 4.
— — (Dyskinésies) avec stase, Li Voti [8], 4.
— — (— post-opératoire), Kjærgaard [15], 29.
— — (Lithiase); thérapeutique, Arianoff [107], 1.
— — (Occlusion) par carcinome, Waddell [154], 18.
— — (Opérations); troubles post-opératoires, Anger [100], 7.
urinaires (Lithiase d'immobilisation), G. H. Fallet [82], 12.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

JANVIER 1953

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 179.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. **69**, n° 1, Janvier 1953. — **Marcel Roux, E. Bernier, R. Le Canuet et J. Garret.** Anatomie radiologique des voies biliaires intra-hépatiques (1). — **Eugène Blum et L. Fruhling.** L'endométriose rénale; nouvelle entité anatomo-clinique, symptômes et pathogénie; à propos de 2 cas personnels (2). [1]

Lyon Chirurgical, t. **48**, n° 1, Janvier 1953. — **H. Welti.** La sternotomie médiane haute dans le traitement des tumeurs du médiastin (1). — **J. Cibert.** Les résultats du traitement non chirurgical de la tuberculose génitale (2). — **C. P. Boyan et A. Brunschwig.** L'anasthésie sous hypotension dans la chirurgie radicale des cancers avancés (3). — **F. Albert.** Des sciatiques chirurgicales; l'hypertrophie du ligament jaune (4). — **P. Mallet-Guy et J. Descotes.** Indications et résultats des opérations de vagotomie dans les syndromes d'hypertonie du sphincter d'Oddi (5). [2]

Marseille Chirurgical, an. **4**, n° 3, Mai-Juin 1952. — **F. Villemin, R. Dufour, A. Rigaud et A. Gouazé.** De l'influence des types morphologiques humains sur la disposition anatomo-chirurgicale des pédicules pulmonaires (1). — **P. Moiroud.** Ulcère de la petite courbure et duodénum (2). — **J. Dor.** L'intérêt de l'aspiration intestinale per-opératoire au cours de l'occlusion intestinale aiguë du grêle (3). [3]

Der Chirurg (BERLIN), an. **24**, fasc. 1, Janvier 1953. — **K. E. Loose.** Qu'apporte la cholangiographie dans la maladie calculeuse des voies biliaires (1). — **H. Franke et P. Ganz.** Diagnostic et traitement du goitre endothoracique (2). — **E. Wilhelm.** Goitres du médiastin postérieur (3). — **K. Liebschner.** La valeur diagnostique du pneumopéritoine (4). — **C. v. Haller.** Constitution, âge et sexe en rapport avec la maladie post-traumatique (5). — **G. Glimm.** Résultats de recherches sur l'opération de Bassini modifiée dans les années d'après guerre (6). — **P. Pitzen.** Sur l'enkylose opératoire des grosses articulations de la jambe (7). — **W. Brosic.** L'emploi de l'évacuateur après électrorésection (8). — **A. Bauss.** Expériences de narcose endotrachéale avec curare dans un hôpital moyen (9). [4]

Monatschrift für Unfallheilkunde (BERLIN), an. **56**, fasc. 1, Janvier 1953. — **H. Detzel.** Luxation traumatique de hanche avec fracture du fémur; suite accidentelle rare (1). — **A. Titze.** Les blocages sympathiques en chirurgie des accidents (2). — **K. Blanke.** La question de la production de la myosite ossifiante traumatique (3). — **H. G. Schaefer.** Le traitement des luxations du scaphoïde du pied (4). [5]

Zentralblatt für Chirurgie (LEIPZIG), an. **77**, n° 52, 1952. — **W. Voss.** Narcose au protoxyde d'azote avec curare, sans intubation ? (1). — **H. Matthes.** Expériences avec l'emploi du tricuran en tant que relaxant musculaire dans la narcose à circuit fermé (2). — **R. v. Ondarza** [6]

[6] et **G. Wichmann.** Traitement des spasmes du tétanos avec My 301 (Ether glyciné du gaïacol) (3). — **C. Hammesfahr.** Observation à propos du travail de G. Winter. Les troubles post-opératoires et réflexes de la diurèse (4).

An. 78, n° 1, 1953. — **F. J. Götzen** et **H. Boeminghaus.** Sur l'ostéite du pubis (5). — **W. Lembeke.** L'énervation de la capsule articulaire dans le traitement de l'arthrose déformante (6). — **G. Bertale.** Sur la pseudarthrose de la malléole interne (7). — **W. Förster.** Embolie graisseuse rare de la petite et de la grande circulation (8). — **F. F. Remetel.** Le traitement des infections gazeuses par blocage avec la solution potassium-hypermanganique (9). — **H. Enzenauer.** Attelles pour la fixation convenable du bras pendant le goutte à goutte à demeure (10).

N° 2, 1953. — **J. Jungbluth.** Hémorragies post-opératoires en chirurgie gastrique; leurs causes et leur prophylaxie (11). — **W. Geisthövel** et **B. Schwob.** Rapports de l'ostéomyélite hématogène et les traumatismes osseux sans acuité (11). — **E. Hienzsch.** Usures consécutives à la pression et pouvant être prises pour des kystes de l'os (13). — **U. Ritter.** Diagnostic différentiel des chondromes chez l'enfant de bas âge (14). — **W. Gaertner.** Effets nuisibles à la santé de la transfusion chez un donneur (15). — **W. Scheibe.** L'eczéma des chirurgiens tout particulièrement par sensibilité à la novocaïne (16).

[7] **British Journal of Plastic Surgery** (EDINBURG), vol. 5, n° 4, Janvier 1953. — **W. J. Dempster** Rapports des antigènes de la peau et des reins chez le chien (1). — **M. F. A. Woodruff** et **T. M. Allan.** Groupes sanguins et problème des homéo-greffes (2). — **J. Collier.** Réanimation dans la paralysie faciale (3). — **R. J. V. Battle.** Technique pour la réanimation de la face après paralysie de la VII[e] paire (4). — **D. N. Matthews.** Réanimation dans la paralysie faciale (5). — **P. Clarkson.** Réanimation de la face dans la paralysie du nerf facial (6). — **A. J. Evans.** Traitement précoce des brûlés dans un centre régional de chirurgie plastique; 100 cas traités par la mise à nu (7). — **D. G. Taylor.** Traitement des brûlures chez les enfants par la méthode de la « mise à nu » (8). — **J. Penn.** Utilisation d'appareils dans le traitement des brûlures extensives des jambes (9). — **J. S. Calnan.** Les mouvements du voile du palais (10).

[8] **Archivum Chirurgicum Neerlandicum** (ARNHEM), vol. 4, fasc. 4, 1952. — **Th. Winship, B. Godwin** et **Elisabeth van Creveld.** Les tumeurs du glomus jugulaire (1). — **P. J. Kuyjer.** La dissémination du cancer gastrique sur les lignes de section (2). — **J. Ten Kate.** Diverticule congénital de l'œsophage (3). — **A. S. Sluis.** Quelques méthodes thérapeutiques dans le cancer primitif du sein, résultats de la combinaison chirurgie-radiothérapie (4). — **H. L. M. Van der Hoff.** Statistique sur 4 485 cas opérés d'appendicite aiguë (5). — **J. F. Nuboer.** Gastrectomie totale (6). — **L. A. Boeré.** Celocurin; un relaxant musculaire d'action ultra-courte (7). — **E. J. Morys** et **A. Van der Valk.** Aortographie (8).

[9] **Giornale Italiano di Chirurgia** (NAPLES), vol. 8, n° 11, Novembre 1952. — **A. V. Tritto.** Sur les indications controversées de la thérapie de la pancréatite stéato-nécrotique (1). — **L. Savino.** Le phénomène de Shwartzmann-Sanarelli dans l'appendicite humaine (2). — **F. Arienzo.** Les tumeurs du massif folliculaire (3). — **C. Murolo** et **Fr. Claudio.** Effets des ultrasons sur les processus de réparation des fractures (4).

[10] **Minerva Chirurgica** (TURIN), n° 24, 31 Décembre 1952. — **A. M. Dogliotti** et **G. Guglielmini.** Les applications de l'angiostat à 3 branches en chirurgie cardio-vasculaire (1). — **E. Nicodemi.** Les résultats de la thoracoplastie partielle avec ablation des 3 premières côtes (2). — **M. Battezzati** et **Binda.** Le traitement des varices par ligatures multiples transcutanées et injections sclérosantes, avec ablation de la partie haute de la grande saphène (3). — **M. Battezzati, C. Taddei** et **L. Ramoino.** Le cytochrome C dans la réanimation (4). — **G. D'Amico.** Réactions histologiques au collafil, au péhafil et au tantalium (5). — **L. Schwarz.** La plastie de l'anneau inguinal dans la cure des hernies indirectes (6).

[11] **Polski Przeglad Chirurgiczny** (KREKOW), t. 24, n° 6, 1952. — **St. Wiernicka.** L'analyse des causes de la mort des enfants dans la 1[re] année de leur vie dans le Service de Pédiatrie de l'Académie Médicale de Varsovie (1). — **St. Ziemnowicz.** Technique nouvelle de suture nerveuse partielle avec guérison d'un nerf crural atteint de blessure de guerre (2). — **T. Kostek.** Sur l'application du lambeau bipédiculé d'après Filatoff dans les cas de maladies de l'appareil moteur (3). — **A. Alichniewicz.** Deux cas de carcinome du jéjunum (4). — **G. Swiderski.** Sur le problème de la douleur appendiculaire sans appendicite (5). — **Wl. Sznajder** et **A. Marek.** Un cas de synoviome malin (6). — **J. Niklubowicz** et **Kwiecinski.** Le traitement chirurgical de la stase veineuse portale (7). — **W. Rudowski.** Lymphosarcome du rectum (8). — **F. Sieradzki.** Le problème du cryptorchidisme et de son traitement (9).

[12] **The American Journal of Surgery** (NEW YORK), vol. 85, n° 1, Janvier 1953. — **R. F. Looker, W. P. Callahan** et **F. E. Barry.** Dysgerminome ovarien (1). — **C. J. Schein** et **J. S. Krakauer.** Occlusion intestinale dans un cas de carcinome ovarien avancé (2). — **L. Breidenbach, N. J. Saltz** et **H. Soroff.** Indications chirurgicales dans les hémorragies massives des « peptic ulcer » (3). — **G. Blinick** et **S. A Kaufman.** Le traitement des leucorrhées en clientèle (4). — **R. H. Burnikel** et **H. C. Sprecher.** Valeur de l'examen procto-sigmoïdoscopique dans le traitement de l'occlusion intestinale (5). — **P. C. Morton** et **R. W. Fraser.** Carcinoïde du rectum. Trois cas (6). — **J. J. Carucci.** Occlusion des vaisseaux mésentériques (7). — **S. G. Castigliano** et **C. J. Rominger.** Réaction défavorable à l'emploi de la streptokinase et de la streptodornase dans les ulcérations indolores après applications des rayons (8). — **F. W. O'Brien.** Aspects de la radiothérapie à voltage élevé (9). — **F. P. Ferrer** et **Th. H. Mc Gavack.** Relations entre le déséquilibre gonadique et les affections thyroïdiennes (10). — **H. Sneierson.** Syndrome non tropical, genre sprue, causé par une poche dilatée après anastomose bout-à-bout (11). — **F. D. Conole.** Abord transduodénal dans la chirurgie du canal biliaire (12). — **E. F. Mc Laughlin.** Hernie crurale (13). — **G. Kenneth Lewis.** Pertes de substance osseuse de la tête réparées à l'aide d'os spongieux (14). — **V. Levitsky.** Transplantation des uretères dans l'ampoule rectale isolée après cystectomie totale (15). — **C. K. Owen, J. J. Owen, W. F. Sergent** et **J.W. Mc Gowan.** L'aiguille spinale n° 26 pour la prévention de la céphalée spinale (16).

— **J. B. Erich** et **D. S. Johnsen.** Kyste dermoïde congénital (17). — **J. J. Yarvis.** Abcès hépatique solitaire à pyogènes (18). — **H. L. Popper.** Ligature de l'artère hépatique par accident (19). — **C. M. Kemper, J. W. Grossman** et **J. E. Musgrove.** Hernie interstitielle et hernie à travers le tendon conjoint (20). — **N. L. Freund.** Anneaux à coulisse; une méthode récente pour les mesures sigmoïdoscopiques (21). — **Ph. Thorek.** Ciseaux à pointe émoussée (22). — **W. P. Kleitsch.** Une pince à agrafes modifiée (23). [12]

Annals of Surgery (PHILADELPHIE), vol. 137, n° 1, Janvier 1953. — **E. D. Churchill.** La base architecturale de la ventilation pulmonaire (1). — **G. C. Freeman.** Le traitement chirurgical du lymphangiome kystique massif (2). — **El. Campbell** et **C. W. Burklund.** Les anévrysmes de l'artère cérébrale moyenne (3). — **R. Baker.** Sur la prévention du cancer en urologie; 1° la prostate (4). — **F. W. Klinge** et **E. M. Bricker.** L'évacuation chez l'homme, de l'urine au moyen de segments d'iléon (5). — **E. G. M. Krieg.** Anatomie et physiologie de la région inguinale en présence de hernie; observations opératoires sur 224 cas (6). — **H. C. Hull** et **J. B. Ganey.** La voie d'approche à la hernie crurale (7). — **L. T. Palumbo, Ll. F. Quirin** et **R. W. Conkling.** Sympathectomie lombaire pour artério-sclérose périphérique (8). — **Wn. V. Mc Donnell** et **J. E. Mc Closkey.** Ulcères peptiques aigus, complication chirurgicale (9). — **J. H. Forsee** et **P. E. Klinger.** Lobectomie pour bronchectasie (10). — **A. R. Koontz, W. S. Coxe.** L'effet du réseau de tantale implanté, sur la croissance d'individus jeunes (11). — **L. Littman.** Chordome sacro-coccygien; revue et addition de 3 cas nouveaux (12). — **F. G. Kergin.** Obstruction de l'œsophage due à un paraffinome du médiastin; reconstruction par greffe colique intrathoracique (13). — **E. J. Jahnke, S. F. Seeley, E. D. Palmier.** La valeur de la ligature des artères splénique et hépatique pour hypertension portale; un cas (14). — **G. A. Olander** et **A. F. Reimann.** Hémorragie splénique intermittente post-traumatique; un cas (15). — **J. S. Berger, J. H. Forsee** et **J. N. Furst.** Anévrysme artériel splénique (16). — **W. H. Kastl.** Rupture traumatique de l'aorte thoracique; un cas (17). — **E. S. Hurwitt** et **B. Seidenberg.** Rupture du cœur au cours du massage cardiaque (18). — **J. A. Sterling** et **R. Goldsmith.** Lésions de l'ouraque apparues chez l'adulte (19). — **I. Teicher, L. M. Karlitz** et **G. W. Shaftan.** Complications d'une colostomie donnant de l'urine après éviscération pelvienne, corrigée par séparation des courants fécal et urinaire; un cas (20). — **Genest de l'Arbre.** Abcès multiples du foie; un cas guéri et suivi avec cholangiogrammes (21). — **N. H. Bigelow** et **Th. S. Walsh.** Cancer métastatique de la mâchoire (22). — **S. Feitelberg, R. A. Nabatoff** et **A. S. W. Toureff.** Appareil pour mesurer l'élasticité des vaisseaux sanguins (23). [13]

Archives of Surgery (CHICAGO), vol. 65, n° 6, Décembre 1952. — **J. M. Zubiran.** Le peptic ulcer dans le syndrome du stress surrénal (1). — **E. S. Brintmall.** Le traitement chirurgical du prolapsus rectal complet (2). — **C. B. Rabin, I. J. Selikoff** et **R. Kramer.** La biopsie dans la région de la carina pour l'appréciation de l'opérabilité du cancer du poumon (3). — **D. Riessner.** La méthode chirurgicale dans les tumeurs de la glande parotide (4). — **H. E. Bacon, E. J. Lowell Jr., E. E. Aegerter** et **H. D. Trimpi.** Papillome bénin du péritoine (5). — **M. W. Durham.** L'empaquetage abdominal au poly-éthylène (6). — **M. David Baxter** et **R. T. Shackelford.** La hernie du poumon; méthode de réparation avec un réseau de tantale (7). — **G. T. Pack, N. Lenson** et **D. M. Gerber.** La distribution régionale des moles et des mélanomes (8). — **Ben Eiseman** et **H. E. Stephenson Jr.** Résines échangeuses d'ions adjuvants du traitement des fistules de la partie haute de l'intestin (9). — **H. I. Miller.** Incision divisant le sternum en chirurgie de l'abdomen supérieur (10). — **J. M. Beal, G. L. Scholnick** et **G. A. Stevens.** La présence d'un cancer non soupçonné dans la maladie thyroïdienne se produisant dans une région où elle n'est pas endémique (11). — **H. Laufman, W. E. Furr Jr., R. L. Craig** et **V. Bernhard.** L'occlusion partielle de la veine porte dans les ascites expérimentales (12). — **J. W. Schwartz, Cl. B. Hewitt** et **Th. E. Gibson.** Hydronéphrose; la valeur de la pyéloplastie dans le traitement des obstructions urétéro-pelviennes (13). — **G. Ferguson.** Lymphadénite mésentérique aspecifique aiguë (14). — **B. R. Roe.** Hémorragie massive d'un hépatome malin (15). — **E. F. Berman.** Prothèse plastique pour œsophage réséqué (16). — **A. A. Thurlow Jr., R. L. Rapport** et **G. M. Curtis.** Anévrysme abdominal entouré d'une éponge de polyvinyl mise en forme (17). — **R. J. Simpson.** Corps étranger d'origine embolique du ventricule cardiaque droit; ablation avec succès (18). — **A. Hurwitz, R. Gesner.** Kyste pancréatique; cause rare d'hypersplénome (19). — **A. A. Gage** et **J. D. Mac Callum.** Colite régionale limitée au côlon sigmoïde (20). — **C. A. Dohse** et **R. C. Ross.** Peptic ulcer et sarcome à cellules réticulaires de l'estomac coexistants (21). [14]

The Journal of the International College of Surgeons (CHICAGO), vol. 18, n° 6, Décembre 1952. — **G. Marcozzi.** Technique iconographique originale pour films artériographiques avec aspect sous les 3 dimensions (1). — **A. Lee Mc Gregor.** Hémorragie mortelle d'un canal biliaire (2). — **A. Jentzer.** Oblitération complète d'une artère par obstruction spasmodique; vérification opératoire (3). — **E. Forti, L. Rognone, A. Luzzatto.** Démonstration expérimentale d'une anti-amylase chez le chien (4). — **P. F. Doege.** Le diagnostic précoce du cancer du col (5). — **B. N. Balkrishna Rao.** Psychochirurgie (6). — **V. Pettinari.** La position du chirurgien à gauche de l'opéré et technique de la cholécystectomie (7). — **R. Martinetto.** Le blocage du splanchnique comme adjuvant dans l'intubation intestinale (8). — **S. H. Babington.** La prévention des complications pulmonaires en chirurgie abdominale (9). — **F. E. Leffingwell** et **Chanceford A. Mounce.** Le travail en équipe dans l'anesthésie du malade cardiaque (10). — **M. B. Jorgensen.** Blocage anesthésique périphérique en chirurgie générale (11). — **B. Goldman.** Traitement combiné des kystes et fossettes sacro-coccygiennes pilonidales. L'épilation aux rayons X du champ opératoire avant l'excision avec suture primitive (12). — **C. A. Weiss.** Cancer du sein droit et sarcome du sein gauche; intervention de 11 ans; un cas (13). — **H. N. Picard.** Chorio-épithéliome; un cas, revue de l'anatomie pathologique; étiologie, diagnostic et traitement (14). — **P. E. Mc Master, R. Mazet Jr.** et **Ch. G. Hutter.** Prothèse avec coiffe ventouse pour amputation au-dessus du genou (15). — **S. Rosner.** La neuro-chirurgie de l'enfant mentalement déficient (16). — **J. M. Greene, S. L. Turck** et **E. J. Greene.** Rupture par traumatisme non pénétrant du foie (17). — **S. Keats.** La réhabilitation de l'enfant atteint de paralysie cérébrale (18). — **J. F. Montague.** Les hémorroïdes; un problème gériatrique de tout âge (19). [15]

[16] **Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology** (PORTLAND-OREGON), vol. **61**, n° 1, Janvier 1953. — **J. R. Hand.** Anastomose urétéro-intestinale (1). — **C. F. Dixon** et **Cl. F. Pitchford Jr.** Longévité et cancer (2). — **J. C. Gold** et **F. E. Emery.** Le relâchement de la symphyse pubienne chez le singe (3). — **G. F. Norman** et **A. May.** La colostomie anale dans l'excision du rectum et du recto-sigmoïde (4). — **J. Howard Varney, J. K. Coker** et **J. J. Cawley.** Le traitement de l'oignon du gros orteil par l'ostéotomie de Greenstick de la base ou métatarsien (5). — **K. Rodahl.** Le « Spekk Finger » ; une infection grave du doigt observée chez les marins des mers arctiques (6).

[17] **Boletines de la Sociedad de Chirurgia de Rosario**, vol. 19, n° 3-4, Juin-Juillet 1952. — **Tejerina.** La réparation cutanée du pied (1). — **W. Tejerina Fotheringham.** La clinique des processus pathologiques de l'extrêmité inférieure du cholédoque ; conduite thérapeutique (2). — **C. E. Echesortu.** Sur deux cas de cancer du rein sans signes pyélographiques (3). — **I. Slullitel** et **J. Slullitel.** Hétérogreffes osseuses (4). — **J. Sgrosso.** Ankylose osseuse du genou de position vicieuse ; traitement (5). — **J. Sgrosso.** Transplantation tendineuse dans la paralysie radiale irréversible (6). — **A. G. Albertengo.** Le pied et les problèmes de sa réparation cutanée (7). — **J. S. Dotta** et **T. Delporte.** Kyste hydatique rétro-vésical à symptômes pseudo-prostatiques (8). — **J. Sgrosso.** Fracture ouverte du frontal avec perte de substance encéphalique ; prothèse acrylique (9). — **O. R. Marottoli** et **A. E. Didier.** La transplantation du tendon tibial antérieur dans le pied-bot congénital (10). — **A. L. Fasce.** Péritonite encapsulante (11).

[18] **Boletin de la Sociedad Venezolana de Cirugia** (CARACAS), vol. 5, n° 26, Septembre-Décembre 1951. — **E. Rodriguez.** Tétanie temporaire après thyroïdectomie (1). — **F. Romero Lobo** et **E. Santander.** Construction d'une néo-vessie avec le cæcum et le côlon ascendant et abouchement des uretères dans le même temps chirurgical avec formation d'un urèthre iléal (2). — **M. Perez Carreno** et **E. Rodriguez.** La valeur et l'importance de la chirurgie dans le traitement de l'hypertension artérielle (3). — **F. Arreeaza Pinoni** et **J. Perez Guevara.** Première prostatectomie rétropubienne pratiquée dans l'état d'Anzoategui (4). — **A. Manzanilla.** L'opération des hernies inguinales, méthode de réparation de la paroi postérieure par un treillis de soie ; méthode de Rodney Maingot (5). —

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[19] **Ortopedia e Traumatologia dell'Apparato Motore** (ROME), vol. 20, fasc. 3, Juillet-Septembre 1952. — **M. Morrica.** Considérations sur l'ostéosynthèse des fractures diaphysaires du fémur (1). — **V. Marino.** Ostéosynthèse des fractures de l'avant-bras avec une plaque à trois dimensions selon Marino-Zuco (2). — **A. Santacroce.** Rupture traumatique sous-cutanée du vaste externe suivie d'une parésie du sciatique poplité externe (3). — **F. Rebaudi** et **V. Laugeri.** Traitement de la fracture de la clavicule et des luxations acromio-claviculaires à l'aide d'un fil métallique amovible (4). — **A. Santacroce** et **G. Banfo.** Expériences d'arthroscopie (5).

[20] **La Pediatria** (NAPLES), an. 60, fasc. 11-12, 1952. — **N. Quattrin. M. Marcacci** et **A. Camera.** Contribution à la connaissance des thrombopathies constitutionnelles de l'enfance (1). — **E. Comolli.** Récidive de l'hyperplasie du thymus après irradiation (Discussion et contribution clinique) (2).

[21] **Minerva Ortopedica** (TURIN), an. 3, n° 6, Novembre-Décembre 1952. — **A. H. Diehr.** Sur la contention des fractures de l'humerus par des moyens de contention externes (1). — **A. Borellini** et **C. Camurati.** Contribution à l'étude étio-pathogénique de l'ostéopétrose (2). — **G. Repaci.** Acrocéphalo-syndactylie (3). — **G. Repaci.** L'énervation articulaire du genou dans les états douloureux de la méniscectomie (4). — **A. Manzi.** Résection de l'ischion et de la branche ischio-pubienne pour ostéomyélite selon Milch (5). — **G. Paterno.** Traitement des tuberculoses extra-pulmonaires avec des infiltrations locales de thiosemicarbazone hydrosoluble (6). — **D. Musto.** Sur un cas de rupture traumatique de la rate et du rein gauche (7). — **G. Gila.** Corps étrangers intestinaux (8).

[22] **Minerva Pediatrica** (TURIN), an. 4, n° 23, 15 Décembre 1952. — [*Sociétés.*] **F. Copello** et **A. Ghio.** De l'éventuelle action dangereuse de la pénicilline dans la tuberculose du jeune enfant (1). — **Scarabicchi.** Parésie diaphragmatique gauche isolée, amélioration après stimulation galvanique (2). — **A. Gianelli.** Sur 2 cas de céphalhématome infantile ossifiés (3).

[23] **American Journal of Diseases of Children** (CHICAGO), vol. 84, n° 6, Décembre. — **J. L. Siddoway** et **S. M. Chernish.** Tronc artériel associé à un seul ventricule (1).

[24] **The Journal of Pediatries** (SAINT-LOUIS), vol. 42, n° 1, Janvier 1953. — **H. W. Kuntz.** Une technique pour obtenir des échantillons de sang et pratiquer des transfusions chez les enfants (1). — **S. A. Doxiadis** et **J. L. Emery.** Un cas de cœur à trois oreillettes (2). — **H. L. Barnett, J. Vesterdal.** Signification physiologique et clinique de l'immaturité de la fonction rénale chez les enfants de bas âge (3).

[25] **Cirugia Ortopedica y Traumatologia** (LA HAVANE), vol. 18, n° 2, Avril-Juin 1952. — **A. Feria.** Syndrome cervico-brachial (1). — **E. Bestard y Pividal,** Métatarsus varus congénital (2). — **Radamez Martinez.** Un cas de luxation par rotation unilatérale atloïdo-axoïdienne prouvée radiographiquement avec signes de compression bulbaire (3).

[26] **Archivos de Pediatria del Uruguay** (MONTEVIDEO), an. 23, n° 12, Décembre 1952. — **P. V. Knaibl.** Les traitements des avulsions cutanées étendues chez l'enfant (1).

Gynécologie.

Gynécologie et Obstétrique (Paris), t. 51, n° 5, 1952. — **J. Varangot, V. Nuovo** et **S. Vassy.** Recherches sur le diagnostic des cancers génitaux féminins par les frottis cervico-vaginaux (1). — **N. C. Louros, E. Hadjiemmanuel** et **J. Vassilas.** A propos du syndrome de Demons-Meigs (2). [27]

Gebartshilfe und Frauenheilkunde (Stuttgart), an. 13, fasc. 1, Janvier 1953. — **A. W. Schwenzer.** Prophylaxie et thérapie de la thrombo-embolie (1). — **W. Hinz.** Sur le curettage pratiqué au bon moment dans les troubles hémorragiques fonctionnels, du point de vue de la collaboration du clinicien et de l'histologiste (2). [28]

Obstetricia y Ginecologia Latino-Americanas, an. 10, n° 9, Septembre 1952. — **J. R. Firpo.** Mort de la mère par embolie de liquide amniotique (1). — [*Sociétés.*] **H. Miechi.** Arrhénoblastome de l'ovaire (2). — **J. H. Baro Graf** et **C. A. Morente.** Torsion des annexes avec kyste du parovaire (3). — **A. Goulart de Andrade.** Diagnostic précoce du cancer du col par biopsie systématique et colpocytologie (4). — **P. H. Crauzas.** Absence congénitale de vagin : technique de construction de Brady; un cas (5). [29]

N° 10, Octobre. — **S. D. Provenzano** et **R. E. Gadea.** Fibradenome phyllodes du sein au début (6).

Appareil génito-urinaire.

Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale (Paris), t. 58, nos 9-10, 1952. — **J. Cibert.** Traitement non chirurgical de la tuberculose uro-génitale (1). — **H. Blanchot** et **F. Laporte.** Traitement hormonal des néo-formations prostatiques (2). — **R. Couvelaire, E. Magder, J. R. Debray** et **A. Cros Decam.** Documents sur les sténoses de l'uretère du tuberculeux; radiologie; thérapeutique (3). — **J. Cibert.** Rupture spontanée de l'uretère dans la lithiase urétérale (4). — **A. Esref Gursel.** De 3 cas d'ectopie du rein (5). — **W. A. Moonen.** Maladie du col vésical chez la femme (6). — **L. Durand.** Abcès à staphylocoque doré dans un adénome prostatique (7). — **Aumont.** Application de la voie abdominopérinéale à la cure d'une fistule vésico-vaginale (opération à deux équipes). (8) — **F. Bilger, J. Muller** et **Weibel.** Sur les ruptures et les perforations vésicales (9). [30]

Archivio Italiano di Urologia (Bologne), vol. 26, fasc. 1, 1953. — **P. Fabris.** Hypoplasie rénale et méga-uretère congénital (1). — **E. Lino.** Le comportement du stroma de la surrénale dans l'hypertrophie prostatique adénomateuse (2). — **G. Rosina** et **S. Galdini.** La graphie déférento-épididymaire (3). — **A. Valentino** et **A. Mazza.** Un signe radiologique de l'adénome prostatique : altération particulière de la partie terminale de l'uretère; ses modifications après adénomectomie (4). [31]

The Journal of Urology (Baltimore), vol. 69, n° 1, Janvier 1953. — **C. L. Deming.** Néoplasmes du rein (1). — **W. S. Johnson.** Carcinome d'un rein polykystique (2). — **G. S. Link.** Hématome périrénal bilatéral (3). — **R. G. Bunge.** Propriétés cytodynamiques des néoplasmes urinaires (4). — **Kaminsky, Roth** et **Hess.** Mobilité anormale du rein (5). — **H. W. Scott Jr, Cantrell** et **Bunce.** Le principe de la compression aortique dans le traitement de l'hémorragie après néphrectomie (6). — **D. Albers.** Infection rénale à Monilia (7). — **H. O. Mertz.** Les traumatismes du rein chez l'enfant (8). — **Malament** et **Buntz.** La maladie du tractus urinaire supérieur (9). — **W. N. Taylor.** L'urétérolithotomie lombaire (10). — **A. D. Mitchell** et **Valk.** L'acidose hyperchlorémique des urétérosigmoïdostomies (11). — **Hutchins.** L'obstruction du col vésical chez la femme (12). — **R. G. Carter.** L'obstruction du col vésical (13). — **Ferguson** et **Miller.** Le facteur chaleur comme cause de l'hémoglobinémie dans les résections transuréthrales (14). — **Prinz Jr.** Valve automatique utilisée avec le résectoscope (15). — **D. R. Higbee.** La voie périnéale dans la chirurgie de la prostate (16). — **Waller** et **Hellwig.** Les métastases dans le corps caverneux du cancer prostatique (17). — **C. A. Kuehn** et **Roberts.** Technique opératoire du cancer du pénis (18). — **Ratcliff.** Hydrocelectomie (19). — **Jewett** et **Harris.** Uretère scrotal (20). — **Cope** et **Buhler.** Gangrène du scrotum (21). [32]

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Les Annales d'Oto-Laryngologie (Paris), t. 69, n° 10, 1952. — **P. C. Huet, J. Labayle** et **F. Roth.** Chirurgie exsangue dans les opérations d'exérèse pour tumeurs de la région cervicale et faciale avec anesthésie générale et avec anesthésie locale (1). — **Ombrédanne, Poncet, Porcher** et **Mme Gilles.** Tomographies dans les aplasies d'oreilles (2). — **P. Barbier** et **C. Laville.** Contribution à l'étude expérimentale de l'anesthésie au Penthiobarbital et au Pentaméthonium (3). — [*Sociétés.*] **M. Muler.** Thrombophlébite du sinus caverneux chez un enfant de 3 ans; guérison avec séquelles (4). — **P. Coussieu.** Goitre et trachéotomie (5). — **Piquet, Driessens** et **Clay.** Le granulome malin; inflammation ou néoplasie ulcéreuse ? (6). [33]

Bronchoscopie, Œsophagoscopie et Gastroscopie (Paris), an. 1952, n° 2. — **P. Mounier-Kuhn, Cl. Beraud** et **A. Persillon.** Remarques physio-pathologiques et techniques sur la bronchographie lipiodolée (1). — [*Société.*] **A. Quirin** et **A. Soulas.** Communication œsophago-bronchique dans un cas de sténose par caustique (2). — **F. Fruhling** et **Ch. Wild.** Données anatomo-pathologiques nécropsiques et biopsiques concernant les tumeurs malignes de l'œsophage (3). — **A. Soulas.** Un cas d'œsophagite ulcéreuse; le brachyœsophage et l'incontinence du cardia (4). [34]

Appareil digestif.

[35] **Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la Nutrition** (PARIS), t. 41, n° 11, Novembre 1952. — **Jean Quénu.** 113 colectomies pour cancer du côlon gauche (1). — **O. F. Longo.** Sur la radiologie de l'infarctus de l'intestin (2). — **P. Porcher.** Radiographie des parois gastriques par le double contraste gazeux (3). — **G. Morin.** Technique pratique d'insufflation digestive (4). — **Nemours-Auguste.** Remarques sur l'œsophage court (5).

[36] **Gastroenterologia** (BALE), vol. 79, fasc. 1, Janvier 1953. — **F. Hirschberg.** Le Dumping Syndrome; hypoglycémie et jéjunite (1). — **L. Friedrich.** Sur le prolapsus de la muqueuse gastrique (2). — **Van Eeckhoutte.** Cancer du versant gastrique de la gastro-entérostomie (3).

[37] **Review of Gastroenterology** (NEW YORK), vol. 19, n° 12, Décembre 1952. — **A. Bassler.** La radiothérapie du peptic ulcer (1). — **P. H. Pernworth.** L'anatomie chirurgicale de la hernie inguinale (2). — **J. M. Miller.** Une méthode de gastrostomie utilisant une anse de jéjunum (3).

Vol. 20, n° 1, Janvier 1953. — **E. L. Hecht** et **Cl. Cohen.** La méthode cytologique dans le cancer gastro-intestinal (4). — **J. Shaiken.** Le diagnostic et le traitement du peptic ulcer rebelle (5). — **R. H. Delafield, K. Hellriegel, A. Meza** et **Urteaga.** Volvulus du sigmoïde (6). — **D. C. Geist.** Diverticulité aiguë du cæcum et du côlon ascendant (7).

[38] **Gastro Enterology** (BALTIMORE), vol. 22, n° 4. Décembre 1952. — **W. G. Sauer, P. W. Brown** et **W. H. Dearing.** Expériences de la corticotropine dans l'entérite régionale (2).

[39] **The American Journal of Digestive Diseases** (FORT WAYNE-INDIANA), vol. 20, n° 1, Janvier 1953. — **M. Feldman.** Carcinomes primaires multiples de l'intestin grêle. Revue de la littérature (1). — **H. B. Cates.** Cirrhose alcoolique subaiguë avec hémorragies des varices de l'œsophage. Rapports avec l'hypertension portale et la thérapie (2). — **L. Leger.** Visualisation chirurgicale du canal pancréatique avec des moyens de contraste (3).

Appareil respiratoire.

[40] **Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques** (PARIS), t. 6, n° 6, 1952. — **P. Drutel** et **J. Dechoux.** Un test spirographique de la perméabilité bronchique : le rapport de la capacité pulmonaire utilisable à l'effort avec la capacité vitale (1). — [*Sociétés.*] **P. Santy** et **M. Bérard.** Le traitement chirurgical des bronchectasies (2). — **J. Mathey** et **J. J. Galey.** 120 interventions d'exérèse pulmonaire pour dilatation des bronches (3).

[41] **The Journal of Thoracic Surgery** (SAINT-LOUIS), vol. 24, n° 6, Décembre 1952. — **J. D. Murphy, B. B. Becker** et **H. V. Swindell.** Les complications et les résultats du traitement de la fistule broncho-pleurale consécutive à la résection pour tuberculose (1). — **J. W. Gale, A. R. Curreri, W. P. Young** et **H. A. Dickie.** Prothèse à l'éponge plastique après résection dans la tuberculose pulmonaire (2). — **Viking Olof Björk.** Arrêt de la circulation (3). — **M. E. Peck** et **St. Levin.** L'atélectasie pulmonaire physio-pathologie et traitement (4). — **P. L. Shallenberger, P. Fisher, W. C. Beck** et **Ch. H. De Wan.** Lymphomes simultanés du poumon et de l'estomac (5).

Vol. 25, n° 1, Janvier 1953. — **E. B. Kay.** Le constricteur inférieur de l'œsophage et ses relations avec la maladie de la portion inférieure de l'œsophage (6). — **N. Logan Leven** et **R. L. Varco.** Expériences avec le traitement opératoire de la restauration retardée de la continuité alimentaire chez les enfants ayant été traités par le procédé à temps multiples, pour la correction des pertes de substances trachéo-œsophagiennes congénitales (7). — **H. W. Scott Jr** et **D. B. Sabiston Jr.** Traitement chirurgical pour fistule aortico-pulmonaire congénitale (8). — **R. H. Overholt, J. H. Walker** et **B. Etsten.** Fonction pulmonaire après résections segmentaires multiples pour bronchectasie (9). — **R. P. Glover, Th. J. E. O'Neil, J. S. C. Harris.** et **O. H. Janton.** Indications et résultats de la commissurotomie pour sténose mitrale (10). — **H. B. Larzelere** et **C. P. Bailey.** Instrumentation nouvelle pour la commissurotomie cardiaque valvulaire (11). — **E. J. Zerbini.** Résection pulmonaire dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (12). — **R. S. Alexander** et **M. M. Reydman.** Un moyen d'exploration simple de la fonction pulmonaire à l'aide de l'oxymètre (13). — **J. M. Miller, M. Ginsberg** et **C. P. Scarborough.** Construction réussie d'un œsophage anté-thoracique artificiel (14).

Appareil circulatoire.

[42] **Acta Cardiologica** (BRUXELLES t. 8, fasc. 1, 1953. — [*Supplementum V.*] 1952. — **M. Seger** et **M. Brombart.** L'œsophage en cardiologie (1).

[43] **Angiologia** (BARCELONE), vol 5, n° 1, Janvier-Février 1953. — **A. Valentino, I. Florio** et **I. Peruzzo.** Moyen technique de conserver la circulation sanguine pendant les anastomoses vasculaires (1).

[44] **British Heart Journal** (LONDRES), vol. 15, n° 1, Janvier 1953. — **L. Mac Donald.** Maladie cardiaque ischémique et affection occlusive des artères périphériques (1).

[45] **Cardiologia** (BALE), vol. 22, fasc. 1, 1953. — **W. H. Minder.** Anévrysme congénital de l'artère coronarienne (1).

Système nerveux.

Archives of Neurology and Psychiatry (Chicago), vol 68, n° 6, Décembre 1952. — **H. E. Rosenbaum, F. B. Long Jr, Th. R. Hinchey** et **S. A. Trufant.** Paralysie avec l'anesthésie en selle par blocage en obstétrique (1). — **R. H. Miller, W. Mck Craig** et **J. W. Kernohan.** Tumeurs sus-tentorielles chez l'enfant (2). — **C. Wesley Watson.** L'épilepsie consécutive au traumatisme crânio-cérébral (3). [46]

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

Acta Tuberculosea Belgica (Bruxelles), An. 43, n° 6. Décembre 1952. — **C. Dijkstra.** La résection pulmonaire dans la tuberculose primaire (1). [47]

Arquivo de Patologia (Lisbonne), vol. 24, n° 1, Avril 1952. — **J. Conde.** Chirurgie du cancer des lèvres (1). — **F. Boes de Vasconcellos.** Consolidation osseuse (2). — **G. Gander.** Tumeurs myo-vasculaires, tumeurs glomiques, angiomyomes et hémangiopéricytomes (3). [48]

Acta Tuberculosea Scandinavica (Copenhague), vol. 27, fasc. 3-5, 1952. — **L. van der Drift.** Effets de la lobectomie sur la fonction pulmonaire (1). [49]

Bulletin Algérien de Cancérologie (Alger), an. 5, n° 15, Juillet-Octobre 1952. — **P. Laffargue.** Le cytodiagnostic du cancer (1). — **J. Houel.** Thérapeutique actuelle du cancer du poumon (2). — **J. Séror.** Cancer des os; idées thérapeutiques actuelles (3). — **J. Sitbon.** Le cancer de l'amygdale palatine (4). — **M. Bonafos.** Le cancer du corps de l'utérus (5). — **J. Ducassou.** Cancer de la prostate; thérapeutiques actuelles (6). [50]

The American Review of Tuberculosis (New York), vol. 67, n° 1, Janvier 1953. — **J. W. Strieder** et **E. A. Gaensler.** Le pneumothorax extra-pleural (1). — **J. D. Murphy** et **B. B. Becker.** Sur 102 résections pulmonaires sous protection de la streptomycine (2). — **A. D. Chaves** et **H. Abeles.** Lymphadénopathies transitoires intra-thoraciques non diagnostiquées chez des personnes saines en apparence (3). [51]

Archives of Pathology (Chicago), vol. 54, n° 6, Décembre 1952. — **A. G. Smith** et **A. Zavaleta.** Ostéome; fibrome ossifiant et dysplasie fibreuse des os de la tête et de la face (1). [52]

Archivos Cubanos de Cancerologia vol. 11, n°s 1 à 6, Janvier-Juin 1952. — **Puente Duany.** Le cancer et la race à Cuba (1). — **R. Canizares Verson.** Le traitement chirurgical du cancer du sein (2). — **C. E. Garciga.** Sur la radiothérapie dans le cancer du col utérin (3). — **C. E. Garciga.** Faits de la radiothérapie du cancer du col utérin (4). — **R. G. Rosseau, O. Daumy Amat, L. de Armas Haramboure** et **A. Andial.** Cas de cancers multiples et transposition viscérale (5). — **J. Iglesias de la Torre.** Prostatectomie transuréthrale dans les tumeurs de la prostate (6). [53]

Radiologie.

Radiologia Medica (Turin), vol. 39, n° 1, Janvier 1953. — **N. Macarini** et **F. Perassi.** La dysostose enchondrale polytope (Étude de 2 cas type Morquio) (1). — **L. Ciarpaglini.** Considérations diagnostiques et thérapeutiques sur un cas rare de rhabdomyome rénal (2). — **N. Calvi.** Compte rendu clinique et statistique des carcinomes de la bouche et du pharynx soignés entre 1928-1945. Neuf résultats de la radiothérapie des carcinomes des gencives et des bords alvéolaires (90 cas) (3). [54]

Radiologia Clinica (Bale), vol. 22, n° 1, Janvier 1953. — **H. J. Nidecker.** La pneumarthrographie réglée de l'articulation du genou (1). — **H. R. Renfer.** Le pneumo-péritoine par insufflation pré-sacrée (2). — **A. Ravelli.** Hernie diaphragmatique sous l'apparence d'une pleurite (3). — **A. Ravelli.** Foyer tuberculeux de la voute crânienne (4). — **A. Ravelli.** Exostoses cartilagineuses internes (5). — **H. R. Schinz.** Un cas de mélorhéostose avant et après 20 ans (6). [55]

Acta Radiologica (Stockholm), vol. 38, fasc. 6, Décembre 1952. — **R. Romanus** et **S. Yden.** Discographie dans la spondylite ankylosante (1). — **L. Kjellman.** Un nouvel instrument pour l'urétro-cystographie (2). — **A. Celis** et **J. Kuthy Porter.** Les lymphatiques du thorax. Étude anatomique et radiologique (3). — **L. Billing** et **K. O. Gedda.** Radiologie de la fracture de Bennett (4). — **J. Papillon, R. Violland** et **M. Goyon.** Indications et résultats de la roentgenthérapie du cancer bronchique (5).
[*Supplementum* 97, Stockholm 1952.] **L. Di Guglielmo** et **M. Guttadauro.** Étude radiologique des artères coronaires sur le vivant (6). — [*Supplementum* 98, Stockholm 1952] **S. Kaae.** La radiothérapie dans le cancer du sein; valeur de l'irradiation pré-opératoire comme supplément à la mastectomie radicale; 1 418 cas (7). [56]

The American Journal of Rœntgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine (Springfield), vol. 69, n° 1, Janvier 1953. — **A. Purdy Stout.** Épithélioma intra-muqueux du larynx (Conférence Janeway 1952) (1). — **A. Bruwer** et **J. R. Hodgson.** Occlusion intestinale dans la maladie fibro-cystique du pancréas (2). — **J. A. Evans** et **S. Weintraub.** Tissu pancréatique accessoire dans la paroi de l'estomac (3). — **J. J. Snodgrass.** Duplication transdiaphragmatique du tractus alimentaire (4). — **D. L. Jenkinson** et **L. C. Bate.** Volvulus de l'estomac (5). — **P. A. Riemenschneider, G. D. Hoople, D. Brewer, D. Jones** et **A. Ecker.** Radiodiagnostic des tumeurs du glomus jugulaire (6). — **J. M. Keegan.** Hémangiome médiastinal (7). — **T. L. Fullenlove.** Utéro-salpingographie (8). — **W. G. Scott** et **W. A. Simril.** Moyens radio-opaques récents pour cholécystographie orale (9). [57]

[58] **Radiology** (Detroit, vol. 60, n° 1, Janvier 1953. — **B. S. Epstein.** Raréfaction pariétale coïncidant avec l'ostéoporose post-ménopausique, sénile ou idiopathique (1). — **H. L. Abrams** et **W. A. Wass.** Le diagnostic du volvulus du cæcum (2). — **J. A. Evans** et **F. Delany.** Varices gastriques (3). — **H. Feld** et **R. G. Olivetti.** Ulcus bénin de la grande courbure de l'estomac (4). — **Chr. V. Cimmino.** Hernie du sac mineur par le hiatus de Winslow (5). — **B. B. Gay Jr.** Mise en évidence radiologique d'un diverticule de Meckel invaginé et ayant provoqué une intussusception iléo-cæcale (6). — **Ch. Gottlieb, S. L. Beranbaum** et **R. Hamilton.** Formes radiographiques de l'artérocèle (7). — **J. Gershon-Cohen** et **H. Ingleby.** Carcinome du sein: technique de radiothérapie et critère diagnostiques (8). — **G. H. Fletcher.** Applicateurs cervicaux de radium avec écrans dans la direction de la vessie et du rectum (9).

Anesthésie.

[59] **Giornale Italiano di Anestesiologia** (Turin), an. **18**, fasc. 6, Novembre-Décembre 1952. — **G. Brancadoro.** L'influence de l'anesthésie endo-trachéale sur la fonction cardio-respiratoire (1). — **M. Bogetti, M. Castellano** et **V. Forcheri.** L'emploi de la procaïnamide pour la prévention des troubles cardio-circulatoires dus aux manœuvres opératoires sur le péricarde pariétal (2). — **E. Grandi** et **R. Rizzi.** L'anesthésie endo-trachéale dans la chirurgie réparatrice de la cavité buccale (3). — **L. Marghieri.** Recherches pharmacologiques sur un nouveau curare de synthèse, le 436 I. S. (4). — **L. Borri** et **A. Maiotti.** Les Les anti-émétiques en chirurgie orthopédique (5). — **R. Rizzi** et **C. Ricci.** Sur un nouveau curarisant : le chlorure de succinylcholine (Scoline) (6). — **V. Nociti.** Les modifications cardio-circulatoires en rapport avec les manœuvres de l'intubation trachéale (7). — **A. Vitale.** La procaïne intra-veineuse en chirurgie buccale (8). — **V. Nociti** et **C. Parenti.** Sur la possibilité d'évaluer avant l'opération le pouvoir de recupération de l'appareil circulatoire (9).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

[60] **La Presse Médicale** (Paris), an. 61, n° 1, 3 Janvier 1953. — **E. J. Orbach.** Injections « in situ » d'acétate d'hydrocortisone (composé F), dans le traitement des arthrites et bursites (1).

N° 2, 10 Janvier. — **P. Nogrette.** Anévrysmes artério-veineux pulmonaires (2).

N° 4, 17 Janvier. — **A. G. Weiss, Kœbele, Korsec** et **Mlle Stuber.** Données sur la détermination de la masse sanguine et de ses variations pendant la période opératoire (3). — **Demole, Perret** et **Bahrami.** Les manifestations digestives pures des affections chirurgicales chroniques des reins (4). — **J. Aboulker, Mme Lairy-Bounes** et **Fischgold.** Initiations électro-encéphalographiques; hématome sous-dural (5).

N° 5, 24 Janvier. — **Mlle Claude Martin.** Sur l'hibernation artificielle appliquée au traitement d'un cas très sévère de septico-pyohémie à staphylocoque (6).

N° 6, 28 Janvier. — **M. Delannoy** et **Ribot.** L'utilisation de la trypisine dans le traitement des hémothorax (7). — **P. Mallet-Guy** et **J. Feroldi.** Bases pathologiques expérimentales et cliniques de la splanchnicectomie gauche dans le traitement des pancréatites chroniques récidivantes (8). — **Cl. Olivier, J. Huguier** et **N. Arvay.** Radio-diagnostic des abcès de la grande cavité péritonéale (9). — **A. Bensaude** et **R. Boom.** Tuberculose rectale (10). — **Arnulf** et **P. Buffard.** L'iléite lymphoïde terminale (11). — **F. Françon, Faidherbe, G. Du Lac** et **G. Leblanc.** Le comportement de l'articulation manubrio-sternale dans la spondylarthrite ankylosante (ex-spondylose rhizomélique) (12). — **M. Hochfeld.** Deux cas d'hyperparathyroïdie avec ostéoporose (13). — **Guy Albot, J. Toulet** et **C. Moullart.** Technique pratique de la volumétrie vésiculaire sur les cholécystographies de face et de profil (14).

N° 7, 31 Janvier. — **R. Gueullette.** Sur le mécanisme du collapsus cardio-vasculaire au cours de certaines affections de l'étage supérieur de l'abdomen (15). — **J. Giaja.** Sur la physiologie de l'organisme refroidi (16).

[61] **Gazette des Hôpitaux** (Paris), an. 126, n° 1, 15 Janvier 1953. — **H. Grenet.** De la maladie ostéogénique; exostoses ostéogéniques multiples (1).

[62] **La Semaine des Hôpitaux** (Paris), an. 29, n° 1, 2 Janvier 1953. — **Th. Alajouanine, R. Thurel** et **Hasaerts.** L'artérialisation osseuse des tumeurs intra-rachidiennes (1). — **R. Thurel. J. Pedrono** et **J. Gruner.** Thrombophlébite de la veine de Galien : hémorragies des noyaux gris centraux et de l'épiphyse (3).

N° 2, 6 Janvier. — **A. Baisset, L. Douste-Blazy, P. Montastruc, H. Planel** et **J. Virenque.** Contribution à l'étude expérimentale de l'action des hormones sur la croissance des os longs (4). — **J. Soutot** et **J. Bost.** Étude expérimentale de l'inversion circulatoire cérébrale chez le chien (5).

N° 6, 26 Janvier. — **Pol Le Cœur.** Recherches sur les leviers anatomiques et leurs modifications chirurgicales (6). — **A. Grossiord** et **M. Maury.** La vessie des paraplégiques (7). **Pol le Cœur.** Les transplantations tendineuses chez les poliomyélitiques (8).

N° 7, 30 Janvier. — **C. Benelli, M. Laporte, A. Geyer** et **M. Curet.** Hypertension paroxystique par corticosurrénalome à cellules spongiocytaires de la surrénale gauche (9).

[63] **Annales de Médecine** (Paris), t. 53, n° 8, 1952. — **R. Kourilsky** et **M. Bidermann.** La distribution des ganglions tracheo-bronchique dans la primo-infection tuberculeuse et le cancer broncho-pulmonaire (1).

Le Bulletin Médical (PARIS), an. 67, n° 1, 1er Janvier 1953. — **J. Pecker.** Diagnostic des comas neuro-chirurgicaux non traumatiques (1). — **J. Le Beau** et **Wolinetz.** Les crises nerveuses en neuro-chirurgie (2). [64]

La Revue du Praticien (PARIS), t. 3, n° 1, 1er Janvier 1953. — **Cl. Beclere.** Troubles de la castration (1). [65]

N° 2, 11 Janvier. — **J. Hepp.** Sur l'examen des malades atteints de syndrome abdominal aigu (2). — **H. G. Robert.** Les péritonites aiguës d'origine génitale et les pyosalpinx compliqués (3). — **J. Francillon** et **E. Saubier.** Les hémopéritoines (4). — **G. Cerbonnet.** Les appendicites aiguës atypiques (5). — **J. Loygue.** Diagnostic radiologique et traitement de l'occlusion intestinale aiguë (6).

N° 3, 21 Janvier. — **O. Monod** et **J. Wapler.** Choix d'une intervention chirurgicale chez un tuberculeux pulmonaire (7). — **Brocard** et **Renaud.** Le traitement actuel des abcès du poumon (8).

Lyon Médical, an. 85, n° 2, 11 Janvier. — **M. Ch. Roubier.** Cortico-surrénalome malin à symptomatologie thoracique (1). — [*Sociétés.*] **J. Favre-Gilly, S. Ithier, R. Blanc, M. F. Borel-Milhet, P. Croizat** et **R. Froment.** La médication anticoagulante dans le traitement des accidents veineux post-opératoires (2). [66]

N° 3, 18 Janvier. — [*Sociétés.*] **J. Favre-Gilly, Mlle S. Ithier, M. R. Blanc, Mme Borel-Milhet, P. Croizat** et **R. Froment.** La médication anticoagulante dans le traitement des accidents veineux post-opératoires (3).

N° 4, 25 Janvier. — **Ch. Roubier.** Quelques observations de cancers primitifs multiples chez le même sujet (4). — [*Sociétés.*] **J. Favre-Gilly, S. Ithier, R. Blanc, M. F. Borel-Milhet, P. Croizat** et **R. Froment.** La médication anticoagulante dans la prévention et le traitement des accidents veineux post-opératoires (5). — **P. Santy, G. Guillemin** et **F. Marion.** L'opération de Trendelenburg a-t-elle encore des indications (6).

Journal de Médecine de Lyon, an. 34, n° 793, 20 Janvier 1953. — **Plauchu** et **Pommatau.** Valeur comparée des suspensions cristallines et des implantations de pellets en thérapeutique hormonale (1). [67]

La Revue Lyonnaise de Médecine, an. 2, n° 1, Janvier 1953. — **P. Ravault, H. Fraisse** et **G. Noel.** Syndrome de Cushing au cours d'une tumeur primitive du foie; cholangiome (1). [68]

Le Sud Médical et Chirurgical (MARSEILLE), an. 86, n° 2369, 31 Janvier 1953. — **Caderas de Kerleau** et **P. Izarn.** L'étiologie et la prophylaxie des phlébites du post-partum (1). — **G. Mousset.** Sur 2 cas de sinusite chronique guéris par résection des ovaires sclléro-kystiques folliculiniques (2). — **G. Daniel.** Influence des concepts biophysiques récents sur l'évolution des traitements physiques dans les néoplasmes du col utérin (3). [69]

Montpellier Médical, an. 95, n° 7, Septembre 1952. — **Giraud, Truc, Latour, Lévy, Puech** et **Marchal.** Hypertension artérielle de l'adulte par hyperplasie et hématome surrénaux droits avec anomalie congénitale de l'artère polaire supérieure droite et hydronéphrose, guérison par exérèse d'un rein et d'une surrénale lésés (1). — **Giraud, Latour, Lévy** et **Temple.** Expression hémolytique d'un cancer gastrique (2). [70]

N° 8, Octobre. — **Ed. Mourgue Molines, Vidal** et **Rioux.** Forme pseudo-tumorale de tuberculose traitée par pneumonectomie (3).

Toulouse Médical, an. 54, n° 1, Janvier 1953. — **F. H. Lahey** et **E. C. Bartels.** Usage pré-opératoire des médications antithyroïdiennes (1). — **B. Cattel.** Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdisme (2). — **A. Baudet.** La thyroïdectomie subtotale selon la technique de la Lahey Clinic (3). [71]

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, an. 130, n° 1, Janvier 1953. — **Lafargue, Dufour** et **H. Cabanie.** Peut-on améliorer la gastrostomie (1). — **M. Courbin,** A propos du traitement des thromboses (2). — [*Sociétés.*] **E. Aubertin, J. Dubarry, C. Martin** et **Mlle Misson.** Sur un cas d'hypoglycémie post-prandiale après gastrectomie (3). — **Pujol** et **Cornoet.** Transfusion artérielle radiale de nécessité; complications locales (4). — **Cazeilles, Pujol, Javel** et **Desbonnieres.** Les accidents d'aviation considérés en tant que traumatismes psychiques (5). [72]

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 71, 1, n° 15 Janvier 1953. — **J. Legrand** et **G. Carlier.** Traitement chirurgical des fractures trochantériennes (1). [73]

Écho Medical du Nord (LILLE), t. 23, n° 12, Décembre 1952. — **E. Houcke** et **J. F. Merlen.** Physiopathologie de l'hypertension portale (1). — **J. Vandecasteele.** Le traitement chirurgical de l'hypertension portale chronique par les dérivations porto-caves (2). — **E. Houcke.** La tuberculose de la rate (3). [74]

Strasbourg Médical t. 4, n° 1, Janvier 1953. — **G. Stoll, C. Bollack** et **Raiga.** De différentes techniques de prélèvement en vue du cytodiagnostic et de l'histodiagnostic rapide (1). — **S. Bloch** et **Wackenheim.** Forme rapide de la tularémie (2). [75]

Ouest Médical (PARIS), an. 6, n° 1, 10 Janvier 1953. — **P. Suire.** Thérapeutique liquidienne opératoire (1). [76]

N° 2, 25 Janvier. — **E. Cornet, Fertil, Dupon** et **Duhamel.** La chirurgie d'exérèse en tuberculose pulmonaire. Essai de schématisation provisoire (2). — **R. Forget.** Plastic labiale (3).

Algérie Médicale (ALGER), an. 57, n° 1, Janvier 1953. — **Ch. Sarrouy, F. Gillot, R. Raffi, R. Sabatini** et **L. Buhr.** Syndrome de Klippel Trénaunay (1). — [*Sociétés.*] **Jouanneau, Perdrisot** et **Beltran.** Arthroplasties chez des rhumatisants chroniques grabataires (2). — **P. Morere** et **A. Ribes.** Un cas d'angiomatose bronchique (3). [77]

Allemagne.

[78] **Deutsches Medizinisches Journal** (Berlin), an. 4, fasc. 1 et 2, 15 Janvier 1953. — **R. Wanke.** La chirurgie des tumeurs des organes endocrines (1).

[79] **Münchener Medizinische Wochenschrift,** an. 95, nos 1-2, Janvier 1953. — [*Numéro du Centenaire.*] **K. Gutzeit.** Colonne vertébrale et maladies internes (1). — **H. v. Haberer.** Les opérations vitales, urgentes de la cavité abdominale (2).

N° 2, 9 Janvier. — **H. Kalk.** L'hypertension portale du point de vue opératoire (3). — **H. Leonhardt.** Résultats et enseignements de l'opération de l'appendicite aiguë perforée compte tenu de la thérapeutique sulfamidée combinée (4). — **H. O. Kleine.** La question de la traumatisation des séreuses après application intra-abdominale des poudres sulfamidées (5). — **H. Fuss.** *Nil nocere !* Accidents du blocage du sympathique cervical et lombaire (6).

N° 3, 16 Janvier. — **G. Schaible.** Mastite puerpérale et ses conséquences pour le nourrisson (7). — **H. Kalk.** L'hypertension portale du point de vue opératoire (*suite*) (8).

N° 4, 23 Janvier. — **E. Melchior.** Volvulus sigmoïdien, résection unilatérale et émétine (9). — **H. Kalk.** L'hypertension portale du point de vue de son traitement opératoire (10). — **H. Blümlein.** Diagnostic précoce du carcinome (11).

N° 5, 30 Janvier. — **E. Seifert.** Ne pas nuire : l'opération précoce (12). — **H. Mayr.** La paralysie du trapèze consécutive à l'opération des ganglions lymphatiques tuberculeux du cou (13).

[80] **Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Stuttgart), an. 78, n° 2, 9 Janvier 1953. — **H. Hellner.** L'état actuel du traitement du cancer du rectum (1).

N° 3, 16 Janvier. — **K. Schatter.** Clinique et thérapeutique de l'hyperostose crânienne diffuse (2). — **H. Franke.** Thérapeutique des différentes formes de la cholangéite (3).

N° 5, 30 Janvier. — **P. Cramer.** Expériences avec l'infarctus pulmonaire post-opératoire (4). — **H. Singer.** Protoxyde d'azote en chirurgie infantile (5). — **H. Franke.** Thérapeutique des différentes formes de la cholangéite (6).

[81] **Medizinische Monatsschrift** (Stuttgart), an. 7, n° 1, Janvier 1953. — **B. Bayer** et **K. Merkel.** Tableau clinique de l'hyperostose généralisée héréditaire et idiopathique avec pachydermie (1). — **H. Sandführ.** Notre opinion sur l'étiologie du pied plat valgus inflammatoire avec contracture (2). — **C. Auersanders.** Contribution à la question du traitement des complications veineuses des membres inférieurs (3).

[82] **Zeitschrift für die Gesamte Innera Medizin** (Leipzig), an. 7, n° 23, 1er Décembre 1952. — **E. H. Kühtz.** Intervention chirurgicale dans l'hypertension portale (1).

N° 24, 15 Décembre. — **H. Siering.** Recherches cyto-morphologiques sur des tumeurs ponctionnées (2). — **H. Müller** et **J. Jügens.** Recherches sur les donneurs (3).

An. 8, n° 1, 1er Janvier 1953. — **Wiesner.** Recherches comparatives sur l'utilisation de quelques épreuves fonctionnelles circulatoires en chirurgie (4). — **Gattner.** Le cytodiagnostic des tumeurs en particulier du cancer bronchique (5).

N° 2, 15 Janvier. — **Möller.** Transfusion de sang et sang conservé (6). — **Wiesner.** L'agranulocytose, une complication de l'ostéomyélite purulente (7). — **Schröter.** Le syndrome de Sülleck comme maladie professionnelle (8). — **Gattner.** Les résultats du cytodiagnostic des tumeurs (9).

Autriche.

[83] **Wiener Medizinische Wochenschrift,** an. 103, n° 1, 3 Janvier 1953. — **H. Heidler.** Traitement chirurgical des hémorragies gynécologiques (1). — **V. Orator** et **E. Aigner.** L'emploi de la novocaïne intra-veineuse en chirurgie (2).

N° 2, 10 Janvier. — **H. Triska.** La nécrose circonscrite de l'intestin (3).

N° 3, 17 Janvier. — **W. Aberle** et **R. V. Horstenegg.** La cure opératoire de la contracture en flexion du genou dans les moignons de jambe courts (4). — **S. Colombani.** Les possibilités actuelles d'un traitement fonctionnel de la tuberculose des os et articulations (5). — **B. Gloger-Romich.** L'opération sous-cutanée des varices de Romich (6). — **J. Machacek.** Les résultats éloignés des arthrodèses astragaliennes combinées de Spitzy, dans les écoles de Vienne (7). — **O. Stracker.** Les contractures du genou congénitales ou consécutives à des lésions cutanées légères (8).

N° 4, 24 Janvier. — **G. Hienert.** Sur l'enclouage de la fracture pertrochantérienne (9). — **St. Greif** et **Mittelbach.** Recherches sur quelques états consécutifs aux résections pour ulcère gastrique et duodénal (10). — **V. Schrattenbach.** Sur le traitement conservateur de l'incontinence d'urine chez la femme (11).

N° 5, 31 Janvier. — **J. Glaninger** et **K. Burian.** Études histologiques des nerfs périphériques après emploi de l'anesthésie locale (12). — **H. Schäfer.** Sur la clinique de l'embolie cérébrale (13).

[84] **Wiener klinische Wochenschrift,** an. 65, n° 1, 2 Janvier 1953. — **Saegesser.** La pathogénèse de l'ulcère gastrique (1). — **Köhlmeier** et **H. Kreitner.** La blastomycose du sein (2). — **V. Feurstein.** Le syndrome réactionnel post-opératoire du blocage ganglionnaire (3).

N° 2, 9 Janvier. — **H. Krayenbühl.** La chirurgie de la lutte contre la douleur (4).

N° 3, 16 Janvier. — **W. Denk.** Expériences nouvelles de la chirurgie de la sténose mitrale (5). — **H. Zacherl.** Diagnostic du microcarcinome du col utérin (6). — **J. Böck.** L'orbitotomie élargie (7). — **K. Heinz.** Le problème de l'hémorragie dans les opérations oculaires (8).

N° 4, 23 Janvier. — **Domanig.** Prophylaxie et traitement de la phlébothrombose (9).

Belgique.

Le Scalpel (Bruxelles), an. 106, n° 4, 24 Janvier. — **G. van Keerbergen.** Extraction des calculs de l'uretère par les voies naturelles (1). [85]

Bruxelles Médical, an. 33, n° 1, 4 Janvier 1953. — **J. Varangot.** Les tumeurs masculinisantes de l'ovaire (1). [86]

N° 2, 11 Janvier. — **P. Huguenard** et **P. Mundeleer.** Hibernation artificielle (2).

Revue Médicale de Liége, vol. 8, n° 1, 1er Janvier 1953. — **J. Firket.** Sur les épithéliomes *in situ* du col utérin et les techniques de cytodiagnostic précoce des cancers au Papanicolaou (1). [87]

N° 2, 15 Janvier. — **S. Elias.** Le diagnostic cytologique des cancers (2).

Espagne.

Revista Clinica Espanola (Madrid), t. 47, n° 4, 30 Novembre 1952. — **J. Sanchez san Julian, A. Pascual y Megias, J. Clavero Margati** et **J. Llorca Llado.** Tumeurs malignes de l'intestin grêle; un cas avec diagnostic pré-opératoire (1). [88]

N° 5, 15 Décembre. — **E. Ley (fils)** et **J. Sanchez Juan.** Tumeurs métastatiques de l'estomac (2). — **J. Monero** et **M. Morales Pleguezuelo.** Critères de la malignité des adénomes du rectum et du côlon (3). — **A. Nunez.** Luxation hyperémique spontanée atlanto-axoïdienne (4).

Medicina Espanola (Valence), an. 15, n° 164, Novembre 1952. — **A. Lopez Fernandez.** Les traitements modernes de la tuberculose ostéo-articulaire (1). [89]

N° 165, Décembre. — **P. Navarro Sala.** Les anastomoses déférentielles dans la stérilité masculine (2).

Grande-Bretagne.

The Lancet (Londres), vol 264, n° 6749, 3 Janvier 1953. — **F. Page.** L'hypotension intracrânienne (1). — **H. D. Moore.** La ligature de la veine poplitée pour le syndrome gravitationnel (2). — **R. A. Trevethrick.** Mélorhéostose (3). — **J. P. Herdman.** Jéjunite nécrosante avec perforation (4). — **R. D. Blachford.** L'arthrite suppurée chez le vieillard (5). [90]

N° 6750, 10 Janvier. — **B. I. Hirschowitz.** Excrétion urinaire du pepsinogène dans l'ulcération gastro-duodénale (6). — **A. M. Boyd, F. Fletcher** et **A. Hall Ratcliffe.** Thérapeutique de support. Une forme améliorée de dextrane (7).

N° 6751, 17 Janvier. — **D. M. Douglas.** Résultats tardifs de l'opération de hernies volumineuses à l'aide de réseaux de tantale (8). — **T. G. Lowden.** Paronychie (9). — **J. E. Richardson.** Retour à la normale des tests fonctionnels hépatiques après suppression de l'obstruction dans la cirrhose biliaire chronique (10).

Vol. 264, n° 6752, 24 Janvier 1953. — **P. Le Quesne** et **A. A. G. Lewi.** Rétention post-opératoire d'eau et de sodium (11). — **K. N. V. Palmer** et **B. A. Sellick.** La prévention de l'atélectasie pulmonaire post-opératoire (12). — **C. H. Barnett** et **J. R. Napier.** La formule métatarsienne dans ses relations avec la fracture de marche (13).

N° 6753, 31 Janvier. — **H. Chaplin** et **P. L. Mollison.** Une technique améliorée de mise en réserve des globules rouges à — 20° C (14). — **H. Chaplin Jr** et **N. Veall.** Soustraction de glycérol aux globules rouges préalablement congelés (15). — **I. W. Magill, C. F. Scurr** et **J. B. Wyman.** Hypotension contrôlée à l'aide d'un dérivé du thiophanium (16). — **J. H. Miller, B. H. White** et **P. Long.** Streptokinase et streptodornase dans le traitement des affections chirurgicales (17). — **M. C. Oldfield.** Porte-suture de Maltby pour les greffes cutanées de pleine épaisseur (18).

British Medical Journal (Londres), n° 4800, 3 Janvier 1953. — **F. Rackow.** Le pyothorax staphylococcique chez l'enfant (1). — **D. H. Patey** et **A. W. Nurick.** Histoire naturelle de la maladie kystique du sein traitée par conservation (2). [91]

N° 4801, 10 Janvier. — **E. Paterson, P. B. Kunkler** et **A. L. Walpole.** Triethylène-melamine dans la maladie maligne (3). — **J. D. Aitchison.** Anémie hémolytique traitée avec A. C. T. H., cortisone et splénectomie (4). — **A. Charan.** Phlébosclérose diffuse avec calcification (5).

N° 4802, 17 Janvier. — **F. Avery Jones, R. Doll, K. Jones** et **B. White.** Traitement et pronostic de « peptic ulcer » aigu perforé (6). — **H. J. M. Stratton, T. M. L. Price** et **M. O. Skelton.** Granulome du nez et péri-artérite noueuse (7). — **T. Nicol** et **A. Abou-Zikry.** Influence du benzoate d'œstradiol et de l'orchidectomie sur le système réticulo-endothélial (8). — **L. Cole.** Prévention et traitement du tétanos (9). — **D. F. Thomas.** Un clou pour fractures trochantériennes (10).

N° 4803, 24 Janvier 1953. — **J. H. Mayer** et **P. Gowans-Laing.** Expériences cliniques avec le T. B. 3. dans la tuberculose chirurgicale (11). — **P. A. Trafford.** Chorio-épithélioma de l'utérus (12). — **S. S. Rose.** Recherches sur la stérilité après gangliectomie lombaire (13). — **A. A. Mason** et **J. F. Pelmore.** Utilisation combinée du bromure d'hexaméthonium et de l'amide provaïnique dans l'hypotension contrôlée (14). — **P. E. B. Holmes** et **D. J. C. Graff.** Utilisation de l'anesthésie locale dans la chirurgie des doigts infectés dans un hôpital d'enseignement (15). — **J. A. Lloyd Davies.** Quelques aspects de la cathétérisation en cas de rétention urinaire (16).

N° 4804, 31 Janvier. — **J. Burke.** Traitement de la stéatorrhée dans la maladie de Crohn (17). — **S. S. Rose.** Sur la stérilité après ganglionectomie (18). — **P. E. B. Holmes** et **D. J. C. Graff.** L'anesthésie locale dans la chirurgie du doigt infecté (19).

[92] **Proceedings of the Royal Society of Medicina** (Londres), vol. **46**, n° 1, Janvier 1953. — [*Chirurgie.*] **F. A. R. Stammers.** Le chirurgien et son entourage (1). — [*Urologie.*] **J. G. Yates-Bell.** Hydronéphrose (2). — [*Clinique.*] **M. Joseph.** Maladie de von Recklinghausen; tumeur abdominale (3). — **I. C. Gilliland.** Dénutrition due à l'anastomose jéjuno-colique (4). — **M. C. Holt.** Adénome parathyroïdien avec ostéite fibreuse kystique généralisée (5).

Hollande.

[93] **Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde** (Amsterdam), an. **97**, n° 2, 10 Janvier 1953. — **J. F. Nuboer.** Opération pour hypertension portale (1). — **Muskens.** Pathogénèse du mégacôlon congénital (2). — **J. Cibert** et **A. G. Brandsma.** Opération pour rétraction post-tuberculeuse de la vessie au moyen d'une anastomose entre la vessie et le grêle (3).

N° 3, 17 Janvier. — **B. S. Ten Berge** et **The Tik Lok.** Salpingolyse chorio-amniotique pour obstruction tubaire (4). — **F. H. Ter Hegge.** Ostéome de la cavité nasale et des sinus paranasaux (5).

N° 4, 24 Janvier. — **M. A. Van Bouwdijk Bastiaanse.** Sur la mastite (6).

N° 5, 31 Janvier. — **B. S. Ten Berge** et **The Tik Lok.** Homéogreffe chez la cobaye, de tissu ovarien recouvert d'amnios (7). — **W. van Schie.** Calcul rénal creux (8).

Italie.

[94] **La Riforma Medica** (Naples), an. **67**, n° 1, 3 Janvier 1953. — **S. Cattini.** Discordance entre la guérison spectaculaire d'une tuberculose secondaire de la langue et l'état inchangé pulmonaire et général après traitement par l'hydracide de l'acide isonicotinique (1).

N° 2, 10 Janvier. — **G. Brancadoro.** Sur un cas d'hémangio-endothéliome du foie (2).

N° 3, 17 Janvier. — **M. Camboni.** Considérations sur un cas de réticulo-histiocytome bénin de l'estomac (3). — **A. Rallo.** L'hypotension contrôlée (4). — **G. Capobianco.** La théorie du virus cancéreux à la lumière des recherches récentes (5).

N° 4, 24 Janvier. — **M. Palmisano.** Sur la thérapie de l'hémothorax traumatique (6).

N° 5, 31 Janvier. — **C. Scarinci.** Syndrome érythrémique par fistule artério-veineuse pulmonaire du lobe inférieur gauche (7). — **P. Cammarano.** Ascite par ouverture spontanée d'un kyste de l'ovaire (8).

[95] **Rassegna Internazionale de Clinica e Terapia** (Naples), vol. **33**, n° 1, 15 Janvier 1953. — **B. Buonomo La Rossa.** Encore sur la chirurgie s'exérèse dans la tuberculose pulmonaire (1).

N° 2, 31 Janvier. — **P. L. Bisotti.** La torsion aiguë du grand épiploon (2).

[96] **Il Progresso Medico** (Naples), vol. **9**, n° 1, 15 Janvier 1953. — **G. Menghini, O. Carnevali, F. Orlandi** et **N. Benda.** Valeur clinique et doctrinale de la ponction-biopsie du foie; considérations sur notre expérience de ces dernières 4 années (1).

[97] **La Clinica** (Bologne), an. **13**, n° 1, 1953. — **P. Serra.** La prothrombine résiduelle en période post-opératoire (1). — **G. Lomeo** et **F. Vetri.** Hématome pulsatile par rupture d'anévrysme de la crosse de l'aorte (2). — **M. Mini.** Fistules bilio-digestives spontanées (3). — **A. Dagradi** et **F. Siracusano.** Diverticule du duodénum et du jéjunum (4). — **V. Reggianini.** Sur le danger d'une hémorragie par hypoprothrombinémie après thyroïdectomie (5).

[98] **Atti della Societa Lombarda di Scienze Mediche Biologiche** (Milan), vol. **7**, n° 1, Novembre-Décembre 1951. — **L. di Natale.** Quelques exemples de chirurgie de l'œsophage (1). — **A. Sartori.** Quelques cas de chirurgie du médiastin (2). — **E. Perussia.** Le problème thérapeutique des mélanoblastomes (3). — **P. L. Cova** et **F. Meda.** Les tumeurs glomiques tympano-jugulaires; radiologie (4). — **V. Pricolo** et **B. Antoniazzi.** Le pneumopéritoine dans la radiographie des tumeurs du fundus gastrique (5). — **R. D'Alo** et **C. Vecchi.** Difficultés d'interprétation radiologique des images tumorales de la base thoracique droite (6). — **B. Antoniazzi** et **L. Macchi.** Valeur de l'examen radiologique normal et de la stratigraphie dans l'étude des tumeurs de la base de la langue (7). — **G. Pozzi.** Volumineuse méningo-encéphalocèle opérée à la naissance (8). — **W. Montorsi, Parola** et **Salvaneschi. Action** des extraits prostatiques *in vitro*, sur l'activité de l'uretère (9).

[99] **Archivio per le Scienze Mediche** (Turin), an. **77**, n° 5, Novembre 1952. — **M. Lopez.** Sur l'histologie de l'ulcère peptique de l'estomac en particulier sur la nature des éléments d'infiltration (1).

[100] **Minerva Medica** (Turin), an. **44**, n° 1-2 Janvier 1953. — **G. Lenti** et **F. Gavosto.** Sur les résultats immédiats du traitement des affections néoplasiques avec le T. E. M. (1). — **W. Paolino** et **F. Gavosto.** Effets particuliers de l'administration du thiosulfate sodique ou de la cystéine sur le métabolisme des sujets atteints de néoplasie diffuse (2). — **W. Paolino** et **F. Gavosto.** Hyperglobulinémie plasmatique nette avec hyperplasie plasmacellulaire diffuse dans un cas d'adéno-carcinome abdominal mucogène (3). — **W. Paolino.** Chimiothérapie des tumeurs : l'ypérite et ses dérivés azotés (4).

N° 5, 17 Janvier. — **G. Dal Santo.** Sur la venue de coliques biliaires au cours de l'ictère hémolytique classique et atypique (5). — **F. Soave.** L'ulcère gastrique et sa malignité (6). **E. L. Voarino.** L'ablation de corps étrangers retenus dans la cavité pleurale (7).

N° 6, 20 Janvier. — **U. de Santis.** Sur 150 cas de tonsillectomie (8).

[101] **Sicilia Sanitaria** (Palermo), an. **5**, 12, 15 Décembre 1952. — **O. A. Abbott.** Conceptions nouvelles sur les causes et le traitement de l'emphysème pulmonaire (1).

Pologne.

Polski Tygodnik Lekarski (Varsovie), vol. 7, n° 47, 24 Novembre 1952. — **J. Gasinski.** Thoracoplastie avec conservation de la 1re côte (1). — **E. Chodyn et J. Smigielski.** Sclérome des poumons au cours du sclérome progressif généralisé (2). [102]

N° 48, 1 Décembre. — **R. Pumpianski.** Le traitement de la métrorragie inflammatoire avec injections locales de pénicilline (3). — **T. Chudzikowski et Z. Kopera.** Diverticules multiples de l'intestin grêle (4).

Portugal.

Gazeta Medica Portuguesa (Lisbonne), vol. 5, n° 4 Octobre-Décembre 1952. — **J. de Borja Araujo.** Tumeurs lymphatiques de l'intestin grêle (1). — **M. E. Nunes da Silva Horta.** Un cas de myome utérin d'aspect spécial (2). [103]

Etats Scandinaves.

Nordisk Medicin (Stockholm), vol. 49, n° 2, 9 Janvier 1953. — **L. Werkö.** Nouveaux hypotenseurs (1). [104]

N° 3, 16 Janvier. — **Margrethe Knudsen.** Le collapsus en rapport avec les opérations intrathoraciques (2).

T. 49, n° 4, 23 Janvier. — **B. Sommer Pedersen.** L'anesthésiologue, ses relations confraternelles et la pré-évaluation du risque opératoire total (3). — **E. Arenander.** Traitement opératoire des varices (4). — **L. Zachariae.** Fracture par compression du condyle externe du tibia (5). — **A. Chr. Julsrud.** Cancer bronchique consécutif à une inhalation massive de gazoline (6).

N° 5, 30 Janvier. — **K. Saeb.** Grossesse extra-utérine (7). — **P. A. Jarvinen.** Grossesses intra- et extra-utérines en même temps (8).

Journal of the Oslo City Hospitals vol. 8, n° 1, Janvier 1953. — **H. S. Nissen-Lie.** Les traitements des brûlures (1). — **O. J. Malm.** Le shock hémorragique, tramatique : par brûlure (2). — **I. Lund.** Les substituts du plasma (3). [105]

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 73, n° 1, Janvier 1953. — **J. L. Clerc.** Traitement de la vaginite sénile par application locale d'onguent d'ovocycline (1). [106]

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 83, n° 6, 7 Février 1953. — **W. Sinreich.** Expériences sur un nouvel anesthésique superficiel dans la cystoscopie (1). [107]

Tchécoslovaquie.

Casopis Lekaru Ceskych (Prague), vol. 92, n° 1, 2 Janvier 1953. **Z. Macek et U. Resl.** Angionévrose traumatique des doigts chez les étancheurs (1). [108]

N° 2, 9 Janvier. — **Kafka, I. Bor, Z. Kleint Krcilkova et Padovcova.** Sur l'opération de Blalock. Taussig dans le traitement des malformations cardiaques congénitales avec cyanose et apport insuffisant du sang aux poumons (2). — **F. Tvaroh et J. Skorepa.** Longue observation d'un cas de cœur en cuirasse et du résultat de l'opération (3).

N° 3, 16 Janvier. — **J. Balik.** Complément au symptôme de Charvat (4).

N° 5, 30 Janvier. — **Kubat. Korbelar et Riedl.** Hémangioendothéliome du foie (5).

Lekarské Listy (Brno), vol. 8, n° 1, 1er Janvier 1953. — **I. Macik.** Prophylaxie des affections d'origine traumatique (1). — **E. Bock, V. Bocková et J. Musil.** Tumeur maligne de l'arc aortique avec métastases cérébrales (2). [109]

N° 2, 15 Janvier. — **Chrast.** Les possibilités du diagnostic clinique de l'obstruction de l'artère carotide (3).

Turquie.

Türk Tip Cemijeti Mecmuasi (Istanbul), an. 18, n° 11, Novembre 1952. — **G. H. Bateman.** Les complications intra-crâniennes des otites moyennes (1). — **J. N. Taptas.** Sur 2 cas d'hématomes sub-duraux aigus (2). — **K. I. Gürkan et H. Büke.** Un cas de syndrome de Banti guéri par une splénectomie (3). — **N. Dorken.** Abcès chronique du poumon traité par pneumonectomie (4). [110]

Yougoslavie.

Archives Serbes de Médecine (Beograd), an. 80, n° 10, Octobre 1952. — **B. Dragojevic.** Nos expériences avec le traitement des paralysies spastiques — maladie de Little — par la rhizotomie postérieure selon Forster (1). — **S. Tasovac, B. Tasovac et A. Kocic.** Prophylaxie et traitement des crevasses du mamelon chez les accouchées (2). — **S. Simic.** Deux cas de méga-œsophage opérés selon la méthode d'œsophago-gastrostomie transthoracique (3). — **M. Gencic et R. Pesic.** Tumeur inflammatoire du tube digestif ou carcinome ? (4). — **T. Litricin.** Perforation du carcinome de l'estomac (5). [111]

Moyen Orient.

[112] **Revue Médicale du Moyen Orient** (BEYROUTH), an. 9, n° 4, Octobre-Décembre 1952. — **Dargent, Eicholz, Ponthus** et **Rochet.** Sur le traitement du cancer du col utérin (1). — **B. S. Bayoud.** Tendances actuelles du traitement du cancer du col utérin (2). — [*Sociétés.*] **D. Ciaudo** et **L. Melki.** Plaie de l'oreillette droite, suture (3). — **Ponthus** et **Boustany.** Examen de la région iléo-cæcale après traversée accélérée du grêle (4). — **J. N. Taptas.** Deux cas d'hématomie sous-dural post-traumatique (5). — **P. Ponthus** et **G. Moarbès.** Influence du produit de contraste sur l'évacuation vésiculaire provoquée au cours de la cholécystographie (6).

Canada.

[113] **Union Médicale du Canada** (MONTRÉAL), t. 82, n° 1, Janvier 1953. — **Rosaire Lauzer.** Kystes tératoïdes ovariens (1). — **R. Cauchon.** La cystectomie totale et le cancer de la vessie (2).

[114] **The Canadian Medical Association Journal** (TORONTO), vol. 68, n° 1, Janvier 1953. — **E. S Mills.** Les anticoagulants dans la maladie thrombo-embolique (1). — **C. Mc Pherson** et **G. W. Kruger.** Une technique simplifiée pour l'enclouage dans la fracture du col fémoral (2). — **C. Gardner.** L'appendicite (3). — **N. K. Mac Lennan.** Hypernéphrome avec métastases vaginales (4). — **D. Cant** et **B. Lees.** Tumeurs des îlots pancréatiques (5).

États-Unis.

[115] **The New York State Journal of Medicine** Vol. 53, n° 1, 1er Janvier 1953. — **Ch. G. Darlington.** Les tumeurs buccales (1). — **A. H. Douglas** et **W. H. Randel Jr.** Un cas de sclérodermie et de calcinose circonscrite (2).

N° 2, 15 Janvier. — **W. F. Mc Fee.** Le traitement chirurgical du cancer de la langue (3). — **R. K. Brown.** L'influence des antibiotiques modernes sur la chirurgie abdominale (4). — **R. H. Patterson** et **B. Bromberg.** L'influence des antibiotiques sur le traitement des blessures et des infections des membres (5). — **D. E. Ehrlich, M. Witten** et **H. Abeles.** Ombres médiastinales isolées (6). — **B. J. Ficarra.** Les aspects pratiques de la thyroïdectomie (7).

[116] **The American Journal of Medicine** (NEW YORK), vol. 14, n° 1, Janvier 1953. — **J. Menecly Jr.** et **N. H. Bigelow.** Artrite temporale; valeur critique de cette lésion et 3 cas (1). — **F. Fetter.** Névrite périphérique par antitoxine tétanique; un cas traité par la cortisone (2).

[117] **The Journal of the American Medical Association** (CHICAGO), vol. 150, n° 17, 27 Décembre 1952. — **C. P. Bailey, H. P. Redondo Ramirez, H. B. Larzelere.** Le traitement chirurgical de la sténose aortique (1). — **I. L. Schamberg.** La dermite des moignons d'amputation du membre inférieur (2). — **Ch. T. Stone.** La nature du problème du peptic ulcer (3). — **E. M. Goldberg. I. F. Stein Jr.** et **K. A. Meyer.** L'administration d'émulsion de graisse par la bouche, gastrectomie et jéjunostomie (4).

Vol. 151, n° 1, 3 Janvier 1953. — **N. A. Antonius, H. A. Murray** et **B. A. O'Connor.** Chirurgie cardiaque dans un hôpital général communautaire (5). — **W. A. Cooper** et **G. N. Papanicolaou.** La technique au ballon dans le cytodiagnostic du cancer (6). — **F. F. Boyce.** Carcinome gastrique (7).

N° 2, 10 Janvier. — **D. A. Covalt, I. S. Copper, T. I. Hoen** et **H. A. Rusk.** Conduite à tenir précoce devant des malades traumatisés de la moelle (8). — **J. G. Kuhns.** Conduite à tenir dans l'ostéo-arthrite des personnes âgées (9). — **R. B. Portis** et **H. A. Mendelsohn.** Traitement conservateur des fractures tibio-tarsiennes intéressant la malléole interne (10). — **C. D. Creevy.** Des faits concernant l'urétéro-sigmoïdostomie (11). — **G. H. Pratt.** Aiguille à angles pour la suture de l'appendice auriculaire dans la commissurotomie (12).

N° 3, 17 Janvier. — **H. B. Shumacker Jr.** Shock et traumatisme artériel (13). — **M. B. Coventry.** Le problème de l'épaule douloureuse (14). — **F. L. Shipp.** Technique et valeur de la myélographie (15). — **M. Greenblatt, E. E. Robertson** et **H. C. Solomon.** Étude suivie 5 ans de 100 cas de lobotomie préfontale bilatérale (16). — **R. B. Bettman, H. M. Richter Jr.** et **T. Drugas.** Perforation de l'anse de colostomie par un cathéter de caoutchouc souple (17).

[118] **Archives of Internal Medicine** (CHICAGO), vol. 90, n° 6, Décembre 1952. — **J. C. Bateman, J. R. Barberio, P. Grice, C. T. Klopp** et **H. Pierpont.** Complications fatales de la thérapeutique intensive aux antibiotiques chez les malades porteurs d'une affection néoplasique (1).

[119] **The New England Journal of Medicine** (BOSTON), vol. 248, n° 1. 1er Janvier 1953. — **H. Th. Ballantine Jr.** et **J. C. White.** Abcès cérébral (1). — **M. Greenblatt** et **H. C. Solomon.** La psychochirurgie (2).

N° 2, 8 Janvier. — **J. S. Barr** et **E. E. Record.** Arthrodèse tibio-tarsienne (3). — **Greenblatt** et **Solomon.** Psychochirurgie (4). — **W. H. Perlstein.** Actinomycose cervico-faciale (5).

N° 3, 15 Janvier. — **J. Hartwell Harrison, G. W. Thorn** et **D. Jenkins.** Surrénalectomie totale pour carcinome réactivé de la prostate (6). — [*Hôpital.*] **Th. Gephart.** Cholécystite aiguë et chronique; cholélithiase (7).

N° 4, 22 Janvier. — **J. W. Major** et **T. Ottenheimer.** Sphinctérotomie transduodénale pour pancréatite chronique récidivante (8). — [*Hôpital.*] **Churchill.** Éviscération de l'estomac et du côlon à travers une déchirure traumatique du diaphragme (9).

[120] **New Orleans Medical and Surgical Journal** (LOUISIANE), vol. 104, n° 18, Décembre 1952. — **G. V. Brindley.** L'occlusion du côlon (1). — **M. M. Bannerman** et **Th. Campanella.** Le traitement des fractures aiguës du cou-de-pied (2). — **D. S. Carnahan.** La radiothérapie du cancer du col utérin (3).

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic (Rochester), vol. 27, n° 27, 31 Décembre 1952. — **J. C. Carlisle** et **E. S. Judd Jr.** Entérite régionale intéressant le duodénum; un cas (1). — **H. H. Young.** Les fractures en 1951 (2). — **Waugh, W. Walters, H. K. Gray** et **Priestley.** La chirurgie biliaire et pancréatique en 1951. (3). — **H. K. Gray, W. Walters, J. Priestley** et **J. M. Waugh.** La chirurgie de l'estomac et du duodénum en 1951 (4). [121]

Équateur.

Gaceta Medica (Guayaquil, Équateur), vol. 7, n° 5, Septembre-Octobre 1952. — **S. H. Macht** et **G. Crabb.** Bezoar osseux dans le rectum (1). — **L. Dolberg.** Sur les avantages d'entretenir une banque de sang (2). [122]

Cuba.

Revista Medico Girurgica de Orienta (Santiago de Cuba), vol. 12, Juin-Décembre 1952. — **U. Castellanos, Yodu** et **F. Ferrer Vaillant.** Sur un cas d'invagination chronique chez une jeune fille de 18 ans (1). — **G. Hernandez Vera.** Lithiase d'un diverticule uréthral chez la femme (2). — **E. Reyes Cos.** Le traitement actuel des blessures crânio-cérébrales par projectile d'arme à feu (3). [123]

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos Aires), vol. 40, n° 1, Janvier 1953. — **R. Finochietto** et **A. R. Ducos.** Gynécomastie chez des personnes d'âge avancé (1). — **M. F. Soria** et **J. J. Capri.** Le tétanos et le « Tunga penetrans » (2). — **G. Labra E. M.** et **F. Fernandez T.** Novocaïne en injections intraveineuses dans la période post-opératoire immédiate (3). — **O. F. Longo.** Occlusion des vaisseaux mésentériques (4). — **A. D. Kaplan.** Drainage vésical (5). — **M. Meeroff.** Traitement des pancréopathies aiguës (6). [124]

N° 2, 9 Janvier. — **C. C. Dubra** et **W. G. Lange.** Le diverticule de Meckel. Considérations sommaires sur la pathologie et 17 cas (7). — **P. César Rospide.** Hernie diaphragmatique de l'œsophage à travers le hiatus œsophagien. Traitement chirurgical par voie abdominale (8). — **A. L. Domenech.** A. C. T. H. et induration plastique du pénis (9). — **S. E. Luchetti.** Opération radicale pour cancer thyroïdien (10). — **P. L. Cereseto.** Abcès péri-rénaux (11). — **H. J. Dorado.** Forme entéro-colitique de l'appendicite aiguë (12). — **I. Nunziata, J. Parada** et **A. Palchik.** Anesthésie potentialisée (13). — **A. Spadafora** et **E. A. Zancoli.** Microgreffes cutanées pour anesthésie locale au chlorure d'éthyle (14).

N° 3, 16 Janvier. — **A. V. Di Cio** et **L. Klein.** L'acidogramme gastrique dans la claudication intermittente des extrémités inférieures (15). — **R. M. Caram.** A propos d'un cas de lymphosarcome du cæcum chez un garçon de 3 ans (16).

La Semana Medica (Buenos Aires), an. 60, n° 2, 8 Janvier 1953. — **S. Ezeyza.** Résumé en tableaux synoptiques de nos connaissances actuelles sur le cancer. Chapitre II : Étiologie (1). [125]

Revista de la Asociacion Medica Argentina (Buenos Aires), t. 66, n° 731-734, Août-Septembre 1952. — **M. F. Couretot** et **J. Mayo.** Le cancer du sein; type comédon (1). [126]

N°s 735-738, Octobre-Novembre. — **M. C. Iturraspe.** Chirurgie de l'obésité (2). — **R. Bernardi.** Uronéphrose par obstruction pyélo-urétérale (3). — **M. V. Basilico.** Hernie de Spiegel (4). — **J. B. Derdoy.** Commentaires sur quatre cystectomies totales (5).

Iran.

Revue de la Faculté de Médecine (Teheran, Iran), An. 10, n° 4, Janvier 1953. **A. Malekye Mohagheg** et **A. A. Mortirossian.** La thérapeutique tissulaire dans 3 cas chroniques d'ulcèr, de jambe (1). [127]

Afrique du Sud.

South African Medical Journal (Capetown), vol. 27, n° 1, 3 Janvier 1953. — **I. Barnat.** Décortication du poumon (1). [128]

N° 2, 10 Janvier. — **L. M. David** et **F. Greenwood.** Pseudo-kyste traumatique du pancréas. Un cas (2). — **W. L. Phillips.** Buts actuels de la chirurgie cardio-vasculaire (3). — **M. Jordaan.** Sur la chirurgie du cœur (4).

N° 3, 17 Janvier. — **L. Knox.** La douleur chronique post-traumatique de la face (5).

IV. Sociétés.

Académie de Chirurgie, 10 *Décembre* 1952. — De l'évolution des greffes osseuses fraîches (**E. Sorrel**) (1). — Cancer de l'œsophage cervical; œsophagectomie totale et pharyngogastrostomie en un temps (**J. Perrotin** et **J. Valletta** [rapport **Menegaux**]) (2). — Six cas de suture artérielle en chirurgie de guerre (**H. Pourpre** [rapport **J. Gosset**]) (3). — Traitement des hémorragies graves par hypotension contrôlée (**H. Duboucher** et **J. Séror** [rapport **P. Moulonguet**]) (4). — Phlébographie portale par injection splénique transpariétale (**L. Leger** et **Ch. Proux**) (5). [129]

17 *Décembre.* — Mesure de la pression portale dans l'hypotension contrôlée (**L. Leger** et **Mme Lande**) (6). — Sur l'action de la pénicilline dans les plaies articulaires de guerre

[129] du genou (**Ouary** et **Ferville** [rapport **Merle d'Aubigné**]) (7). — Léiomyomes multiples et l'estomac; gastrectomie segmentaire haute; réimplantation œsophago-gastrique (**Aumont** et **Rouzaud** [rapport **P. Moulonguet**]) (8). — Volumineux schwannome gastrique envahissant le ligament gastro-colique et adhérent au côlon transverse (**R. Ganem** [rapport **Rudler**]) 9). — Désinsertion du tendon inférieur du biceps brachial (**G. Edelmann** [rapport **Rudler**]) (10). — De l'intérêt de l'écartement mécanique puissant du bord inférieur du squelette du thorax dans la chirurgie de l'étage supérieur de l'abdomen et de l'intérêt du soulèvement mécanique accentué du sacrum en chirurgie pelvienne (**H. Fruchaud.**) (11). — Du traitement chirurgical des diverticules épibronchiques de l'œsophage (**H. Welti** et **F. Roth**) (12). — Intérêt du rétropneumo-péritoine combiné à l'urographie intra-veineuse dans le diagnostic d'une tumeur pararénale (**H. Welti, J. Hélie** et **Ecoiffier**) (13). — Traitement de la luxation récidivante de l'épaule par la technique de Bankart (**R. Merle d'Aubigné**) (14). — Instruments pour l'opération de Bankart dans la luxation récidivante de l'épaule (**R. Merle d'Aubigné**) (15).

[*Mémoires de l'Académie*, t. **78**, n^os^ 33 et 34, *Décembre* 1952.]

[130] **Société des Chirurgiens de Paris**, 17 *Octobre* 1952. — Résultat éloigné du traitement par le bactériophage de d'Herelle, d'une blessure non guérie par la chirurgie; guérison datant de 6 ans (**A. Raiga**) (1). — Ulcère peptique antérieur à forme tumorale térébrant dans la paroi abdominale antérieure, complication d'une gastro-entérostomie précolique (**P. Le Gac**) (2). — Au sujet de l'urographie intraveineuse dans la rupture de la vessie (**S. Kantor**) (3).

7 *Novembre*. — Un cas de rupture bilatérale des quadriceps fémoraux; opération tardive, guérison (**J. L. Gaillard** [rapport **Rodier**]; discussion) (4). — 18 cas de rétrécissement de l'isthme de l'aorte traités chirurgicalement (**Servelle, Soulié, Rougeulle, Delahaye** et **Degeorge** [rapport **Masmonteil**]) (5). — Persistance du canal artériel, 70 cas opérés (**Servelle, Soulié, Rougeulle, Montouchet** et **Delahaye** [rapport **Masmonteil**]) (6). — Hernie diaphragmatique étranglée à symptomatologie trompeuse (**Et. Bernard** et **R. Lepront**) (7).

[*Bulletins et Mémoires*, t. **42**, n^os^ 8-9, 1952.]

[131] **Société de Chirurgie de Marseille.** 15 *Janvier* 1952. — Épispadias pubien opéré en un temps (**Salmon, Pierra** et **Trifaud**) (1). — Embolectomie au niveau de la fourche aortique avec réactions paradoxales post-opératoires (**Ch. Artaud, Devin** et **Courrier**) (2).

21 *Janvier*. — Les faux syndromes d'ulcères perforés (**Denis** et **Courrier** [rapport **Cottalorda**]) (3). — Incidence heureuse d'une intervention ophtalmologique sur des crises d'angines de poitrine (**J. Sedan** et **Mme S. Sedan** [rapport **Pierre**]) (4). — Excellent résultat fonctionnel 7 mois après la résection d'un carrefour aortique pour syndrome d'oblitération artérielle des deux membres inférieurs (**J. Figarella**) (5).

28 *Janvier*. — Essai de rétablissement de la continence après amputation du rectum (**R. Michel-Béchet** et **H. Bec**) (6). — L'enclouage des fractures cervico-trochantériennes chez les sujets âgés (**Artaud, Devin** et **Courrier**) (7). — Ostéite tuberculeuse fistulisée du calcanéum; évidemment; greffe osseuse spongieuse; streptomycine; guérison (**Salmon** et **Trifaud**) (8).

4 *Février*. — Gastrectomie totale avec hépatectomie partielle du lobe gauche par voie thoraco-abdominale, pour cancer gastrique propagé au foie (**J. Figarella**) (9). — Angiome du foie (**J. Fiolle** et **Troin**) (10). — Une opacité arrondie et une opacité irrégulière du poumon gauche (**J. Dor, de Cuttoli, Carcassome** et **de Angelis**) (11).

11 *Février*. — Tumeur géante à myéloplaxe du maxillaire inférieur; prothèse mandibulaire acrylique; reinsertion des masticateurs; arthroplastie temporo-maxillaire; excellents résultats esthétiques et fonctionnels satisfaisants (**J. Fus** et **Collaborateurs**) (12). — Fibrome utérin géant 29,400 kg; hystérectomie subtotale; guérison (**J. Fus** et **Collaborateurs**) (13).

18 *Février*. — Fracture pluri-fragmentaire du plateau tibial et de l'épine tibiale avec section de tous les ligaments sauf les postérieurs; reposition sanglante et opération d'Hey Groves; excellent résultat (**J. Figarella**) (41). — Kyste dermoïde géant du plancher buccal; déformation monstrueuse du maxillaire inférieur; ablation du kyste; résections ostéoplastiques du maxillaire inférieur, guérison (**J. Fus, Voron, Conjeaud, Randriananja, Razafin, Dranovona** et **Raveloarison**) (15).

3 *Février*. — Du diagnostic des volvulus du grêle (**E. Reboud** et **F. Courrier** [rapport **Carcassonne**]) (16). — Des lésions d'un ganglion stellaire enlevé dans les suites d'un panaris (**Dalmas, Picard** et **Sicard**) (17).

[*Marseille Chirurgical*, an. 4, n° 3, *Mai-Juin* 1952.]

[132] **Société Nationale Francaise de Gastro-Entérologie**, 13 *Octobre* 1952. — Épithéliome gastrique pédiculé, histologiquement au début et invaginé dans le duodénum (**C. Debray, Y. Muffang, J. Martin** et **J. Deplus**) (1).

Littoral Méditerranéen.] Chirurgie colique en un temps (**Barraya, Miniconi** et **Tardy**) (2). — Un cas de gastrite polypoïde (**Barriera** et **Prat**) (3). — Les signes radiologiques de perforation couverte des ulcères gastriques dans le pancréas (**J. Baumel** et **Godlewski**) (4). — Un cas de perforation silencieuse de l'estomac par ulcère (**Gleize Rambal, E. Henry, Lenoir, Veyron, Payan, Bernard** et **Berthet**) (5). — Une gastro-entérostomie vieille de 52 ans (**Ch. de Luna**) (6). — Fistule duodéno-biliaire par perforation d'ulcus duodénal dans le cholédoque (**J. Monges, R. de Vernejoul** et **H. Monges**) (7). — Les fixations hautes pathologiques de l'angle colique droit; images d'une communication bulbo-colique suivie sous écran (**J. Baumel** et **Godlewski**) (8). — Sur l'exploration fonctionnelle du pancréas au cours des pancréatites chroniques (**H. Sarles, A. Cartier, Mme M. C. Suran** et **J. Vial**) (9). — Les radiographies en série au cours des cholécystographies; la courbe de contraction vésiculaire; la visibilité des voies biliaires (**V. Paschetta, Lecomte, Giraud** et **Chastanet**) (10). — Les multiples manifestations successives d'un cancer de la tête du pancréas (**J. Monges, Depieds** et **Jouve**) (11). — Tumeur kystique du pancréas, avec prédominance des signes radiologiques de compression (**Ch. de Luna**) (12.) — Polypose colique essentielle révélée par un syndrome dysentérique aigu grave (**J. Monges, H. Monges** et **U. Sicard**) (13). — Du radiodiagnostic des tumeurs du mésentère (**L. Scarpellini**) (14). — Le sarcome du côlon (**Figarella, Depieds, Payan, Bergier** et **Marsily**) (15). — Le signe idéal dans l'appendicite; la

bulbite appendiculaire; faits radio-cliniques (**V. Paschetta** et **Ch. Giraud**) (16). — Sur une épilepsie abdominale (**Baumel** et **Fassio**) (17). — Crises douloureuses épigastriques chez un comitial (**E. Fassio**) (18). — L'hémogramme de Schilling dans le diagnostic de l'abdomen aigu (**A. Maig y Navalon**) (19). [132]

[*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*,, t. **41**, n° 11, Novembre 1952.]

Société Francaise de Neurologie, 6 *Novembre* 1952. — Syndrome syringomyélique et malformations complexes associées, en particulier de la charnière atloïdo-occipitale et des vertèbres cervicales (**G. Boudin, Fischgold, Pépin** et **Metzger**) (1). — Destruction du noyau ventral antérieur thalamique dans le traitement des maladies mentales (**Talairach**) (2). — Compression bulbaire au cours d'une maladie de Paget avec anomalie de la charnière cervico-occipitale (**Guillaume, Droguet** et **Péroz**) (3). [133]

[*Revue Neurologique*, t. **87**, 2e semestre, n° 4, 1952.]

Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 5 *Décembre* 1952. — Deux cas de *dysphagia lusoria* par crosse aortique double incomplète; guérison par le traitement chirurgical (**Facquet, Israel, Alhomme** et **Mlle Combaz**) (1). [134]

12 *Décembre*. — Un nouveau cas d'ostéose parathyroïdienne opéré et guéri (**J. A. Lièvre, Sylvain Blondin** et **A. Abaza**) (2). — Du traitement chirurgical du cancer primitif des bronches (**R. Sauvage, H. Le Brigand** et **M. Merlier**) (3).

[*Bulletins et Mémoires*, an. **68**, nos 34 à 36, 1952.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

JANVIER 1953

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès cérébraux, Ballantine [119], 1.
— hépatiques, Genest de l'Arbre [13], 21.
— — solitaires à pyogènes, J. J. Yarvis [12], 18.
— péritonéaux, Olivier [60], 9.
— prostatiques, Durand [30], 7.
— pulmonaires, Dorken [110], 4.
— — (Traitement actuel), Brocard [65], 8.
— péri-rénaux, Cereseto [124], 11.
Abdomen (Adéno-carcinome mucogène), Paolino [100], 3.
— aigu (Hémogramme), Maig y Navalon [132], 19.
— — (Syndrome), J. Hepp [65], 2.
— (Chirurgie) ; antibiotiques, Brown [115], 4.
— — ; complications pulmonaires, Babington [15], 9.
— (Empaquetage au polyéthylène), Durham [14], 6.
— (Epilepsie), Baumel [132], 17.
— (Tumeur) et maladie de Recklinghausen, M. Joseph [92], 3.
— [Cavité] (Opérations vitales, urgentes), V. Haberer [79], 2.
— — (Poudres sulfamidées) ; traumatisation de la séreuse, Kleine [79], 5.
— [Etage supérieur] (Affections) ; collapsus cardio-vasculaire, Gueullette [60], 15.
— [Paroi antérieure] (Ulcère peptique pénétrant), Le Gac [130], 2.
— supérieur (Incision divisant le sternum), Miller [14], 10.
Accidents (Chirurgie) ; blocage sympathique, Titze [5], 2.
— d'aviation considérés en tant que traumatismes psychiques, Cazeilles [72], 5.
— veineux post-opératoires (Thérapeutique anticoagulante), Favre-Gilly [66], 2, 3 et 5.
Accouchement (Phlébites du post-partum), Caderas de Kerleau [69], 1.
Acide isonicotinique [Hydracide de l'], Cattini [94], 1.
Acidogramme gastrique, Di Cio [124], 15.
Acidose hyperchlorémique, Mitchell [32], 11.
Acrocéphalosyndactylie, Repaci [21], 3.
A. C. T. H. Cortisone. Splénectomie dans le traitement de l'anémie hémolytique, J. D. Aitchison [91], 4.
Actinomycose cervico-faciale, Perlstein [119], 5.
Adéno-carcinome mucogène, Paolino [100], 3.
Adénome du côlon, J. Monereo [88], 3.
— parathyroïdien avec ostéite fibro-kystique généralisée, M. C. Holt [92], 5.
— prostatique, Durand [30], 7.
— — (Influence urétérale), Valentino [31], 4.
— du rectum, J. Monereo [88], 3.
Adénomectomie prostatique, Valentino [31], 4.
Affections traumatiques (Prophylaxie), J. Macik [109], 1.
Agranulocytose, Wiesner [82], 7.
Aiguille spinale N° 26 pour prévention de la céphalée spinale, Owen [(C. K., J. J.)] [12], 16.
Amputation au-dessus du genou (Prothèse), Mc Master [15], 15.
— rectale (Essai de rétablissement de la continence), Michel Béchet [131], 6.
Amygdale palatine (Cancer), Sitbon [50], 4.
Anastomose bout à bout (Complications), Sneierson [12], 11.
— déférentielle dans la stérilité chez l'homme, Navarro-Sala [89], 2.
— jéjuno-colique (Dénutrition due à l'), J. C. Gilliland [92], 4.
— porto-cave, Vandecasteale [74], 2.
— urétéro-intestinale, J. R. Hand [16], 1.
— vasculaire avec conservation de la circulation sanguine, Valentino [43], 1.
Anémie hémolytique dans un cancer gastrique, Giraud [70], 2.
— — (A. C. T. H. Cortisone. Splénectomie dans l'-), J. D. Aitchison [91], 4.
Anesthésie du malade cardiaque, Leffingwell [15], 10.
— pour chirurgie cervico-faciale, Huet [33], 1.
— sous hypotension, Boyan [2], 3.
— locale (Histologie des nerfs périphériques), Glaninger [83], 12.
— — pour la chirurgie des doigts infectés dans un hôpital d'enseignement, P. E. B. Holmes [91], 15 et 19.
— — au chlorure d'éthyle, Spadafora [124], 14.
— au Pentobarbital et au Pentaméthonium, Barbier [33], 3.
— potentialisée, Nunziata [124], 13.
— en selle par blocage, Rosenbaum [46], 1.
— endo-trachéale et fonction cardio respiratoire, Brancadoro [59], 1.
— — en chirurgie buccale, Grandi [59], 3.

Anesthésiologue, Sommer Pederson [104], 3.
Anesthésique superficiel pour cystoscopie, Sinreich [107], 1.
Anévrysme entouré d'une éponge de polyvinyl, Thurlow [14], 17.
— abdominal, Thurlow [14], 17.
— aortique rompu, Lomeo [97], 2.
— artério-veineux, Nogrette [60], 2.
— de la cérébrale moyenne, Campbell [13], 3.
— coronarien, Minder [45], 1.
— splénique, Berger [13], 16.
Angine de poitrine (Action d'une opération oculaire), Sedan [131], 4.
Angiomatose bronchique Morere [77], 3.
Angiome hépatique, J. Fiolle [131], 10.
Angiomyomes, Gander [48], 3.
Angionévrose traumatique des doigts, Z. Macek [108], 1.
Angiostat à 3 branches, Dogliotti [10], 1.
Anneau inguinal (Plastie), Schwarz [10], 6.
Anneaux à coulisses pour mesure sigmoïdoscopique, Freund [12], 21.
Annexes de l'utérus (Torsion), Baro Graf [29], 3.
Anse colique (Perforation) par catheter, Bettman [117], 17.
Antiamylase chez le chien, Forti [15], 4.
Antibiotiques (Complications fatales), Bateman [118], 1.
— dans les blessures des membres, Patterson [115], 5.
— en chirurgie abdominale, Brown [115], 4.
Anticoagulants dans les accidents veineux post-opératoires, Favre-Gilly [66], 2, 3 et 5.
— dans la maladie thrombo-embolique, Mills [114], 1.
Antiémétiques, Berri [59], 5.
Antigènes cutanés et rénaux, Dempster [7], 1.
Antithyroïdiens (Usage pré-opératoire), J. H. Lahey [71], 1.
Antitoxine tétanique (Névrite périphérique), Fetter [116], 2.
Aorte (Compression) pour hémostase, Scott [32], 6.
— (Sténose) ; chirurgie Bailey [117], 1.
— [Arc] (Tumeur maligne) avec métastases cérébrales, E. Bock [109], 2.
— [Carrefour] (Résection), Figarella [131], 5.
— [Crosse] (Anévrysme rompu), Lomeo [97], 2.
— [— double incomplète] par « dysphagia lusoria » ; 2 cas ; guérison chirurgicale, Facquet [134], 1.
— [Fourche] (Embolectomie), Artaud [131], 2.
— [Isthme] (Rétrécissement) ; 18 cas opérés, Servelle [130], 5.
— pulmonaire (Fistule congénitale), Scott [41], 8.
— thoracique (Rupture traumatique), Kastl [13], 17.
Aortographie, Morys [8], 8.
Appareil cardio-circulatoire (Modifications) dans l'intubation endo-trachéale, Nociti [59], 7.
— — (Troubles) par manœuvres opératoires péricardiques, Bogetti [59], 2.
— cardio-vasculaire (Chirurgie), Phillips [128], 3.
— — — — l'angiostat à 3 branches, Dogliotti [10], 1.
— — (Collapsus) (Mécanisme), Gueullette [60], 15.
— circulatoire [Pouvoir de récupération] ; évaluation pré-opératoire, Nociti [59], 9.
— génital (Tuberculose) ; chirurgie, Cibert [2], 2.
— — de la femme (Affection) et péritonites consécutives aiguës, H. G. Robert [65], 3.
— — — (Cancer) : diagnostic, Varangot [27], 1.
— — — (Hémorragies), Heidler [83], 1.
Appareil génito-urinaire (Tuberculose), Cibert [30], 1.
— moteur (Maladies), Kostek [11], 3.
— urinaire (Néoplasmes) ; propriétés cytodynamiques, Bange [32], 4.
— de mesure de l'élasticité vasculaire, Feitelberg [13], 23.
Appendice iléo-cæcal (Douleurs sans appendicite,) Swiderski [11], 5.
Appendicite, Gardner [114], 3.
— (Phénomène de Schwartzmann-Sanarelli), Savino [9], 2.
— (Signe iléal), Paschetta [132], 16.
— aiguë d'après 4.485 cas, Van der Hoff [8], 5.
— — (Forme entéro-colitique), Dorado [124], 12.
— — atypique, Cerbonnet [65], 5.
— — perforée (Chirurgie et sulfamides), Léonhardt [79], 4.
Arrhénoblastome, Miechi [29], 2.
Artère carotide (Obstruction) ; possibilités du diagnostic clinique, Chrast [109], 3.
— cérébrale moyenne (Anévrysmes), Campbell [13], 3.
— hépatique (Blessure) ; ligature, H. Le Popper [12], 19.
— — (Ligature), H. Le Popper [12], 19.
— polaire supérieure droite (Anomalie congénitale) et hypertension, Giraud [70], 1.
— splénique et hépatique (Ligature) pour hypertension portale, Jahnke [13], 14.
— (Spasme) ; oblitération complète, Jentzer [15], 3.
— [Suture] en chirurgie de guerre ; 6 cas, H. Pourpre [129], 3.
— (Traumatismes), Shumacker [117], 13.
— coronaires (Anévrysme congénital), Minder [45], 1.
— — (Radiologie) sur le vivant, Di Guglielmo [56], 6.
— périphériques (Maladie occlusive), Mac Donald [44], 1.
Artériographie (Films) : technique, Marcozzi [15], 1.
Artério-sclérose périphérique (Sympathectomie lombaire), Palumbo [13], 8.
Artérite temporale, Meneely [116], 1.
— [Péri] noueuse, H. J. M. Stratton [91], 7.
Arthrite (Injections d'hydrocortisone), Orbach [60], 1.
— suppurée chez le vieillard, Blackford [90], 5.
Arthrodèse astragalienne, Machacek [83], 7.
— tibio-tarsienne, Barr [119], 3.
Arthroplastie chez les rhumatisants grabataires, Jouanneau [77], 2.
— temporo-maxillaire, J. Fus [131], 12.
Arthroscopie (Expériences d'-), Santacroce [19], 5.
Arthrose déformante (Énervation capsulaire), Lembeke [6], 6.
Articulation acromio-claviculaire (Luxation) et fracture de la clavicule, Rebaudi [19], 4.
— atloïdo-axoïdienne (Luxation-rotation) ; compression bulbaire, Radamez Martinez [25], 3.
— (— spontanée hyperémique), A. Nunez [88], 4.
— du genou (Pneumo-arthrographie), Nidecker [55], 1.
— manubrio-sternale dans la spondylarthrite, Françon [60], 12.
— tibio-tarsienne (Arthrodèse), Barr [119], 3.
— — (Fractures) intéressant la malléole interne, Portis [117], 10.
— (Énervation capsulaire) dans l'arthrose déformante, Lembeke [6], 6.
— de la jambe (Ankylose opératoire), Pitzen [4], 7.
Ascite par rupture d'un kyste, Cammarano [94], 8.
— expérimentale, Laufman [14], 12.
Astragale (Arthrodèses), Machacek [83], 7.

Attelle pour fixation du bras pendant le goutte à goutte intra-veineux, Enzenauer [6], 10.
Auricule (Suture) dans la commissurotomie, Pratt [117], 12.
Avant-bras (Fractures) ; ostéosynthèse par plaques à trois dimensions, Ma.ino [19], 2.
Aviation (Accident d'-) : traumatismes psychiques, Cazeilles [72], 5.

B

Bactériophage de Hérelle, Raiga [130], 1.
Banque de sang, Dolberg [122], 2.
Bezoar osseux rectal, Macht [122], 1.
Bilio-digestives [Fistules spontanées], Mini [97], 3.
Biopsie de la carina, Rabin [14], 3.
— systématique du col utérin, Goulart de Andrade [29], 4.
Blastomycose, Köhlmeier [84], 2.
Blessures par coup de feu, Reyes Cos [123], 3.
— crânio-cérébrales par projectile, Reyes Cos [123], 3.
— de guerre, Ziemnowicz [11], 2.
— des membres (Antibiotiques), Patterson [115], 5.
— rebelles (Bactériophage), Raiga [130], 1.
Bord alvéolaire (Carcinome), Calvi [54], 3.
Bouche (Carcinomes), Calvi [54], 3.
— (Chirurgie) ; procaïne intra-veineuse, Vitale [59], 8.
— (Tumeurs), Darlington [115], 1.
— [Cavité] (Chirurgie réparatrice) ; anesthésie Grandi [59], 3.
— [Plancher] (Kyste dermoïde géant) avec déformation grave maxillaire ; succès de la résection ostéoplastique avec ablation du kyste., J. Fus [131], 15.
Bras (Attelle pour fixation du —) dans le goutte-à-goutte intra-veineux à demeure, Euzenauer [6], 10.
Bronches (Angiomatose), Morere [77], 3.
— (Cancer primitif) ; chirurgie, R. Sauvage [134], 3.
— (Perméabilité) ; test spirographique, Drutel [40], 1.
Bronchectasie (Chirurgie), Santy [40], 2 ; Mathey [40], 3.
— (Lobectomie), Forsee [13], 10.
— (Résection segmentaire), Overholt [41], 9.
Bronchographie lipiodolée (Physiopathologie), Mounier-Kuhn [34], 1.
Broncho-pleurale [Fistule] après résection, Murphy [41], 1.
Broncho-pulmonaire [Cancer], Kourilsky [63], 1.
Brûlés (Mise à nu), Evans [7], 7.
Brûlures, Nisen [105], 7.
— chez l'enfant (Mise à nu), Taylor [7], 8.
— de jambe (Appareillage), Penn [7], 9.
Bulbe rachidien (Compression) au cours d'une maladie de Paget avec anomalie cervico-occipitale, Guillaume [133], 3.
— — — par luxation atloïdo-axoïdienne, Radamez Martinez [25], 3.
Bulbite appendiculaire, Paschetta [132], 16.
Bulbo-colique [Communication], Baumel [132], 8.
Bursites (Injections d'hydrocortisone), Orbach [60], 1.

C

Cæcum (Diverticulite), Geist [37], 7.
— (Lymphosarcome), Caram [124], 16.
— (Volvulus), Abrams [58], 2.
— Côlon ascendant (Abouchement urétéral pour construction d'une néo-vessie), Romero Lobo [18], 2.
Calcanéum (Ostéite tuberculeuse fistulisée) ; greffe spongieuse, streptomycine, Salmon [131], 8.
Calcification dans la phlébosclérose diffuse, A. Charan [91], 5.
Calcinose circonscrite et sclérodermie, Douglas [115], 2.
Calculs rénaux creux, Van Schie [93], 8.
— urétéraux (Extraction par les voies naturelles), G. Van Keerbergen [85], 1.
Calculose biliaire, Loose [4], 1.
Canal artériel (Persistance) ; 70 cas, Servelle [130], 6.
— biliaire (Chirurgie) ; abord transduodénal, Conole [12], 12.
— — (Hémorragie mortelle), Mc Gregor [15], 2.
— cholédoque (Extrémité inf.) (Processus pathologiques), Fotheringham [17], 2.
— déférent (Anastomose) dans la stérilité chez l'homme, Navarro Sala [89], 2.
— — (Graphie), Rosina [31], 3.
— pancréatique (Visualisation par moyens de contraste), Leger [39], 3.
Cancer et longévité, Dixon (C. F.) [16], 2.
— et race à Cuba, Puente Duany [53], 1.
— (Connaissances actuelles), Ezeyza [125], 1.
— (Cytodiagnostic), Laffargue [50], 1 ; Elias [87], 2 ; Cooper [117], 6.
— (— précoce) ; technique de Papanicolaou, J. Firket [87], 1.
— amygdalien, Sitbon [50], 4.
— avancé (Chirurgie radicale), Boyan [2], 3.
— bronchique, Papillon [56], 5 ; Gattner [82], 5.
— broncho-pulmonaire (Distribution des ganglions trachéo-bronchiques), Kourilsky [63], 1.
— bucco-pharyngien, Calvi [54], 3.
— colique, J. Quénu [35], 1.
— gastrique, Kuyjer [8], 2 ; Van Eeckhoutte [36], 3 ; Litricin [111], 5 ; Boyce [117], 7 ; Debray [132], 1.
— — (Anémie hémolytique), Giraud [70], 2.
— gastro-hépatique, Figarella [129], 9.
— gastro-intestinal, Hecht [37], 4.
— intestinal, Feldman [39], 1.
— jéjunal, Alichniewicz [11], 4.
— labial, Conde [48], 1.
— laryngien, Purdy Stout [57], 1.
— lingual, Mc Fee [115], 3.
— mammaire, Sluis [8], 4 ; Weiss [15], 13 ; Canizares Verson [53], 2 ; Kaal [56], 7 ; Gershon-Cohen [58], 8 ; Couretot [126], 1.
— mandibulaire, Bigelois [13], 22.
— multiple (Transposition viscérale), Rosseau [53], 5.
— de l'œsophage, Fruhling [34], 3.
— de l'œsophage cervical, J. Perrotin [129], 2.
— des os, Séror [50], 3.
— pancréatique, Monges [132], 11.
— pénien, Kuahn [32], 18.
— primitif (Cas multiples chez le même sujet), Roubier [66], 4.
— — des bronches, R. Sauvage [134], 3.
— prostatique, Baker [13], 4 ; Waller [32], 17 ; Ducassou [50], 6 ; H. Harrison [119], 6.
— pulmonaire, Rabin [14], 3 ; Houel [50], 2.
— rectal, Hellner [80], 1 ; Echesortu [17], 3 ; Johnson [32], 2.
— thyroïdien, Beal [14], 11 ; Luchetti [124], 10.
— utérin, Doege [15], 5 ; Varangot [27], 1 ; Goulart de Andrade [29], 4 ; Bonafos [50], 5 ; Gorciga [53], 3 ; [53], 4 ; Zacherl [84], 6 ; Dargent [112], 1 ; Carnahan [120], 3.
— vésical, Cauchon [113], 2.
Cancéreux (Complications fatales des antibiotiques), Bateman [118], 1.
Carcinoïde rectal, Morton [12], 6.
Carcinome (Diagnostic précoce), Blumlein [79], 11.
— ovarien, Schein [12], 2.
Cardia (Incontinence), Soulas [34], 4.

Cardiologie et œsophage, SEGERS [42], 1.
Carina (Biopsie) et cancer pulmonaire, RABIN [14], 3.
Castration (Troubles de la —), CL. BÉCLÈRE [65], 1.
Cathétérisation dans la rétention urinaire, LLOYD DAVIES [91], 16.
Cavité pelvienne (Chirurgie) ; soulèvement mécanique du sacrum, FRUCHAUD [129], 11.
— — (Eviscération), TEICHER [13], 20.
Celocurin (Relaxant musculaire), BOERÉ [8], 7.
Céphalée spinale (Prévention par l'aiguille spinale 26), C. K. et J. J. OWEN [12], 16.
Céphalhématome infantile ossifié (2 cas), GIANELLI [22], 3.
Cerveau (Abcès), BALLANTINE [119], 1.
— (Embolie), SCHÄFER [83], 13.
— (Inversion circulatoire), SAUTOT [62], 5.
— (Métastases) d'une tumeur maligne de l'arc aortique, E. BOCK [109], 2.
— (Tumeurs), évolution kystique, THUREL [62], 2.
Cervico-faciale [Actinomycose], PERLSTEIN [119], 5.
— [Région] (Exérèse pour tumeurs) ; chirurgie exsangue, HUET [33], 1.
Champ opératoire (Epilation aux rayons X), GOLDMAN [15], 12.
Charnière atloïdo-occipitale (Malformations complexes associées), G. BOUDIN [133], 1.
— cervico-occipitale (Anomalie) dans un cas de compression bulbaire au cours d'une maladie de Paget, GUILLAUME [133], 3.
Chirurgie (Usage pré-opératoire des antithyroïdiens en —), F. H. LAHEY [71], 1.
— cardiaque pour cœur en cuirasse (Résultats), TVAROH [108], 3.
— exsangue cervico-faciale, HUET [33], 1.
— gastrique (Hémorragies post-opératoires) ; causes et prophylaxie, JUNGBLUTH [6], 11.
— de guerre (Suture artérielle en —), H. POURPRES [129], 3.
Chirurgien et son entourage, F. A. R. STAMMERS [92], 1.
Chlorure d'éthyle (Anesthésie locale), SPADAFORA [124], 14.
Cholangéite (Formes), FRANKE [80], 3 ; FRANKE [80], 6.
Cholangiographie des abcès du foie, GENEST DE L'ARBRE [13], 21.
— de la calculose biliaire, LOOSE [4], 1.
Cholangiomes et syndrome de Cushing, P. RAVAULT [68], 1.
Cholécystectomie (Position du chirurgien), PETTINARI [15], 7.
Cholécystite, GEPHART [119], 7.
Cholécystographie, PONTHUS [112], 6.
— (Radiographies en série), PASCHETTA [132], 10.
— (Volumétrie vésiculaire), GUY ALBOT [60], 14.
— orale (Moyens de contraste), SCOTT [57], 9.
Cholélithiase, GEPHART [119], 7.
Chondromes chez le jeune enfant (Diagnostic différentiel), RITTER [6], 14.
Chordome sacro-coccygien, LITTMAN [13], 12.
Chorio-épithélioma (Pathologie), PICARD [15], 14.
— utérin, P. A. TRAFFORD [91], 12.
Circulation (Arrêt), V. OLOF BJÖRK [41], 3.
— (Epreuves fonctionnelles), WIESNER [82], 4.
— cérébrale (Inversion expérimentale), SAUTOT [62], 5.
— sanguine (Conservation) pendant les anastomoses, VALENTINO [43], 1.
Ciseaux chirurgicaux à pointe émoussée, THOREK [12], 22.
Claudication intermittente (Acidogramme gastrique), DI CIO [124], 15.
Clavicule (Fractures-luxation) ; traitement par fil métallique amovible, REBAUDI [19], 4.
Clou pour fractures trochantériennes, D. J. THOMAS [91], 10.
Cœur (Chirurgie), JORDAAN [128], 4.
— — dans un hôpital général, ANTONIUS [117], 5.
— en cuirasse (Cas longuement suivi et résultats opératoires), TVAROH [108], 3.
— (Maladie ischémique), MAC DONALD [44], 1.
— (Malformations congénitales) avec cyanose et apport insuffisant du sang au poumon ; opération de Blalock-Taussig, KAFKA [108], 2.
— à 3 oreillettes, DOXIADIS [24], 2.
— (Rupture) par massage, HURWITT [13], 18.
— [Oreillette droite] (Plaie) ; suture, CIAUDO [112], 3.
— [Ventricule droit] (Corps étranger embolique), SIMPSON [14], 18.
— [— unique], SIDDOWAY [23], 1.
Colectomie gauche pour cancer, J. QUÉNU [35], 1.
Coliques biliaires, DAL SANTO [100], 5.
Colite régionale, GAGE [14], 20.
Collafil (Réactions histologiques), D'AMICO [10], 5.
Collapsus des opérations intrathoraciques, KNUDSEN [104], 2.
Côlon (Adénomes) ; caractères de malignité, J. MONEREO [88], 3.
— (Chirurgie en 1 temps), BARRAYA [132], 2.
— (Occlusion), BRINDLEY [120], 1.
— (Polypose) ; syndrome dysentérique, MONGES [132], 13.
— (Sarcome), FIGARELLA [132], 15.
— [Méga] congénital, MUSKENS [93], 2.
— [Angle droit] (Fixation haute pathologique), BAUMEL [132], 8.
— ascendant (Diverticulite), GEIST [37], 7.
— gauche (Cancer) ; colectomie, J. QUÉNU [35], 1.
— sigmoïde (Colite régionale), GAGE [14], 20.
— — (Volvulus), DELAFIELD [37], 6.
— — — ; résection, émétine, MELCHIOR [79], 9.
— transverse (Adhérence à un schwannome gastrique), GANEM [129], 9.
Colonne vertébrale et maladies internes, GUTZEIT [79], 1.
Colostomie (Perforation de l'anse par cathéter), BETTMAN [117], 17.
— donnant de l'urine (Séparation des courants fécal et urinaire), TEICHER [13], 20.
— anale dans l'excision du rectum et du recto-sigmoïde G. F. NORMAN [16], 4.
Colpocytologie, GOULART DE ANDRADE [29], 4.
Coma neuro-chirurgical non traumatique (Diagnostic), J. PECKER [64], 1.
Commissurotomie (Suture auriculaire), PRATT [117], 12.
— mitrale, GLOVER [41], 10.
— valvulaire (Instrumentation), LARZELERE [41], 11.
Corps étrangers cardiaques, SIMPSON [14], 18.
— — intestinaux, G. GILA [21], 8.
— — pleuraux, VOARINO [100], 7.
— caverneux (Métastases prostatiques), WALLER [32], 17.
Cortico-surrénalome malin à symptomatologie thoracique, ROUBIER [66], 1.
Corticotropine dans l'entérite régionale, SAUER [38], 1.
Cortisone pour névrite par antitoxine, FETTER [116], 2.
Côtes (Ablation) dans la thoracoplastie partielle, NICODEMI [10], 2.
— [Ire] (Conservation) dans la thoracoplastie, J. GASINSKI [102], 1.
Cou (Ganglions tuberculeux) ; paralysie du trapèze après ablation, MAYR [79], 13.
Cou-de-pied (Fractures), BANNERMAN [120], 2.
Crâne (Hyperostose diffuse), SCHATTER [80], 2.
— (Pertes de substance) ; réparation avec os spongieux, KENNETH [12], 14.

Crâne [Cavité] (Complications des otites), Bateman [110], 1.
— — (Hypotension), Page [90], 1.
— [Voûte] (Foyer tuberculeux), Ravelli [55], 4.
Crânio-cérébral (Traumatisme) ; épilepsie consécutive, Wesley Watson [46], 3.
Crânio-cérébrales (Blessures) par projectiles, Reyes Cos [123], 3.
Crises nerveuses en neuro-chirurgie, J. Le Beau [64], 1.
Croissance (Effets du réseau de tantale), Koontz [13], 11.
Cryptorchidisme, Sieradzki [11], 9.
Cuisse (Amputation) ; prothèse à ventouse, Mc Master [15], 15.
Curare et narcose endotrachéale, Bauss [4], 9.
— de synthèse (Pharmacologie), Marghieri [59], 4.
Curarisant (Scoline), Rizzi [59], 6.
Curettage utérin pour hémorragies fonctionnelles, Hinz [28], 2.
Cyanose et apport insuffisant du sang au poumon, Kafka [108], 2.
Cystectomie totale (4 cas), Derboy [126], 5.
— — pour cancer, Cauchon [113], 2.
— — et transplantation urétérale dans l'ampoule rectale, Levitsky [12], 15.
Cystéine (Effets sur la néoplasie diffuse), Paolino [100], 2.
Cystoscopie (Anesthésie superficielle), Sinreich [107], 1.
Cytochrome dans la réanimation, Battezzati [10], 4.
Cytodiagnostic (Technique du ballon), Cooper [117], 6.
— du cancer, Laffargue [50], 1 ; Elias [87], 2.
— du cancer bronchique, Gattner [82], 5.
— du cancer intestinal, Hecht [37], 4.
— des tumeurs, Gattner [82], 9.
— précoce de Papanicolaou dans le cancer du col, J. Firket [87], 1.
— rapide (Prélèvement), Bollack [75], 1.
Cytomorphologie des ponctions tumorales, Siering [82], 2.

D

Dénutrition due à l'anastomose jéjuno-colique, I. C. Gilliland [92], 4.
Dermite des moignons, Schamberg [117], 2.
Dextrane (Forme améliorée), Boyd [90], 7.
Diaphragme (Déchirure traumatique) ; éviscération gastro-colique, Churchill [119], 9.
— (Parésie gauche isolée) améliorée par stimulation galvanique, Scarabicchi [22], 2.
Discographie dans la spondylite, Romanus [56], 1.
Diurèse (Troubles post-opératoires réflexes) ; travail de Winter, Hammesfarr [6], 4.
Diverticule de Meckel (Invagination), Gay [58], 6.
— — (Pathologie) ; 17 cas, Dubra [124], 7.
Diverticules duodénaux, Dagradi [97], 4.
— multiples du grêle, Chudzikowski [102], 4.
— œsophagiens, Ten Kate [8], 3.
— — épibronchiques, Welti [129], 12.
Diverticulite cæcale, Geist [37], 7.
— colique, Geist [37], 7.
Doigts (Angionévrose traumatique) chez les étancheurs, Z. Macek [108], 1.
— (Infection grave) : le « Spekk Friger » chez les marins des Mers arctiques, K. Rodahl [16], 6.
— (— professionnelle) emploi de l'anesthésie chirurgicale locale, P. E. B. Holmes [91], 15 et 19.
Donneurs de sang (Effets nuisibles de la transfusion), Gaetner [6], 15.
— — (Recherches sur les —), Müller [82], 3.
Douleur (Chirurgie), Krayenbuhl [84], 4.
— épigastrique, Fassio [132], 18.
Douleur faciale post-traumatique, Knox [128], 5.
Drainage vésical, Kaplan [124], 5.
Duodénum (Chirurgie) en 1951, Gray [121], 4.
— (Diverticules), Dagradi [97], 4.
— (Entérite régionale) Carlisle [121], 1.
— (Ulcères de la petite courbure), Moiroud [3], 2.
— (— perforé dans le cholédoque), Monges [132], 7.
Dysgerminome ovarien, Looker [12], 1.
Dysostose enchondrale polytope, Macarini [54], 1.
« Dysphagia lusoria » par crosse aortique double incomplète, Facquet [134], 1.
Dysplasie fibreuse crânio-faciale, Smith [52], 1.

E

Eau (Rétension post-opératoire), Le Quesne [90], 11.
Eczéma des chirurgiens par sensibilité à la novocaïne, Scheibe [6], 16.
Électro-encéphalographie de l'hématome sous-dural, Aboulker [60], 5.
Électro-résection (Emploi de l'évacuateur), Brosic [4], 8.
Embolectomie aortique (Réactions paradoxales), Artaud [131], 2.
Embolie cérébrale, Schäfer [83], 13.
— graisseuse rare de la grande et de la petite circulation, Förster [6], 8.
— de liquide amniotique, Firpo [29], 1.
Émulsion de graisse (Administration buccale), Goldberg [117], 4.
Encéphale (Perte de substance), Sgrosso [17], 9.
— (Tumeurs sus-tentorielles) chez l'enfant, Miller [46], 2.
Enclouage médullaire fémoral, Mc Pherson [114], 2.
— — pour fracture pertrochantérienne, Hienert [83], 9.
Endométriose rénale, E. Blum [1], 2.
Énervation articulaire du genou, Repaci [21], 4.
Entérite régionale (Corticotropine), Brown [38], 1.
— — du duodénum, Carlisle [121], 1.
Épaule douloureuse, Coventry [117], 14.
— (Luxation récidivante), Merle d'Aubigné [129], 14 ; [129], 15.
Épigastre (Crises douloureuses chez un comitial), Fassio [132], 18.
Épilepsie abdominale, Baumel [132], 17.
— post-traumatique, Wesley Watson [46], 3.
Épiphyse (Hémorragies), Thurel [62], 3.
Épiploon [Grand] (Torsion aiguë), Bisotti [95], 2.
Épispadias pubien, Salmon [131], 1.
Épithéliomas du col utérin *in situ*, J. Firket [87], 1.
Éponge de polyvinyl autour d'un anévrysme, Thurlow [14], 17.
Épreuves fonctionnelles circulatoires, Wiesner [82], 4.
Espace sous-dural (Hématome) ; électro-encéphalographie, Aboulker [60], 5.
— — (Hématome post-traumatique), Taptas [112], 5.
— sub-dural (Hématome), Taptas [110], 2.
— pararénal (Tumeur), Welti [129], 13.
— périnéal (Abcès), Cereseto [124], 11.
— (Hématome), Link [32], 3.
— présacré (Pneumopéritoine), Renfer [55], 2.
— rétro-vésical (Kyste hydatique) ; signes prostatiques, Dotta [17], 8.
Estomac (Cancer) et anémie hémolytique, Giraud [70], 2.
— — dissémination pariétale, Kuyjer [8], 2.
— — perforation, Litricin [111], 5.

Estomac (Cancer propagé au foie) ; gastrectomie totale avec hépatectomie partielle, FIGARELLA [131], 9.
— (Carcinome), BOYCE [117], 7.
— (Chirurgie) en 1951, GRAY [121], 4.
— — hémorragies post-opératoires, JUNGBLUTH [6], 11.
— (Épithélioma pédiculé) ; invagination duodénale, DEBRAY [132], 1.
— (Léiomyomes multiples) ; gastrectomie segmentaire haute et réimplantation œsophago-gastrique, AUMONT [129], 8.
— (Lymphome), SHALLENBERGER [41], 5.
— (Réticulo-histiocytome), CAMBONI [94], 3.
— (Schwannome), GANEM [129], 9.
— (Tumeurs métastatiques), E. LEY JR [88], 2.
— (Ulcère) ; pathogénie, SAEGESSER [84], 1.
— — malignité, SOAVE [100], 6.
— (— et sarcome) coexistants, DOHSE [14], 21.
— (— peptique) ; histologie, LOPEZ [99], 1.
— (Peptic ulcer) ; sa nature, STONE [117], 3.
— — — radiothérapie, BASSLER [37], 1.
— (— à perforation couverte pancréatique) ; radio-diagnostic, BAUMEL [132], 4.
— (— et perforation silencieuse), GLEIZE RAMBAL [132], 5.
— (Varices), EVANS [58], 3.
— (Volvulus), JENKINSON [57], 5.
— [Grande courbure] (Ulcus bénin), OLIVETTI [58], 4.
— [Fundus] (Tumeurs) ; radiologie avec pneumopéritoine, PRICOLO [98], 5.
— [Muqueuse] (Prolapsus), FRIEDRICH [36], 2.
— [Paroi] (Pancréas accessoire), EVANS [57], 3.
— — (Radiographie) par double contraste gazeux, PORCHER [35], 3.
— et côlon (Éviscération transdiaphragmatique), CHURCHILL [119], 9.
Évacuateur (Emploi) après électro-résection, BROSIC [4], 8.
Éviscération transdiaphragmatique, CHURCHILL [119], 9.
— pelvienne, TEICHER [13], 20.
Exostoses cartilagineuses internes, RAVELLI [55], 5.
— ostéogéniques, GRENET [61], 1.

F

Face (Douleur post-traumatique chronique), KNOX [128], 5.
— (Paralysie) ; réanimation, COLLIER [7], 3 ; BATTLE [7], 4 ; MATTHEWS [7], 5 ; CLARKSON [7], 6.
Fémur (Fractures diaphysaires) ; ostéosynthèse, MORRICA [19], 1.
— (— trochantériennes), LEGRAND [73], 1.
— — — enclouage, D. F. THOMAS [91], 10.
— (— cervico-trochantériennes) ; enclouage, ARTAUD [131], 7.
— (— pertrochantériennes) ; enclouage, HIENERT [83], 9.
— — Fracture-luxation), DETZEL [5], 1.
— [Col] (Fracture) ; enclouage, MC PHERSON [114], 2.
Fibradénome phyllodes, PROVENZANO [29], 6.
Fibrome ossifiant crânio-facial, SMITH [52],1.
— utérin géant, J. FUS [131], 13.
Fistules aortico-pulmonaires congénitales, SCOTT [41], 8.
— artério-veineuses pulmonaires, SCARINCI [94], 7.
— bilio-digestives spontanées, MINI [97], 3.
— broncho-pleurales ; après résection, MURPHY [41], 1.
— duodéno-biliaires pour ulcère duodénal, MONGES [132], 7.
— de l'intestin supérieur, BEN EISEMAN [14], 9.
— œsophago-bronchiques, QUIRIN [34], 2.
Fistules vésico-vaginales (Voie abdomino-périnéale), AUMONT [30], 8.
Foie (Abcès multiples) ; cholangiogrammes, GENEST DE L'ARBRE [13], 21.
— (— solitaire à pyogènes), J. J. YARVIS [12], 18.
— (Angiome), J. FIOLLE [131], 10.
— (Cancer gastrique propagé à —), FIGARELLA [131], 9.
— (Cirrhose alcoolique subaiguë), CATES [39], 2.
— (— biliaire chronique), RICHARDSON [90], 10.
— (Hémangio-endothéliome), BRANCADORO [94], 2 ; KUBAT [108], 5.
— (Hépatome malin), ROE [14], 15.
— (Ponction-biopsie), MENGHINI [96], 1.
— (Rupture traumatique), GREENE [15], 17.
— (Tests fonctionnels) après suppression de l'obstruction biliaire, RICHARDSON [90], 10.
— (Tumeur primitive) et syndrome de Cushing, P. RAVAULT [68], 1.
Fractures, LEGRAND [73], 1 ; ZACHARIAE [104], 5 ; PORTIS [117], 10 ; BANNERMAN [120], 2.
— en 1951, YOUNG [121], 2.
— (Enclouage), HIENERT [83], 9 ; MC PHERSON [114], 2 ; ARTAUD [131], 7.
— (Moyens de contention externe), A. R. DIEHR [21], 1.
— (Ostéosynthèse par plaques à trois dimensions), MARINO [19], 2.
— (Réparation) ; effets des ultrasons, MUROLO [9], 4.
— de Bennett (Radiologie), BILLING [56], 4.
— diaphysaires (Ostéosynthèse), MORRICA [19], 1.
— pluri-ligamentaires, avec section des ligaments, FIGARELLA [131], 14.
— de marche, BARNETT [90], 13.
— ouvertes, SGROSSO [17], 9.
— trochantériennes (Clou pour —), D. F. THOMAS [91], 10.
— luxation, DETZEL [5], 1.
— — (Fil métallique amovible), REBAUDI [19], 4.

G

Gaïacol [Éther glyciné], dans les spasmes du tétanos, ONDARZA [6], 3.
Galvanothérapie améliorant une parésie diaphragmatique gauche, SCARABICCHI [22], 2.
Ganglionectomie lombaire (Stérilité après —), S. S. ROSE [91], 13.
Ganglion stellaire (Lésions) dans le panaris, DALMAS [131], 17.
Ganglions trachéo-bronchiques dans la primo-infection et le cancer, KOURILSKY [63], 1.
Gangrène scrotale, COPE [32], 21.
Gastrectomie (Hypoglycémie post-prandiale), AUBERTIN [72], 3.
— segmentaire haute, AUMONT [129], 8.
— totale, NUBOER [8], 6. FIGARELLA [131], 9.
Gastrite polypoïde, BARRIERA [132], 3.
Gastro-duodénaux [Ulcères] ; séquelles de la résection, GREIF [83], 10.
Gastro-entérostomie datant de 52 ans, DE LUNA [132], 6.
— (Cancer) du versant gastrique, VAN EECKHOUTE [36], 3.
— pré-colique (Ulcère peptique), LE GAC [130], 2.
Gastrostomie (Peut-elle être améliorée ?), LAFARGUE [72], 1.
— (Administration d'émulsion de graisse), GOLDBERG [117], 4.
— avec anse jéjunale, MILLER [37], 3.
Gazoline (Inhalation) et cancer bronchique, JULSRUD [104], 6.
Gencives (Carcinomes), CALVI [54], 3.

Genou (Ankylose vicieuse), Sgrosso [17], 5.
— (Contractures) par lésions cutanées légères, Stracker [83], 8.
— (— en flexion des moignons courts), Aberle [83], 4.
— (Énervation articulaire) dans les états douloureux de la méniscectomie, Repaci [21], 4.
— (Plaies de guerre articulaires); pénicilline, Ouary [129], 7.
— (Pneumo-arthrographie), Nidecker [55], 1.
Glande parotide (Tumeurs); chirurgie, Riesner [14], 4.
— thyroïde (Affections); leurs relations avec le déséquilibre gonadique, Ferrer [12], 10.
— — (Cancer); ectomie radicale, Luchetti [124], 10.
— — (— non soupçonné), Beal [14], 11.
Glandes parathyroïdes (Adénome) et ostéite, M. C. Holt [92], 5.
— — (Ostéose); cas opéré et guéri, J. H. Lièvre [134], 1.
— surrénales (Comportement du stroma) dans l'hypertrophie prostatique, Lino [31], 2.
— — (Hyperplasie et hématome); hypertension consécutive, Giraud [70], 1.
— — (Surrénalome à cellules spongiocytaires); hypertension, Benelli [62], 9.
Globules rouges (Conservation), Chaplin [90], 14.
— — (Soustraction du glycérol), Chaplin [90], 15.
Glomus jugulaire (Tumeurs), Winship [8], 1.
— — — radio-diagnostic, Riemenschneider [57], 6.
Glycémie [Hypho] post-prandiale après gastrectomie, Aubertin [72], 3.
Glycérol soustrait aux globules, Chaplin [90], 15.
Goitre (Trachéotomie), Coussieu [33], 5.
— du médiastin postérieur, Wilhelm [4], 3.
— endothoracique, Franke [4], 2.
Goutte-à-goutte intra-veineux à demeure (Attelle pour fixation du bras), Enzenauer [6], 10.
Granulome malin (Sa nature), Piquet [33], 6.
— du nez, H. J. M. Stratton [91], 7.
Graphie déférento-épididymaire, Rosina [31], 3.
Greffes coliques intra-thoraciques, Kergin [13], 13.
— cutanées (Microgreffes), Spadafora [124], 14.
— — totales, Oldfield [90], 18.
— d'os spongieux, Salmon [131], 8.
— osseuses fraîches (Évolution), E. Sorrel [129], 1.
— — [Hétéro] Slullitel [17], 4.
Grossesse extra-utérine, Saebo [104], 7.
— — et intra-utérine simultanées, Saebo [104], 8.
Gynécomastie chez des malades âgés, Finochietto [124], 1.

H

Hanche (Luxation traumatique) avec fracture, Detzel [5], 1.
Hémangio-endothéliome, Brancadoro [94], 2.
— du foie, Kubat [108], 5.
Hémangiome médiastinal, Keegan [57], 7.
Hémangiopéricytomes, Gander [48], 3.
Hématome sous-dural (Électro-encéphalographie), Aboulkrr [60], 5.
— — post-traumatique, Taptas [112], 5.
— sub-dural aigu, Taptas [110], 2.
— périrénal, Link [32], 3.
— pulsatile, Lomeo [97], 2.
Hémoglobinémie après résection transuréthrale (Facteur chaleur), Ferguson [32], 14.
Hémogramme de Schilling, Maig y Navalon [132], 19.
Hémopéritoine, Francillon [65], 4.
Hémorragie après néphrectomie, Scott [32], 6.
— par hypothrombinémie, Reggianini [97], 5.
— des varices œsophagiennes, Cates [39], 2.
— biliaires, Mc Gregor [15], 2.
— fonctionnelles utérines, Hinz [28], 2.
— graves (Hypotension contrôlée), H. Duboucher [129], 4.
— gynécologiques, Heidler [83], 1.
— massives du « peptic ulcer », (Indications chirurgicales), Breidenbach Saltz [12], 3.
— des noyaux gris centraux, Thurel [62], 3.
— oculaires opératoires, Heinz [84], 8.
— post-opératoires en chirurgie gastrique (Causes et prophylaxie), Jungluth [6], 11.
— spléniques, Olander [13], 15.
Hémorroïdes, Montague [15], 19.
Hémothorax (Emploi de la trypsine), Delannoy [60], 7.
— traumatique, Palmisano [94], 6.
Hépatectomie lobaire partielle par voie thoraco-abdominale, Figarella [131], 9.
Hépatome malin (Hémorragie), Roe [14], 15.
Hernie crurale, Mc Laughlin [12], 13.
— — (Voie d'approche), Hull [13], 7.
— diaphragmatique, C. Rospide [124], 8.
— — avec apparence de pleurite, Ravelli [55], 3.
— — étranglée, Bernard [130], 7.
— de l'hiatus de Winslow, Comminino [58], 5.
— inguinale (Anatomie), Pernworth [37], 2.
— — (— et physiologie), Krieg [13], 6.
— — (Opération par réparation de la paroi postérieure avec un treillis de soie), Manzanilla [18], 5.
— — indirecte (Plastie de l'anneau), Schwarz [10], 6.
— interstitielle, C. M. Kemper [12], 20.
— pulmonaire, David Baxter [14], 7.
— de Spiegel, Basilico [126], 5.
— à travers le tendon conjoint, C. M. Kemper [12], 20.
— volumineuse (Réseau de tantale), Douglas [90], 8.
Hexaméthonium-Amide provaïnique dans l'hypotension contrôlée, A. A. Mason [91], 14.
Hiatus de Winslow (Hernie du sac péritonéal mineur), Cimmino [58], 5.
Hibernation artificielle, Cl. Martin [60], 6; Huguenard [86], 2.
Histodiagnostic rapide (Techniques), Bollack [75], 1.
Homogreffes, Woodruff [7], 2.
— ovariennes recouvertes d'amnios. Ten Bergé [93], 7.
Hormones (Action sur la croissance), Baisset [62], 4.
Hormonothérapie (Valeur comparée des suspensions cristallines et des implantations de pellets en —), Plauchu [67], 1.
— prostatique, Blanchot [30], 2.
Humérus (Fractures); contention externe, A. R. Diehr [21], 1.
Hydrocélectomie, Ratcliff [32], 19.
Hydrocortisone [Acétate d'] (Injections *in situ*) dans les arthrites, Orbach [60], 1.
Hydronéphrose, Schwartz [14], 13; J. G. Yates-Bell [92], 2.
— et hypertension, Giraud [70], 1.
Hypernéphrome (Métastases), Mac Lennan [114], 4.
Hyperostose généralisée héréditaire avec pachydermie, Bayer [81], 1.
Hyperprotéinémie, Hochfeld [60], 13.
Hypersplénisme par kyste, Hurwitz [14], 19.
Hypertension artérielle (Chirurgie), Perez Carreno [18], 3.
— — par hyperplasie et hématomes surré-

naux avec anomalie artérielle et hydronéphrose (Cas guéri par résection d'un rein et d'une surrénale), GIRAUD [70], 1.
Hypertension paroxystique par cortico-surrénalome, BENELLI [62], 9.
— portale et varices œsophagiennes, CATES [39], 2.
— — (Chirurgie), KALK [79], 3 ; [79], 8 ; [79], 10 ; KUHTZ [82], 1 ; NUBOER [93], 1.
— — (Dérivations porto-caves), VANDECASTEELE [74], 2.
— — (Ligatures artérielles), JAHNKE [13], 14.
— — (Physiopathologie), HOUCKE [74], 1.
Hypoglycémie, HIRSCHBERG [36], 1.
Hypotenseurs nouveaux, WERKÖ [104], 1.
Hypotension contrôlée, RALLO [94], 4.
— — (Emploi du bromure d'hexamétonium et amide provaïnnique associés dans l'—), A. A. MASON [91], 14.
— — (Mesure de la pression portale dans l'—), L. LEGER [129], 6.
— — dans les hémorragies graves, H. DUBOUCHER [129], 4.
— — par le thiophanium, MAGILL [90], 16.
— intra-crânienne, PAGE [90], 1.
Hypothrombinémie après thyroïdectomie, REGGIANINI [97], 5.
Hystérectomie sub-totale pour fibrome géant, J. FUS [131], 13.

I

Ictère hémolytique (Coliques biliaires), DAL SANTO [100], 5.
Iléite lymphoïde terminale, ARNULF [60], 11.
Iléo-cæcale [Région] (Examen), PONTHUS [112], 4.
Ilots pancréatiques (Tumeurs), CANT [114], 5.
Incontinence d'urine chez la femme (Traitement conservateur), SCHROTTENBACH [83], 11.
Infections gazeuses (Blocage par solution de potassium-hypermanganique), REMETAL [6], 9.
— des membres (Antibiotiques), PATTERSON [115], 5.
Injections spléniques transpariétales pour phlébographie, L. LEGER [129], 5.
Instruments pour commissurotomie, LARZELERE [41], 11.
— pour opération de Bankart, MERLE D'AUBIGNÉ [129], 15.
— pour uréthrocystographie, KJELLMAN [56], 2.
Insufflation digestive, MORIN [35], 4.
Intestin (Aspiration per-opératoire) pour occlusion du grêle, J. DOR [3], 3.
— (Corps étrangers), G. GILA [21], 8.
— (Infarctus) ; radiologie, LONGO [35], 2.
— (Intubation) ; blocage splanchnique, MARTINETTO [15], 8.
— (Invagination chronique), C. YODU [123], 1.
— (Nécrose circonscrite), TRISKA [83], 3.
— (Occlusion) ; procto-sigmoïdoscopie, BURNIREL [12], 5.
— — dans la maladie kystique du pancréas, BRUWER [57], 2.
— (— aiguë) ; radio-diagnostic, LOYGUE [65], 6.
— (— par carcinome ovarien), SCHEIN [12], 2.
— grêle (Cancers multiples), FELDMAN [39], 1.
— — (Diverticules multiples), T. CHUDZIKOWSKI [102], 4.
— — (Occlusion aiguë) ; aspiration per-opératoire, J. DOR [3], 3.
— — (Tumeurs lymphatiques), J. DE BORJA ARAUJO [103], 1.
— — (— malignes) ; diagnostic pré-opératoire d'un cas, SANCHEZ SAN JULIAN [88], 1.
— — (Volvulus), REBOUD [131], 16.
— supérieur (Fistules), BEN EISEMAN [14], 9.
Intubation intestinale, MARTINETTO [15], 8.
Intubation endotrachéale (Troubles cardio-vasculaires), NOATI [59], 7.
Invagination diverticulaire, GAY [58], 6.
— iléo-cæcale, GAY JR [58], 6.
— intestinale chronique, C. YODU [123], 1.
Irradiation et récidive de l'hyperplasie du thymus, COMOLLI [20], 2.
Ischion-Branche ischio-pubienne (Résection) pour ostéomyélite, A. MANZI [21], 5.

J

Jambe (Brûlures), PENN [7], 9.
— (Ulcère) ; thérapeutique tissulaire, MALEKY [127], 1.
— [Articulations] (Ankylose opératoire), PITZEN [4], 7.
Jéjunite, HIRSCHBERG [36], 1.
— nécrosante (Perforation), HERDMAN [90], 4.
Jéjuno-colique [Anastomose], GILLILAND [92], 4.
Jéjunostomie (Administration d'émulsion de graisse), GOLDBERG [117], 4.
Jéjunum (Cancer), ALICHNIEWICZ [11], 4.
— (Diverticules), DAGRADI [97], 4.

K

Kyste dermoïde géant du plancher buccal, J. FUS [131], 15.
— — congénital, ERICK [12], 17.
— hydatique rétro-vésical, DOTTA [17], 8.
— mammaire, D. H. PATEY [91], 2.
— osseux simulé par usure consécutive à la pression, HIENZSCH [6], 13.
— ovarien, CAMMARANO [94], 8 ; ROSAIRE LAUZER [113], 1.
— pancréatique, HURWITZ [14], 19.
— — [Pseudo], DAVID [128], 2.
— du parovaire, BARO GRAF [29], 3.
— et fossettes sacro-coccygiennes, GOLDMAN [15], 12.

L

Lambeau bipédiculé de Filatoff, KOSTEK [11], 3.
Langue (Cancer); chirurgie, MC FEE [155], 3.
— (Tuberculose secondaire), CATTINI [94], 1.
— [Base] (Tumeurs); radiologie, ANTONIAZZI [98], 7.
Larynx (Épithélioma intra-muqueux), PURDY STOUT [57], 1.
Léiomyomes gastriques multiples, AUMONT [129], 8.
Leucorrhées (Traitement), BLINICK [12], 4.
Leviers anatomiques, (Modifications chirurgicales), LE CŒUR [62], 6.
Lèvres (Cancer), CONDE [48], 1.
— (Plastie), FORGET [76], 3.
Ligament gastro-colique envahi par Schwannome, GANEM [129], 9.
— jaune (Hypertrophie), ALBERT [2], 4.
Ligature artérielle, JAHNKE [13], 14.
— veineuse, MOORE [90], 2.
Liquide amniotique (Embolie mortelle pour la mère), FIRPO [29], 1.
Liquide (Thérapeutique opératoire par —), SUIRE [76], 1.
Lithiase biliaire, GEPHART [119], 7.
— diverticulaire, HERNANDEZ VERA [123], 2.
— urétérale (Rupture), CIBERT [30], 4.
Lobectomie pulmonaire, FORSEE [13], 10.
— — (Influence fonctionnelle), VAN DER DRIFT [49], 1.
Lobotomie pré-frontale bilatérale (100 cas suivis 5 ans), GREENBLATT [117], 16.
Longévité et cancer, DIXON [16], 2.
Lutte contre la douleur, KRAYENBUHL [84], 4.
Luxation, SCHAEFER [5], 4 ; RADAMEZ MARTINEZ [25], 3.
— récidivante, MERLE D'AUBIGNÉ [129], 14 ; [129], 15.

Luxation spontanée hyperémique, A. Nunez [88], 4.
Lymphadénite mésentérique, Ferguson [14], 14.
Lymphadénopathies intra-thoraciques, Chaves [51], 3.
Lymphangiome kystique, Freeman [13], 2.
Lymphatiques du thorax, Celis [56], 3.
Lymphomes pulmonaire et gastrique, Shallenberger [41], 5.
Lymphosarcome cæcal, Caram [124], 16.
— rectal, Rudowski [11], 8.

M

Mâchoires (Cancer métastatique), Bigelow [13], 22.
Malade cardiaque (Anesthésie en équipe), Leffingwell [15], 10.
Maladie de Crohn et stéatorrhée, J. Burke [91], 17.
— maligne (Triéthylène mélamine dans la —), S. Paterson [91], 3.
— de Morquio, Macarini [54], 1.
— ostéogénique, Grenet [61], 1.
— de Paget vertébrale, Guillaume [133], 3.
— de Recklinghausen nerveuse avec tumeur abdominale, M. Joseph, [92], 3.
— post-traumatique, Haller [4], 5.
Maladies internes et colonne vertébrale, Gutzeit [79], 1.
— mentales (Traitement par destruction du noyau ventral antérieur thalamique), Talairach [133], 2.
— professionnelles (Syndrome de Südeck), Schröter [82], 8.
— du travail (Angionévrose traumatique des doigts chez les étancheurs), Z. Macek [108], 1.
Malformations complexes associées, G. Boudin [133], 1.
Malléole interne (Fractures), Portis [117], 10.
— — (Pseudarthrose), Bertele [6], 7.
Mamelon (Crevasses) chez les accouchées, Tasovac [111], 2.
Massage cardiaque (Rupture), Hurwitt [13], 18.
Masse sanguine (Variations per-opératoires), Weiss [60], 3.
Massif folliculaire (Tumeurs), Arienzo [9], 3.
Mastectomie radicale (Radiothérapie préopératoire), Ka e [56], 7.
Mastite, Van Bouwdijk [93], 6.
— puerpérale, Schaible [79], 7.
Maxillaire inférieur (Déformation monstrueuse) par kyste dermoïde géant du plancher buccal, J. Fu s [131], 15.
— — (Prothèse acrylique), J. Fus [131], 12.
— — (Tumeur géante à myéloplaxes) ; prothèse acrylique ; réinsertion des masticateurs ; arthroplastie ; succès, J. Fus [131], 12.
Médiastin (Chirurgie), Sartori (98), 2.
— (Hémangiome), Keegan [57], 7.
— (Ombres isolées), Ehrlich [115], 6.
— (Paraffinome) ; compression œsophagienne, Kergin [13], 13.
— (Tumeurs), Welti [2], 1.
— postérieur (Goitre), Wilhelm [4], 3.
Mélanoblastomes, Perussia [98], 3.
Mélanomes (Distribution régionale), Pack [14], 8.
Mélorhéostose, Schinz [55], 6; Trevethrick [90], 3.
Membre inférieur (Claudication intermittente), Di Cio [124], 15.
— — (Complications veineuses), Auer-Sanders [81], 3.
— — (Dermite des moignons), Schamberg [117], 2.
— — (Syndrome d'oblitération artérielle), Figarella [131], 5.
Membres (Infections) ; antibiotiques, Patterson [115], 5.
Méningo-encéphalocèle opérée à la naissance, Pozzi [98], 8.
Méniscectomie (États douloureux) ; énervation articulaire du genou, Repaci [21], 4.
Mésentère (Lymphadénite), Ferguson [14], 14.
— (Occlusion vasculaire), Longo [124], 4.
— (Tumeurs) ; radio-diagnostic, Scarpellini [132], 14.
Métastases cérébrales d'une tumeur maligne de l'arc aortique, E. Bock [109], 2.
Métatarsiens (Relations avec la fracture de marche), Barnett [90], 13.
— [Base] (Ostéotomie de Greenstick), Howard Verney [16], 5.
Métatarsus varus congénital, Bestard y Pividal [25], 2.
Métrorragies inflammatoires (Pénicilline locale), R. Pumpianski [102], 3.
Moelle épinière (Traumatismes), Covalt [117], 8.
Moignon d'amputation (Dermite), Schamberg [117], 2.
— court de jambe (Contracture en flexion du genou), Aberle [83], 4.
Môles et mélanomes (Distribution), Pack [14], 8.
Monilia, Albers [32], 7.
Mortalité durant la 1re année à Varsovie (Causes), Wiernicka [11], 1.
Moyens de contraste pour cholécystographie, Scott [57], 9.
— — (Effets vésiculaires), Ponthus [112], 6.
Muqueuse gastrique (Prolapsus), Friedrich [36], 2.
Muscle trapèze (Paralysie) après opération cervicale, Mayr [79], 13.
— vaste externe (Rupture traumatique souscutanée) suivie de parésie sciatique poplitée, Santacroce [19], 3.
Muscles (Relaxant d'action ultra-courte), Boeré [8], 7.
— quadriceps fémoraux (Rupture bilatérale), Gaillard [130], 4.
Mg 301 dans les spasmes du tétanos, Ondarza [6], 3.
Myélographie (Technique et valeur), Shipp [117], 15.
Myomes utérins, Nunas da Silva Horta [103], 2.
Myosite ossifiante post-traumatique, Blanke [5], 3.

N

Narcose à circuit fermé (Emploi du tricuran comme relaxant), Mattres [6], 2.
— au protoxyde d'azote-curare sans intubation, W. Voss [6], 1.
— endotrachéale avec curare, Bauss [4], 9.
Nécrose intestinale, Triska [83], 3.
Néoformations prostatiques, Blanchot [30], 2.
Néoplasie diffuse (Effets du thiosulfate sodique et de la cystéine), Paolino [100], 2.
Néoplasmes (Antibiotiques), Bateman [118], 1.
— (Traitement par le T. E. M.), Lenti [100], 1.
— rénaux, Deming [32], 1.
— urinaires, Bunge [32], 4.
— du col utérin, G. Daniel [69], 3.
Néo-vessie (Construction d'une —) avec cæcum, côlon ascendant et abouchement urétéral dans le même temps chirurgical, Romero Lobo [18], 2.
Néphrectomie (Hémorragie) ; compression aortique, Scott [32], 6.
Nerf crural (Blessure de guerre) ; suture partielle, Ziemnowicz [11], 2.
— radial (Paralysie) ; transplantation tendineuse, Sgrosso [17], 6.
— sciatique poplité externe (Parésie), par rupture musculaire, Santacroce [19], 3.

Nerf splanchnique (Blocage) dans l'intubation intestinale, Martinetto [15], 8.
Nerfs périphériques (Blocage) en chirurgie générale, Jorgensen [15], 11.
— — (Histologie) après anesthésie locale, Glaninger [83], 12.
Neuro-chirurgie (Coma non traumatique), J. Pecker [64], 1.
— (Crises nerveuses en —), J. Lebeau [64], 2.
— de l'enfant mentalement déficient, Rosner [15], 16.
Névrite périphérique par antitoxine tétanique, Fetter [116], 2.
Nez (Granulome) et péri-artérite noueuse, A. J. M. Stratton [91], 7.
Novocaïne (Sensibilité à la —) ; eczéma par — chez les chirurgiens, Scheibe [6], 16.
— intra-veineuse, Orator [83], 2.
— — post-opératoire, Labra [124], 3.
Noyaux gris centraux (Hémorragies), Thurel [62], 3.

O

Obésité (Chirurgie), Iturraspe [126], 2.
Occlusion colique, Brindley [120], 1.
— intestinale, J. Dor [3], 3 ; Burnirel [12], 5 ; Bruwer [57], 2.
par carcinome ovarien, Schein [12], 2.
aiguë (Radio-diagnostic), J. Loygue [65], 6.
— vasculaire mésentérique, Carucci [12], 7.
Œil (Hémorragies opératoires), Heinz [84], 8.
Œsophage en cardiologie, Segers [42], 1.
— (Chirurgie), di Natale [98], 1.
— court, Nemours-Auguste [35], 5.
— (Diverticule congénital), Ten Kate [8], 3.
— (— épibronchique), Welti [129], 12.
— (Hernie du hiatus), Rospide [124], 8.
— (Obstruction) par paraffinome, Kergin [13], 13.
— (Sténose par caustique) ; fistule bronchique Quirin [34], 2.
— (Tumeurs malignes), Fruhling [34], 3.
— [Brachy] et incontinence cardiale, Soulas [34], 4.
— [Méga] (Œsophago-gastrostomie transthoracique), Simic [111], 3.
— [Constricteur inférieur] : rapports morbides, Kay [41], 6.
— réséqué (Prothèse plastique), Berman [14], 16.
— cervical (Cancer) ; œsophagectomie totale et pharyngo-gastrostomie en un temps, J. Perrotin [129], 2.
— inférieur (Maladie) et constricteur inférieur, Kay [41], 6.
antéthoracique, Miller [41], 14.
Œsophagectomie totale, J. Perrotin [129], 2.
Œsophagite ulcéreuse, Soulas [34], 4.
Œsophago-gastrique [Réimplantation], Aumont [129], 8.
Œsophago-gastrostomie, Simic [111], 3.
Œstradiol [Benzoate] (Son action sur le système réticulo-endothélial), T. Nicol, [91], 8.
Ombres médiastinales isolées, Ehrlich [115], 6.
Opération de Bankart, Merle d'Aubigné [129], 14.
— de Bassini, Glimm [4], 6.
— de Blalock-Taussig pour malformations cardiaques congénitales, Kafka [108], 2.
— de Förster, Dragojevic [111], 1.
— de Hey Groves, Figarella [131], 14.
— de Marino-Zuco, Marino [19], 2.
— de Milch, A. Manzi [21], 5.
— précoce, Seifert [79], 12.
— de Rodney Maingot pour hernie inguinale, Manzanilla [18], 5.
— de Romich, Gloger-Romich [83], 6.
— de Spitzy, Machacek [83], 7.
Opération de Trendelenburg (Indications actuelles ?), P. Santy [66], 6.
Ophtalmologique [Intervention] ; action sur l'angor, Sedan [131], 4.
Orbitotomie élargie, Böck [84], 7.
Orchidectomie (Son action sur le système réticulo-endothélial), T. Nicol [91], 8.
Oreille (Aplasie) ; tomographie, Ombrédanne [33], 2.
Organes endocrines (Tumeurs), Wanke [78], 1.
Organisme refroidi (Physiologie), Giaja [60], 16.
Orteil [Gros] (Oignon) ; ostéotomie de Greenstick, Howard Varney [16], 5.
Orthopédie (Anti-émétiques), Berri [59], 5.
Os (Cancer), Seror [50], 3.
— (Consolidation), Foes de Vasconcellos [48], 2.
— (Greffes fraîches), E. Sorrel [129], 1.
— (Hétérogreffes), Slullitel [17], 4.
— (Traumatismes) ; leurs rapports avec l'ostéomyélite hématogène, Geisthövel [6], 12.
— (Action des tumeurs intra-rachidiennes), Alajouanine [62], 1.
— (Usure par pression) à forme de kyste osseux, Hienzsch [6], 13.
— crâniens et faciaux (Ostéomes), Smith [52], 1.
— frontal (Fracture ouverte) : prothèse acrylique, Sgrosso [17], 9.
— longs (Croissance) ; action hormonale, Baisset [62], 4.
— spongieux pour pertes de substance, Kenneth [12], 14.
Ostéite fibro-kystique généralisée dans l'adénome parathyroïdien, M. C. Holt, [92], 5.
— du pubis, Götzen [6], 5.
— tuberculeuse fistulisée, Salmon [131], 8.
Ostéo-arthrite du malade âgé, Kuhns [117], 9.
Ostéo-articulaire [Tuberculose], Lopez Fernandez [89], 1.
— — traitement fonctionnel, Colombani [83], 5.
Ostéome nasal, Ter Hegge [93], 5.
Ostéomyélite (Résection de l'ischion et de la branche ischiopubienne), A. Manzi [21], 5.
— hématogène (Ses rapports avec les traumatismes osseux non aigus), Geisthövel [6], 12.
— purulente (Agranulocytose), Wiesner [82], 7.
Ostéopétrose (Étude étio-pathogénique), Borellini [21], 2.
Ostéoplastie maxillaire, J. Fus [131], 15.
Ostéopœcilie avec hyperprotéinémie, Hochfeld [60], 13.
Ostéoporose post-ménopausique (Raréfaction pariétale), Epstein [58], 1.
Ostéose parathyroïdienne (Cas opéré et guéri), J. A. Lièvre [134], 2.
Ostéosynthèse pour fractures, Morrica [19], 1 ; Marino [19], 1.
Ostéotomie de Greenstick pour oignon du gros orteil, Howard Vern y [16], 5.
Otite moyenne (Complications intra-crâniennes), Bateman [110], 1.
Ouraque (Lésions) chez l'adulte, Sterling [13], 19.
Ovaire (Arrhénoblastome), Miechi [29], 2.
— (Carcinome avancé) et occlusion intestinale, Schein [12], 2.
— (Dysgerminome), Looker [12], 1.
— (Kyste rompu), Cammarano [94], 8.
— (— tératoïdes), R. Lauzer [113], 1.
— (Tumeurs masculinisantes), J. Varangot [86], 1.
— sclérokystique folliculinique (Résection) guérissant des cas de sinusite chronique, G. Mo sset [69], 2.
Ovocycline, Clerc [106], 1.
Oxymétrie et fonction pulmonaire, Alexander [41], 13.

P

Palais [Voile] (Mouvements), Calnan [7], 10.
Panaris (Lésions du stellaire), Dalmas [131], 17.
Pancréas accessoire gastrique, Evans [57], 3.
— (Chirurgie) en 1951, Waugh [121], 3.
— (Kyste), Hurwitz [14], 19.
— (Pseudokyste), David [128], 2.
— (Maladie kystique) et occlusion intestinale, Bruwer [57], 2.
— (Tumeur kystique), de Luna [132], 12.
— [Ilôts] (Tumeurs), Cant [114], 5.
— [Tête] (Cancer) ; manifestations successives, Monges [132], 11.
Pancréatite chronique (Exploration fonctionnelle), Sarles [132], 9.
— — (Sphinctérotomie transduodénale), Major [119], 8.
— récidivante (Splanchnicectomie), Mallet-Guy [60], 8.
— stéato-nécrotique, Tritto [9], 1.
Pancréatopathies aiguës, Meeroff [124], 6.
Papillome bénin, Bacon [14], 5.
Paraffinome médiastinal, Kergin [13], 13.
Paralysie par blocage anesthésique, Rosenbaum [46], 1..
— cérébrale de l'enfant (Réhabilitation), Keats [15], 18.
— faciale (Réanimation), Collier [7], 3 ; Battle [7], 4 ; Matthews [7], 5 ; Clarkson [7], 6.
— radiale (Transplantation tendineuse), Sgrosso [17], 6.
— spastique (Rhizotomie), Dragojevic [111], 1.
Paraplégique (Vessie du), Grossiord [62], 7.
Parésie diaphragmatique gauche isolée améliorée par galvanothérapie, Scarabicchi [22], 2.
Paronychie, Lowden [90], 9.
Parovaire (Kyste), Baro Graf [29], 3.
Peau (Antigènes) et antigènes rénaux, Dempster [7], 1.
— (Avulsions étendues) chez l'enfant, Knaibl [26], 1.
— (Microgreffes), Spadafora [124], 14.
Pellets (Implantation) ; valeur comparée en thérapeutique hormonale, Plauchu [67], 1.
Pénicilline (Son action dans les plaies articulaires du genou), Ouery [129], 7.
— (Dangers éventuels) chez le jeune enfant tuberculeux, F. Copello [22], 1.
Pénicillinothérapie locale dans les métrorragies inflammatoires, R. Pumpianski [102], 3.
Pénis (Cancer) ; technique opératoire, Kuahn [32], 18.
— (Induration plastique), A. C. T. H., Domenech [124], 9.
Pentamethonium, Barbier [33], 3.
Penthiobarbital anesthésique, Barbier [33], 3.
Pepsinogène (Excrétion urinaire), Hirschowitz [90], 6.
Peptic ulcer et stress surrénal, Zubiran [14], 1.
— — (Complication) : hémorragies massives, Breidenbach Saltz [12], 3.
— — (Problèmes), Stone [117], 3.
— — (Radiothérapie), Bassler [37], 1.
— — aigu perforé (Traitement et pronostic), F. Avery Jones, [91], 6.
— — rebelle (Diagnostic), Shaiken [37], 5.
Péricarde pariétal (Manœuvres opératoires) ; troubles cardio-circulatoires, Bagetti [59], 2.
Période post-opératoire (Atélectasie pulmonaire), Palmer [90], 12.
— — (Novocaïne intra-veineuse immédiate), Labra [124], 3.
— — (Prothrombine résiduelle), Serra [97], 1.
Période post-opératoire (Rétention liquidienne). Le Quesne[90], 11.
— — (Thérapeutique liquidienne), Suire [76], 1.
— — (Variations de la masse sanguine), Weiss [60], 3.
Péritoine (Papillome bénin), Bacon [14], 5.
— [Cavité] (Abcès) ; radio-diagnostic, Olivier [60], 9.
Péritonite aiguë d'origine génitale et pyosalpinx compliqués, H. G. Robert [65], 3.
— encapsulante, Fasce [17], 11.
Pertes de substance crânienne, Kenneth [12], 14.
— — encéphalique, Sgrosso [17], 9.
— — trachéo-œsophagienne congénitale, Logan Leven [41], 7.
Pharyngo-gastrostomie en un temps, J. Perrotin [129], 2.
Pharynx (Carcinomes), Calvi [54], 3.
Phénomène de Schwartzmann-Sanarelli dans l'appendicite, Savino [9], 2.
Phlébites du post-partum (Étiologie et prophylaxie), Caderas de Kerleau [69], 1.
Phlébographie portale par injection splénique transpariétale, L. Leger [129], 5.
Phlébosclérose diffuse avec calcification, A. Charan [91], 5.
Phlébothrombose (Prophylaxie), Domanig [84], 9.
Physiothérapie des néoplasmes du col utérin (Évolution), G. Daniel [69], 3.
Pied (Réparation cutanée), Tejerina [17], 1 ; Albertengo [17], 7.
— bot congénital (Transplantation tendineuse), Marottoli [17], 10.
— plat valgus avec contracture (Étiologie), Sandfuhr [81], 2.
Pince à agrafes modifiée, Kleitsch [12], 23.
Plaies de guerre articulaires, Ouary [129], 7.
Plasma (Substituts), Lund [105], 3.
Plastie labiale, Forget [76], 3.
Pleurite simulée par hernie diaphragmatique, Ravelli [55], 3.
Plèvre [Cavité] (Corps étrangers), Voarino [100], 7.
Pneumo-arthrographie, Nidecker [55], 1.
Pneumonectomie pour abcès, Dorken [110], 4.
— pour tuberculose à forme pseudo-tumorale, Mourgue-Molines [70], 3.
Pneumopéritoine, Pricolo [98], 5.
— (Insufflation pré-sacrée), Renfer [55], 2.
— (Valeur diagnostique), Liebschner [4], 4.
Pneumothorax extra-pleural, Strieder [51], 1.
Poliomyélite (Transplantation tendineuse), P. Le Cœur [62], 8.
Polyéthylène (Empaquetage abdominal), Durham [14], 6.
Polypose colique, Monges [132], 13.
Ponction-biopsie hépatique, Menghini [96], 1.
Porte-suture de Maltby, Oldfield [90], 18.
Potassium [Hypermanganate] (Blocage par —) dans les infections gazeuses, Remetal [6], 9.
Poumon (Abcès) ; traitement actuel, Brocard [65], 8.
— (— chronique) ; ectomie, Dorken [110], 4.
— (Anévrysmes artério-veineux), Nogrette [60], 2.
— (Atélectasie) ; physiopathologie, Peck [41], 4.
— (— post-opératoire) ; prévention, Palmer [90], 12.
— (Bronchectasie) ; résection segmentaire, Overholt [41], 9.
— (Cancer) ; biopsie de la carina, Rabin [14], 3.
— — thérapeutique actuelle, Houel [50], 2.
— (— bronchique) ; cyto-diagnostic, Gattner [82], 5.
— — — par inhalation de gazoline, Julsrud [104], 6.

Poumon (Cancer bronchique); radiothérapie, Papillon [56], 5.
— (Complications de la chirurgie abdominale), Babington [15], 9.
— (Décortication), Bernat [128], 1.
— (Dilatation bronchique); exérèse, Mathey [40], 3.
— (Emphysème), Abbott [101], 1.
— (Fonction); oxymétrie, Alexander [41], 13.
— — après lobectomie, Van der Drift [49], 1.
— (Hernie); réseau de tantale, David Baxter [14], 7.
— (Infarctus post-opératoire), Cramer [80], 4.
— (Lymphome), Shallenberger [41], 5.
— (Radiologie); opacité arrondie et opacité irrégulière à gauche, J. Dor [131], 11.
— (Résection) avec streptomycine, Murphy [51], 2.
— (Sclérose) au cours du sclérome progressif généralisé, T. Chodyn [102], 2.
— (Tuberculose); choix d'une intervention, O. Monod [65], 7.
— — exérèse, Zerbini [41], 12; Cornet [76], 2; Buonomo [95], 1.
— — exérèse et prothèse à l'éponge plastique, Gale [41], 2.
— — fistule broncho-pleurale après exérèse, Murphy [41], 1.
— (— primaire); résection, Dijkstra [47], 1.
— (— pseudo-tumorale); résection, Mourgue-Molines [70], 3.
— (Ventilation); base architecturale, Churchill [13], 1.
— [Lobe inf. gauche] (Fistule artério-veineuse); syndrome érythrémique, Scarinci [94], 7.
— [Pédicules] (Influence des types morphologiques humains sur les —), Villemin [3], 1.
Pression portale (Sa mesure dans l'hypotension contrôlée), L. Leger [129], 6.
Procaïne intra-veineuse, Vitale [59], 8.
Procto-sigmoïdoscopie dans l'occlusion, Burnirel [12], 5.
Prostate (Adénome) et abcès staphylococcique, Durand [30], 7.
— — altérations urétérales, Valentino [31], 4.
— (Cancer), Ducassou [50], 6.
— — prévention, Baker [13], 4.
— — surrénalectomie, Harrison [119], 6.
— (Hypertrophie) et stroma surrénalien, Lino [31], 2.
— (Néoformations); hormonothérapie, Blanchot [30], 2.
— (Tumeurs); ectomie transuréthrale, Iglesias de la Torre [53], 6.
— (Voie périnéale), Higbee [32], 16.
— [Extraits] (Action *in vitro*), Montorsi [98], 9.
Prostatectomie rétro-pubienne (Premier cas dans l'État d'Anzoategui, Arreaza Pinoni [18], 4.
— transuréthrale, Iglesias de la Torre [53], 6.
Prothèse acrylique crânienne, Sgrosso [17], 9.
— — mandibulaire, J. Fus [131], 12.
— à l'éponge plastique, Gale [41], 2.
— œsophagienne plastique, Berman [14], 16.
— avec ventouse du membre inférieur, Mc Master [15], 15.
Prothrombine résiduelle post-opératoire, Serra [97], 1.
Protoxyde d'azote, Singer [80], 5.
— — — Curare, W. Voss [6], 1.
Pseudarthrose malléolaire, Bertele [6], 8.
Psycho-chirurgie, Balkrishna Rao [15], 6; Greenblatt [119], 2; [119], 4.
Pubis (Ostéite), Götzen [6], 5.
— [Symphyse] (Relâchement chez le singe), J. C. Gold [16], 3.
Pyéloplastie, Schwartz [14], 13.
Pyélo-urétérale [Uronéphrose], Bernardi [126], 3.
Pyosalpinx compliqué (Péritonites aiguës consécutives), H. G. Robert [65], 3.
Pyothorax staphylococcique chez l'enfant, Rackow [91], 1.

R

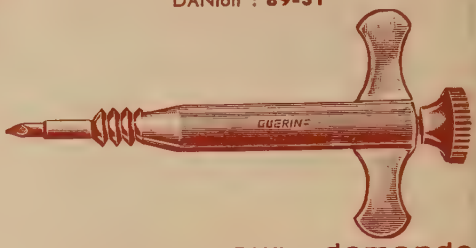
Rachis (Tumeurs intra-rachidiennes); retentissement osseux, Alajouanine [62], 1.
Radio-diagnostic des abcès péritonéaux, Olivier [60], 9.
— de l'occlusion aiguë, J. Loygue [65], 6.
— des tumeurs mésentériques, Scarpellini [132], 14.
— de l'ulcère à perforation couverte pancréatique, Baumel [132], 4.
Radiologie des artères coronaires, Di Guglielmo [56], 6.
— de la fracture de Bennett, Billing [56], 4.
— de l'infarctus intestinal, Longo [35], 2.
Radiothérapie du cancer mammaire, Kaae [56], 7; Gershon-Cohen [58], 8.
— du cancer du col, Gorciga [53], 3; [53], 4; Carnahan [120], 3.
— du peptic ulcère, Bassler [37], 1.
— à haut voltage (Ses aspects), F. W. O'Brien [12], 9.
Radiumthérapie cervicale utérine (Applicateurs cervicaux), Fletcher [58], 9.
Rate (Anévrysme), Berger [13], 16.
— (Hémorragie intermittente post-traumatique), Olander [13], 15.
— (Tuberculose), Houcke [74], 3.
— — et rein gauche (Rupture traumatique), D. Musto [21], 7.
Réanimation dans la paralysie faciale, Collier [7], 3.
— (Cytochrome C), Battezzati [10], 4.
Recto-sigmoïde (Excision; colostomie anale), Norman [16], 4.
Rectum (Adénomes); critères de malignité, J. Monereo [88], 3.
— (Amputation); rétablissement de la continence, Michel-Béchet [131], 6.
— (Bézoard osseux), Macht [122], 1.
— (Cancer); traitement actuel, Hellner [80], 1.
— (Carcinoïde); 3 cas, P. C. Morton [12], 6.
— (Excision); colostomie anale, G. F. Norman [16], 4.
(Lymphosarcome); Rudowski [11], 8.
— (Prolapsus complet), Brintmall [14], 2.
— (Tuberculose), Bensaude [60], 10.
Réimplantation œsophago-gastrique, Aumont [129], 8.
Rein (Affections chirurgicales); manifestations digestives, Demole [60], 4.
— (Antigènes) et antigènes cutanés, Dempster [7], 1.
— (Calcul creux), Van Schie [93], 8.
— (Cancer) sans signes pyélographiques, Echesortu [17], 3.
— (Ectopie), Esref Gursel [30], 5.
— (Endométriose), E. Blum [1], 2.
— (Fonction); immaturité chez l'enfant en bas âge, Barnett [24], 3.
— (Hypoplasie), Fabris [31], 1.
— (Infection à monilia), Albers [32], 7.
— (Mobilité anormale), Kaminsky [32], 5.
— (Néoplasmes), Deming [32], 1.
— polykystique (Carcinome), Johnson [32], 2.
— Rhabdomyome), Ciarpaglini [54], 2.
— (Traumatismes) chez l'enfant, Mertz [32], 8.
— — Glandes surrénales (Lésions à droite); exérèse dans la guérison d'un cas d'hypertension, Giraud [70], 1.
Résection transuréthrale (Hémoglobinémie), Ferguson [32], 14.

Éts A. GUÉRIN

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE — MOBILIER

27, rue Saint-Sulpice - PARIS (VIe)
DANton : 89-31

Trocart pour phlébographie
trans-médullo-osseuse déposé
DE LÉGER ET BALLADE



ÉTUDE D'INSTRUMENTS nouveaux sur demande

LIGATURES STÉRILISÉES
" LAROCHETTE "

CATGUTS
à résorption ordinaire

CATGUTS C. G. I.
à résorption lente

Aiguillées Serties - Soies - Crins

LABORATOIRES
LAROCHETTE
VILLEFRANCHE-SUR-SAONE (France)
PARIS, 14, rue des Filles-du-Calvaire
Téléphone : Archives 34-81

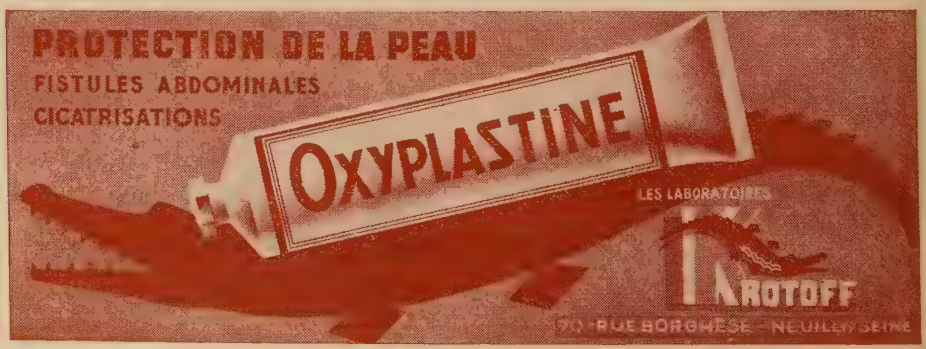
PARASYMPATHOMIMÉTIQUE
DE SYNTHÈSE

PROSTIGMINE
"ROCHE"

ATONIE INTESTINALE
OU VÉSICALE
MYASTHÉNIE GRAVE
TROUBLES CIRCULATOIRES
ET AUDITIFS

COMPRIMÉS ET AMPOULES

PRODUITS "ROCHE" S. A., 10, RUE CRILLON - PARIS 4



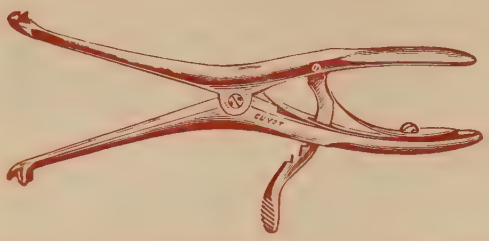
Résectoscope avec valve automatique, PRINZ [32], 15.
Résines échangeuses d'ions, BEN EISEMAN [14], 9.
Rétention urinaire (Cathétérisation), LLOYD DAVIES [91], 16.
Réticulo-histiocytome, CAMBONI [94], 3.
Rétro-pneumopéritoine combiné à l'urographie, WELTI [129], 13.
Rhabdomyome rénal, CIARPAGLINI [54], 2.
Rhizotomie postérieure, DRAGOJEVIC [111], 1.
Rhumatisants grabataires (Arthroplasties), JOUANNEAU [77], 2.
Risque opératoire total (Pré-évaluation), SOMMER PEDERSEN [104], 3.

S

Sacro-coccyx (Choardome), LITTMAN [13], 12.
— (Kystes et fossettes), GOLDMAN [15], 12.
Sacrum (Soulèvement mécanique), FRUCHAUD [129], 11.
Salpingolyse chrorio-amniotique, TEN BERGHE [93], 4.
Sang conservé, MÖLLER [82], 6.
— pulmonaire (Apport insuffisant) ; opération de Blalock-Taussig, KAFKA [108], 2.
Sarcome colique, FIGARELLA [132], 15.
— gastrique, DOHSE [14], 21.
— mammaire, WEISS [15], 13.
Scaphoïde tarsien (Luxations), SCHAEFER [5], 4.
Schwannome gastrique, GANEM [129], 9.
Sciatique chirurgicale, ALBERT [2], 4.
Sclérodermie et calcinose, DOUGLAS [115], 2.
Sclérome progressif généralisé et sclérose du poumon, E. CHODYN [102], 2.
Scrotum (Gangrène), COPE [32], 21.
Sein (Blastomycose), KÖHLMEIER [84], 2.
— (Cancer) ; type comédon, COURETOT [126], 1.
— — diagnostic, radiothérapie, GERSHON-COHEN [58], 8.
— — chirurgie, CANIZARES VERSON [53], 2.
— — — radiothérapie, SLUIS [8], 4.
— — radiothérapie pré-opératoire, KAAE [56], 7.
— (— à droite; sarcome à gauche), WEISS [15], 13.
— (Fibro-adénome phyllodes), PROVENZANO [29], 6.
— (Maladie kystique) ; traitement conservateur, D. H. PATEY [91], 2.
Septico-pyohémie (Hibernation artificielle), CL. MARTIN [60], 6.
Séreuses (Traumatisation) par les poudres sulfamidées, KLEINE [79], 5.
Shock et trauma artériel, SHUMACKER [117], 13.
— hémorragique, traumatique par brûlure, MALM [105], 2.
Sigmoïdoscopie (Anneaux à coulisse en —), FREUND [12], 21.
Signe iléal, PASCHETTA [132], 16.
Sinus caverneux (Thrombophlébite), MULER [33], 4.
— para-nasaux (Ostéomes), TER HEGGE [93], 5.
Sinusite chronique (2 cas guéris après résection d'ovaires scléro-kystiques folliculiniques), MOUSSET [69], 2.
Spasmes artériels, JENTZER [15], 3.
— tétaniques (Traitement par Mg 301), ONDARZA [6], 3.
« Spekk Finger » chez les marins des Mers arctiques, R. RODAHL [16], 6.
Sphincter d'Oddi (Syndromes d'hypertonie), MALLET-GUY [2], 5.
Sphinctérotomie transduodénale, MAJOR [119], 8.
Splanchnicectomie gauche pour pancréatite, MALLET-GUY [60], 8.
Splénectomie pour anémie hémolytique, J. D. AITCHISON [91], 4.
Splénectomie pour syndrome de Banti, GURKAN [110], 3.
Spondylarthrite ankylosante (Articulation manubrio-sternale), FRANÇON [60], 12.
Spondylite ankylosante (Discographie), ROMANUS [56], 1.
Staphylococcie, DURAND [30], 7 ; CL. MARTIN [60], 6 ; RACKOW [91], 1.
Stéatorrhée dans la maladie de Crohn, J. BURKE [91], 17.
Stérilité après gangliectomie lombaire, S. S. ROSE [91], 13 et 18.
— chez l'homme (Anastomose déférentielle), NAVARRO SALA [89], 2.
Sternotomie médiane haute, WELTI [2], 1.
Sternum (Division) en chirurgie de l'abdomen supérieur, MILLER [14], 10.
Streptokinase-Streptodornase en chirurgie, MILLER [90], 17.
— — (Insuccès) dans les ulcérations indolores après radiation, CASTIGLIANO [12], 8.
Streptomycine dans la résection pulmonaire, MURPHY [51], 2.
Streptomycinothérapie osseuse, SALMON [131], 8.
Stress surrénal et pectic ulcer, ZUBIRAN [14], 1.
Succinylcholine [Chlorure de], RIZZI [59], 6.
Sulfamidothérapie de l'appendicite, LÉONHARDT [79], 4.
Surrénalectomie totale pour cancer prostatique, HARTWELL HARRISON [119], 6.
Suspensions cristallines (Leur valeur comparée en thérapeutique hormonale), PLATCH [67], 1.
Suture cardiaque, CIAUDO [112], 3.
Sympathectomie lombaire, PALUMBO [13], 8.
Sympathique (Blocage) en chirurgie des accidents, TITZE [5], 2.
— (— ganglionnaire) ; syndrome réactionnel, FEURSTEIN [84], 3.
— cervical et lombaire (Blocage) ; accidents, FUSS [79], 6.
Symptôme de Charvat (Complément au —), J. BALIK [108], 4.
Syndrome abdominal aigu (Examen des malades atteints de —), J. HEPP [65], 2.
— de Banti (Splénectomie), GÜRKAN [110], 3.
— cervico-brachial, FERIA [25], 1.
— de Cushing au cours d'une tumeur primitive du foie, P. RAVAULT [68], 1.
— de Demons-Meigs, LOUROS [27], 2.
— (« Dumping syndrome »), HIRSCHBERG [36], 1.
— dysentérique par polypose colique, MONGES [132], 13.
— érythrémique, SCARINCI [94], 7.
— gravitationnel, MOORE [90], 2.
— de Klippel-Trenaunay, SARROUY [77], 1.
— d'oblitération artérielle, FIGARELLA [131], 5.
— de Südeck (Maladie professionnelle), SCHRÖTER [82], 8.
— syringomyélique et malformations complexes associées, G. BOUDIN [133], 1.
— non tropical, genre sprue, SNEIERSON [12], 11.
Syndromes [Faux] d'ulcère perforé, DENIS [131], 3.
Synoviome malin, SZNAJDER [11], 6.
Syringomyélie, G. BOUDIN [133], 1.
Système réticulo-endothélial (Action du benzoate d'œstradiol et de l'orchidectomie sur le —), T. NICOL [91], 8.

T

Tantale [Réseau de] ; effets sur la croissance, KOONTZ [13], 11.
— — pour hernie pulmonaire, DAVID BAXTER [14], 7.
— — pour hernies volumineuses, DOUGLAS [90], 8.



Écarteur autostatique du Docteur REDON
pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie
- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS

SONDES (DELAMOTTE

DELAMOTTE-PLISSON, 68, rue J.-J.-Rousseau - PARIS

Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc

AMETAL PLISSON

Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Drains

Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

FLAXÉDIL

3697 R.P.

Curarisant de synthèse

SOCIETE PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHÔNE-POULENC - 28, COURS ALBERT 1er - PARIS - 8e

L. GAILLARD & Cie

FOURNISSEURS DES HOPITAUX DE PARIS
9, rue Danton, PARIS (6e). DANTON 56-80

INSTRUMENTS en GOMME et en CAOUTCHOUC

Tantalium (Réactions histologiques), D'Amico [10], 5.
T. B. 3 dans la tuberculose chirurgicale (Expériences cliniques), J. H. Mayer [91], 11.
Technique de construction vaginale de Brady, Crauzas [29], 5.
Tendon inférieur du biceps brachial (Désinsertion), Edelmann [129], 10.
— tibial antérieur (Transplantation), Marottoli [17], 10.
Tendons (Transplantation) chez les poliomyélitiques, P. Le Cœur [62], 8.
— — dans la paralysie radiale, Sgrosso [17], 6.
Test spirographique de la perméabilité bronchique, Drutel [40], 1.
Tétanos, Soria [124], 2.
— (Prévention et traitement), L. Cole [91], 9.
— (Spasmes), Ondarza [6], 3.
Thalamus [Noyau ventral antérieur] (Destruction) pour maladies mentales, Talairach [133], 2.
Thiophanium, Magill [90], 16.
Thiosemicarbazone hydrosoluble (Infiltrations locales) pour tuberculose, Paterno [21], 6.
Thiosulfate sodique (Effets sur la néoplasie diffuse), Paolino [100], 2.
Thoracoplastie avec conservation de la 1re cote, J. Gasinski [102], 1.
— partielle (Ablations costales), Nicodemi [10], 2.
Thorax [Base droite] (Images tumorales) ; radiologie, D'Alo [98], 6.
— [Bord inférieur] (Écartement mécanique), Fruchaud [129], 11.
— [Cavité] (Goitre), Franke [4], 2.
— — (Greffe colique), Kergin [13], 13.
— — (Lymphadénopathies) non diagnostiquées, Chaves [51], 3.
— — (Opérations) ; collapsus, Knudsen [104], 2.
— [Lymphatiques] (Radiologie), Celis [56], 3.
Thrombo-embolie (Anticoagulants), Mills [114], 1.
— (Prophylaxie), Schwenzer [28], 1.
Thrombopathies constitutionnelles de l'enfance (Étude des —), N. Quattrin [20], 1.
Thrombophlébite cérébrale, Thurel [62], 3.
— des sinus, Muler [33], 4.
Thrombose (Traitement), M. Courbin [72], 2.
Thymus (Hyperplasie) récidive après irradiation, Comolli [20], 2.
Thyroïdectomie (Aspects pratiques), Ficarra [115], 7.
— (Hypothrombinémie consécutive), Reggianini [97], 5.
— (État temporaire après —), Rodriguez [18], 1.
— radicale, Luchetti [124], 10.
— sub-totale selon la technique de la Lahey Clinic, A. Baudet [71], 3.
Thyroïdisme [Hyper] (Traitement chirurgical), B. Cattel [71], 2.
Tibia [Condyle externe] (Fracture par compression), Zachariae [104], 5.
— [Plateau-Épine] (Fracture pluri-ligamentaire) avec section ligamentaire ; reposition sanglante ; opération de Hey Groves, succès, Figarella [131], 14.
Tomographie de l'aplasie de l'oreille, Ombrédanne [33], 2.
Tonsillectomie (150 cas), De Santis [100], 8.
Trachéo-œsophagiennes [Pertes de substances congénitales], Logan Leven [41], 7.
Trachéotomie dans le goitre, Coussieu [33], 5.
Tractus alimentaire (Duplication transdiaphragmatique), Snodgrass [57], 4.
— digestif (Insufflation), Morin [35], 4.
— gastro-intestinal (Manifestations des affections rénales), Demole [60], 4.
Tractus gastro-intestinal (Cancer) ; méthode cytologique, Hecht [37], 4.
— urinaire supérieur (Maladie), Malament [32], 9.
Transfusion artérielle radiale de nécessité (Complications locales), Pujol [72], 4.
— de sang, Möller [82], 6.
— — (Effets sur le donneur), Gaertner [6], 15.
— — chez l'enfant (Technique), Kuntz [24], 1.
Traumatismes (Affections par —), I. Macik [109], 1.
— (Maladie post-traumatique), Haller [4], 5.
— (Myosite ossifiante), Blanke [5], 3.
— abdominaux, Churchill [119], 9.
— artériels, Kastl [13], 17; Shumacker [117], 13.
— crâniens, Taptas [112], 5.
— crânio-cérébraux (Épilepsie), Wesley Watson [46], 3.
— hépatiques, Greene [15], 17.
— médullaires, Covalt [117], 8.
— osseux (Rapport avec l'ostéomyélite hématogène), Geisthövel [6], 12.
— psychiques (Accidents d'aviation considérés comme —), Cazeilles [72], 5.
— rénaux chez l'enfant, Mertz [32], 8.
— spléniques, Olander [13], 15.
— thoraciques, Palmisano [94], 6.
Tricuran [Relaxant musculaire] pour narcose à circuit fermé, Matthes [6], 2.
Triéthylène mélamine dans la maladie maligne, E. Paterson [91], 3.
Trompe de Fallope (Obstruction) ; lyse chorio-amniotique, Ten Berge [93], 4.
Tronc artériel associé à un seul ventricule, Siddoway [23], 1.
Troubles post-opératoires réflexes de la diurèse (Travail de Hunter), Hammesfars [6], 4.
Trypsine dans l'hémothorax, Delannoy [60], 7.
Tube digestif (Tumeur inflammatoire ou cancer), Gencic [111], 4.
Tuberculeux pulmonaire (Choix d'une intervention chez un —), O. Monod [65], 7.
Tuberculose (Primo-infection) ; distribution des ganglions trachéo-bronchiques, Kourilsky [63], 1.
— chirurgicale (T. B. 3 dans la —), J. H. Mayer [91], 11.
— du jeune enfant (Action dangereuse éventuelle de la pénicilline), F. Copello [22], 1.
— crânienne, Ravelli [55], 4.
— ganglionnaire cervicale (Complications opératoires), Mayr [79], 13.
— génitale (Chirurgie), Cibert [2], 2.
— génito-urinaire (Traitement non chirurgical), Cibert [30], 1.
— linguale (Acide isonicotinique), Cattini [94], 1.
— osseuse (Greffe spongieuse et streptomycine), Salmon [131], 8.
— ostéo-articulaire (Traitement fonctionnel), Colombani [83], 5.
— — (— moderne), Lopez-Fernandez [89], 1.
— pulmonaire (Exérèse), Murphy [41], 1 ; Gale [41], 2 ; Zerbini [41], 12 ; Mourgue-Molines [70], 3 ; Cornet [76], 2 ; Buonomo [95], 1.
— — primaire (Résection), Dijkstra [47], 1.
— extra-pulmonaire (Infiltrations de Thiosemicarbazone hydrosoluble), G. Paterno [21], 6.
— rectale, Bensaude [60], 10.
— splénique, Houcke [74], 3.
— urinaire (Sténoses urétérales), Couvelaire [30], 3.
Tularémie (Forme rapide), Bloch [75], 2.
Tumeurs (Chimiothérapie) ; ypérite, Paolino [100], 4.

Tumeurs (Cytodiagnostic), GATTNER [82], 9.
— (Ponction diagnostique), SIERING [82], 2.
— abdominales, M. JOSEPH [92], 3.
— buccales, DARLINGTON [115], 1.
— cérébrales, THUREL [62], 2.
— endocrines, WANKE [78], 1.
— du fundus gastrique, PRICOLO [98], 5.
— du glomus jugulaire, WINSHIP [8], 1 ; GANDER [48], 3 ; RIEMENSCHNEIDER [57], 6.
— — tympano-jugulaires, COVA [98], 4.
— linguales, ANTONIAZZI [98], 7.
— lymphatiques du grêle, J. DE BORJA ARAJ O [103], 1.
— malignes de l'arc aortique, E. BOCK [109], 2.
— — de l'intestin grêle, SANCHEZ SAN JULIAN [88], 1.
— du massif folliculaire, ARIENZO [9], 3.
— maxillaires géantes à myéloplaxes, J. FUS [131], 12.
— du médiastin, WELTI [2], 1.
— mésentériques, SCARPELLINI [132], 14.
— métastatiques, gastriques E. LEY JR [88], 2.
— myovasculaires, GANDER [48], 3.
— ovariennes masculinisantes, J. VARANGOT [86], 1.
— pancréatiques, CANT [114], 5.
— kystiques, DE LUNA [132], 12.
— parotidiennes, RIESSNER [14], 4.
— primitives hépatiques, P. RAVAULT [68], 1.
— intra-rachidiennes, ALAJOUANINE [62], 1.
— pararénales, WELTI [129], 13.
— sus-tentorielles, MILLER [46], 2.
Tunga penetrans et tétanos, SORIA [124], 2.
Tympano-jugulaires (Tumeurs glomiques), COVA [98], 4.

U

Ulcérations après radiation (Insuccès de la streptokinase-streptodornase), CASTIGLIANO [12], 8.
Ulcères duodénaux, MOIROUD [3], 2.
— — perforés dans le cholédoque, MONGES [132], 7.
— gastriques (Histologie), LOPEZ [99], 1.
— — (Malignité), SOAVE [100], 6.
— — (Pathogénie), SAEGESSER [84], 1.
— — (Perforation couverte), BAUMEL [132], 4.
— bénins, OLIVETTI [58], 4.
— — perforés silencieux, GLAIZE RAMBAL [132], 5.
— gastro-duodénaux (Pepsinogène urinaire), HIRSCHOWITZ [90], 6.
— — (Résection) ; états consécutifs, GREIF [83], 10.
— peptiques aigus, MC DONNELL [13], 9.
— — — perforés, F. AVERY JONES [91], 6.
— — térébrants, LE GAC [130], 2.
Ultra-sons (Effets sur les fractures), MUROLO [9], 4.
Uretère (Calculs) ; extraction par voies naturelles, G. VAN KEERBERGEN [85], 1.
— (Action des extraits prostatiques), MONTORSI [98], 9.
— (Rupture spontanée) dans la lithiase, CIBERT [30], 4.
— (Sténose) chez les tuberculeux, COUVELAIRE [30], 3.
— (Transplantation) dans l'ampoule rectale isolée, LEVITSKY [12], 15.
— [Méga] congénital, FABRIS [31], 1.
— scrotal, JAWETT [32], 20.
— terminal (Altération) dans l'adénome prostatique, VALENTINO [31], 4.
Urétérocèle (Radiologie), GOTTLIEB [58], 7.
Urétéro-intestinale [Anastomose], J. R. HAND [16], 1.
Urétéro-lithotomie lombaire, TAYLOR [32], 10.
Urétéro-pelviennes [Obstructions], SCHWARTZ [14], 13.
Urétéro-sigmoïdostomie, CREEVY [117], 11.
— (Acidose hyperchlorémique), MITCHELL [32], 11.
Urèthre féminin (Diverticule) ; lithiase, HERNANDEZ VERA [123], 2.
— iléal (Formation d'un —), ROMERO LOBO [18], 2.
Uréthrocystographie (Instruments), KJELLMAN [56], 2.
Urine (Évacuation par segments d'iléon), KLINGE [13], 5.
Urographie intra-veineuse dans la rupture vésicale, KANTOR [130], 3.
Uronéphrose par obstruction pyélo-urétérale, BERNARDI [126], 3.
Utéro-salpingographie, FULLENLOVE [57], 8.
Utérus (Chorio-épithélioma), P. A. TRAFFORD [91], 12.
— (Fibrome géant [29 kg 400]) ; guérison par hystérectomie subtotale, J. FUS [131], 13.
— (Hémorragies fonctionnelles) ; curettage, HINZ [28], 2.
— (Myomes) ; un cas d'aspect spécial, M. E. NUNAS DE SILVA HORTA [103], 2.
— [Col] (Cancer), DARGENT [112], 1.
— — — biopsie systématique, GOULART DE ANDRADE [29], 4.
— — — diagnostic précoce, DOEGE [15], 5.
— — — tendances thérapeutiques, BAYOUD 112], 2.
— — — radiothérapie, GORCIGA [53], 3 ; [53], 4 ; CARNAHAN [120], 3.
— — (Epithéliomas *in situ*) et techniques de diagnostic précoce de Papanicolaou, J. FIRKET [87], 1.
— — (Microcarcinome), ZACKERL [84], 6.
— — (Néoplasmes) ; influence des concepts biophysiques récents sur l'évolution des traitements physiques, G. DANIEL [69], 3.
— [Corps] (Cancer), BONAFOS [50], 5.

V

Vagin (Absence congénitale), CRAUZAS [29], 5.
— (Hypernéphrome métastatique), MAC LENNAN [114], 4.
Vaginite sénile (Ovocycline), CLERC [106], 1.
Vagotomie dans l'hypertonie du sphincter d'Oddi, MALLET-GUY [2], 5.
Vaisseaux mésentériques (Occlusion), CARUCCI [12], 7 ; LONGO [124], 4.
— sanguins (Élasticité) ; appareil de mesure, FEITELBERG [13], 23.
Valve automatique avec résectoscope, PRINZ [32], 15.
Valvules mitrales (Sténose) ; chirurgie, DENK [84], 5.
— — commissurotomie, GLOVER [41], 10.
Varices (Chirurgie), ARENANDER [104], 4.
— (Ligature transcutanée), BATTEZZATI [10], 3.
— (Opération sous-cutanée), GLOGER-ROMICH [83], 6.
— gastriques, EVANS [58], 3.
— œsophagiennes (Hémorragies), CATES [39], 2.
Veine de Galien (Thrombophlébite), THUREL [62], 3.
— poplitée (Ligature) pour syndrome gravitationnel, MOORE [90], 2.
— porte (Occlusion partielle), LAUFMAN [14], 12.
— — (Stase veineuse), NIKLUBOWICZ [11], 7.
— saphène interne [Terminaison] (Ablation), BATTEZZATI [10], 3.
Veines (Accidents post-opératoires) ; anticoagulants, J. FAVRE-GILLY [66], 2, 3 et 5.

MASSON et Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS-VIe

LES ASPECTS NEUROLOGIQUES DES MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE LA CHARNIÈRE CRANIO-RACHIDIENNE

par

Raymond GARCIN
Professeur à la Faculté.
Médecin de la Salpétrière.

Doros ŒCONOMOS
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Chef de Clinique Neuro-Chirurgicale.

Un volume de 206 pages, avec 94 figures . . . . . 2.100 fr.

MAUX DE TÊTE ET NÉVRALGIES

DOULEURS CRANIO-FACIALES

par

Jean-N. TAPTAS
(*Istanbul*)
Ancien Chef de Clinique Neuro-Chirurgicale à la Faculté de Paris.
Professeur agrégé des Facultés de Médecine de France.

Un volume de 230 pages. . . . . 1.250 fr.

Vertèbres cervicales (Malformations complexes associées), G. Boudin [133], 1.
Vésico-vaginale [Fistule] ; voie abdomino-périnéale, Aumont [30], 8.
Vésicule biliaire (Courbe de contraction), Paschetta [132], 10.
— — (Évacuation) ; effet du moyen de contraste, Ponthus [112], 6.
— (Anastomose à l'intestin grêle), Cibert [93], 3.
— (Cancer) ; ectomie totale, Cauchon [113], 2.
— (Drainage), Kaplan [124], 5.
— (Rétraction post-tuberculeuse), Cibert [93], 3.
— (Rupture) ; urographie intra-veineuse, Kantor [130], 3.
— (— et perforation), Bilger [30], 9.
— des paraplégiques, Grossiord [62], 7.
— [Col] (Maladie chez la femme), Moonen [30], 6.
Vésicule biliaire (Obstruction), Carter [32], 13.
— — — chez la femme, Hutchins [32], 12.
Vessie [Néo] (Construction d'une —), Romero Lobo [18], 2.
Virus cancéreux, Capobianco [94], 5.
Viscères (Transposition) et cancers multiples, Rosseau [53], 5.
Voies biliaires (Calculose) ; cholangiographie, Loose [4], 1.
— — (Chirurgie) en 1951, Waugh [121], 3.
— — intra-hépatiques (Anatomie radiologique), Marcel Roux [1], 1.
Volumétrie vésiculaire d'après cholécystographie, Guy Albot [60], 14.

Y

Ypérite (Action sur les tumeurs), Paolino [100], 4.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

FÉVRIER 1953

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 219.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. 69, n° 2, Février 1953. — **Jean Quénu** et **Pierre Herlemont**. Du traitement chirurgical de l'éventration diaphragmatique (1). — **J. L. Roux-Berger** et **P. Moÿse**. Les parotidectomies totales élargies (2). [1]

Revue de Chirurgie (PARIS), an. 72, n° 1-2, Janvier-Février 1953. — **A. Tailhefer** et **J. P. Pilleron**. La colpo-hytérectomie élargie avec curage ganglionnaire des chaînes latérales du petit bassin (1). — **B. O. Guihéneuc**. Réflexions à propos de 100 thyroïdectomies pour hyperthyréose (2). — **M. Nicol**. La résection de la 12e côte pour l'abord du rein (3). — **E. Mauro**. L'hydratation des premières heures de l'opéré (4). — **P. Fourrier**. Sur les indications restantes des greffes cutanées en pastilles (5). [2]

Revue Internationale d'Hépatologie (PARIS), t. 2, n° 5, 1952. — **M. Kapandji**. Les syndromes radiomanométriques de profil des dyskinésies par hypotonie généralisée des voies biliaires et par hypertonie du sphincter d'Oddi décelés par la radiomanométrie par ponction trans pariéto-hépatique pré-opératoire (1). [3]

Lille Chirurgical an. 8, n° 1, Janvier-Février 1953. — **E. Delannoy, P. Gautier, A. Soulier** et **A. Tacquet**. Les tumeurs du pôle supérieur de l'estomac (1). — **G. Lagache, J. Dewambez** et **G. Lemaitre**. Hernie diaphragmatique étranglée guérie par thoraco-phréno-laparotomie (2). — **P. Gautier** et **A. Soulier**. Ostéomyélite costale à staphylocoque (3). — **E. Delannoy, Driessens** et **Clay**. Thyroïdite à cellules géantes (4). — **Verhaeghe, P. Gautier** et **A. Soulier**. Tuberculose de l'épiphyse inférieure du tibia (5). — **Dewambez** et **Ribet**. Phlegmatia cerulea révélatrice d'une thrombose ilio-cave (6). [4]

Der Chirurg (BERLIN), an. 24, fasc. 2, Février 1953. — **G. E. Konjetzny**. Sur la pathologie de l'hématome musculaire et sur la régénération du muscle (1). — **A. N. Witt** et **G. Keller**. Les troubles circulatoires des moignons de jambe et de cuisse (2). — **W. Duben**. Chirurgie de la main (3). — **F. Koralewski**. Sur le traitement des fractures du plateau tibial (4). — **Von Luttichau, Georg** et **E. Krabbe**. L'intubation et l'emploi du curare en 1841 dans les interventions dans la cavité abdominale (5). — **R. Weskott**. La narcose par intubation est-elle uniquement réservée aux grandes cliniques? (6). — **A. Röhling**. L'intubation dans la paralysie respiratoire complète (7). — **Zurn**. Amélioration de l'intubation par la Celocurin (8). — **A. Schaffner**. L'hypertension portale (9). [5]

Monatschrift für Unfallheilkunde (BERLIN), an. 56, fasc. 2, Février 1953. — **F. Wilhelm Koch**. Carcinome et traumatisme (1). — **H. Schultz**. Le vissage des fractures pertrochantériennes et cervicales externes du fémur (2). — **E. Wojtek**. La technique du blocage du sinus carotidien dans le traitement du shock traumatique (3). — **J. Schneider**. Iléus traumatique (4). [6]

[7] **Zentralblatt für Chirurgie** (Leipzig), an. 78, n° 3, 1953. — **H. J. Keutel.** Résultats des examens post-opératoires des opérés de l'estomac (1). — **E. Menzel.** Le priapisme chez l'enfant (2). — **E. Seifert.** Intolérance allergique pour le catgut (3). — **K. Chiari.** Dissociation sous-cutanée de la gaine synoviale dans le traitement de la contracture congénitale du pouce (4). — **O. Scholz.** Pathogénie de la contracture de Dupuytren (5). — **R. Baumgart.** Altérations du type Dupuytren de l'aponévrose plantaire (6).

N° 4. — **V. Blanz.** Efforts pour un meilleur pronostic opératoire (7). — **R. Giese.** Observations choisies pour la plastie cutanée libre selon Rehn (8). — **F. Scharsach.** Chirurgie de la gynécomastie (9). — **F. Bordasch.** Mot final pour la question de la « gynécomastie » (10). — **R. Schmid.** La castration dans l'hypertrophie de la prostate (11). — **K. Martin.** Suppression opératoire des fistules uréthrales (12). — **F. Mommsen.** Une nouvelle incision horizontale pour intervenir sur le ménisque interne (notamment sur la corne postérieure (13). — **H. Wendt.** Hyperrelaxation musculaire dans le traitement des fractures du calcanéum (14). — **W. Usbeck.** Rapport bref sur un accident rare (15).

Fasc. 5. — **H. Nabel.** Sur la question de la transfusion sanguine intra-artérielle (16). — **G. Aurig.** L'examen radiologique *in situ* au cours de l'opération (17). — **L. Weiler.** Sur le travail de Bader : la ressuscitation du cœur par massage direct (18). — **Bader.** Massage direct du cœur (19). — **W. Köle.** Les lacunes du mésentère comme cause d'étranglement intestinal (20). — **G. Müller.** Expériences des réseaux de perlon et leur emploi pour la néphropexie (21). — **H. Erler.** La maladie de Baastrup (22). — **O. Raisch.** Sur la ligature de l'artère hypogastrique dans les hémorragies des vaisseaux fessiers (23).

Fasc. 6. — **W. Kothe.** Traitement opératoire des cavités résiduelles de l'empyème pleural par l'exérèse du phrénique (24). — **H. Rodewald.** Appendicite dans la deuxième moitié de la grossesse (25). — **F. Brumme.** Appendice épiploïque avec infarctus hémorragique sans torsion pédiculaire (26). — **A. Vogl.** Traitement opératoire des chéloïdes (27). — **P. Mellin.** Observations sur l'article de H. Jirzik. Valeur de la narcose prolongée à l'évipancurare (28). — **H. Jirzik.** Mot final concernant les observations de Mellin (29). — **A. Röhling** et **M. Schulze.** Donneurs et receveurs universels (30). — **A. Schmitt.** Sonde nasale à oxygène comme moyen de fortune (31).

Fasc. 7. — **F. Kazda.** Hoquet et vomissements (32). — **A. Zdenkovic.** Péritonite aiguë chyleuse (33). — **W. Kuhne.** Traitement opératoire de l'ectopie testiculaire (34). — **Fr. Pirner.** La reposition du paraphimosis (35). — **G. Seyffarth.** Corps étrangers du rectum (36). — **C. Böhner.** Casuistique des chondromatoses des ganglions articulaires (37).

[8] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles) [an, 44 *des Annales* et 51 *du Journal de Chirurgie*].

N° 9, Décembre 1952. — [*Mémoires.*] **E. Delannoy.** L'examen radiologique d'urgence dans le diagnostic des hémorragies digestives aiguës (1). — **J. J. Desneux.** La gastroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives aiguës (2). — **J. Buisseret.** Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage (3). — **A. Gélin.** Intérêt de la biopsie rénale dans le problème de l'hypertension essentielle (4). — **X. Dierckx.** Quelques cas de fistule biliaire spontanée (5). — **R. Bourg.** Sur le diagnostic et le traitement du cancer du col utérin *in situ* (6). — [*Rapports*] **X. Dierckx.** Fistules biliaires spontanées (7). — **E. Joris.** Deux années de manométrie et radiographie biliaires (8). — **Ch. de Muylder.** Les cancers du poumon opérables (9). — **J. Buisseret.** Rétrécissements cicatriciels de l'œsophage (10). — **A. Gelin.** La biopsie rénale dans l'hypertension essentielle (11). — [*Société*]. **Woringer.** Nouvelle technique ultra rapide pour la fermeture des brèches crâniennes avec une résine acrylique autopolymérisable (12).

[9] **The British Journal of Surgery** (Londres), vol. 40, n° 162, Janvier 1953. — **P. S. London.** Le pied brûlé (1). — **I. Forshall.** L'invagination de l'appendice vermiforme; 7 observations chez l'enfant (2). — **J. Y. W. Russell.** Perforation spontanée de l'œsophage (3). — **H. R. I. Wolfe.** Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée (4). — **David Aiken** et **H. F. Smith.** Pneumomédiastin et pneumothorax consécutifs à la dissection en bloc du cou (5). — **J. P. Herdman.** Tumeurs rétropéritonéales primitives (6). — **M. L. Mason.** Fracture de Colles (7). — **H. Hashemian.** Fibromatose familiale de l'intestin grêle (8). — **J. H. C. Phillips.** Diverticulose jéjunale; aspects cliniques (9). — **A. M. Thomas** et **L. S. A. Boothroyd.** Un cas de carcinome primitif du jéjunum (10). — **R. B. Wright, D. H. Clark** et **J. A. Milne.** Mélanomes malins cutanés; revue (11). — **Martin Bodian** et **David Lawson.** Les maladies néoplasiques intra-crâniennes de l'enfance; leur histoire naturelle d'après une étude clinique et pathologique de 129 cas (12). — **R. Milnes Walker, J. H. Middlemiss** et **E. M. Nanson.** Veinographie portale par injection intra-splénique (13). — **M. L. Mason.** Ostéochondrite du condyle fémoral (14). — **J. E. Richardson.** Fistule gastro-jéjuno-colique persistant 8 ans sans symptômes (15). — **J. N. Wilson.** Sarcome de l'extrémité supérieure du péroné simulant l'ostéomyélite (16). — **G. Bancroft-Livingston.** Un fibromyome utérin rare (17). — **D. G. Morris.** Kyste hydatique intra-abdominal cause de défaillance rénale (18). — **R. A. C. Owen.** Un cas de fibromyome du rein (19).

[10] **Annales Scientifiques de l'Hopital Asclepion de Voula** (Grèce), vol. 2, n° 2, Juillet 1952. — **Th. Garofalides.** Le traitement des fractures et des pseudarthroses (1). — **Nik. Kepetzis** et **K. Zarkadoulas.** Quatre nouveaux cas d'échinococcose osseuse (2). — **Al. Harzigeorges** et **C. Chryssanthakis.** Observations et conclusions après application de l'hydrazide de l'acide isonicotinique dans quelques cas de tuberculose ostéo-articulaire (3). — **G. Michalatos.** La tuberculose du grand trochanter (4). — **C. D. Camberoglou.** Arthrodèse du genou par compression (5). — **A. Cavadias.** Sur le Congrès Orthopédique de Londres 1951 (6).

[11] **La Chirurgia Toracica** (Rome), an. 5, n° 5, Octobre 1952. — **S. Serrano.** La physiothérapie respiratoire en chirurgie thoracique (1). — **Codro Benedetti.** Plaie du cœur avec syndrome de compression (2). — **P. Abruzzini** et **R. Rickler.** Le plombage au polystan dans la collapsothérapie chirurgicale de la tuberculose pulmonaire (3). — **U. Agostini** et **L. Pancotto.** Sur le traitement des cavernes géantes; indications sur les diverses techniques chirurgicales (4). — **G. Cecchi, S. Chiantese** et **D. Ponticelli.** Sur l'existence de dispositifs régulateurs et de systèmes de blocage dans les branches des artères pulmonaires des pneumonectomisés (5). — **F. Borelli** et **G. Esposito.** Sur quelques aspects histo-anatomiques de l'arbre bronchique après exérèse pulmonaire (6). — **A. Valli** et **S. Ricci.** Considérations sur la

thoracoplastie apico-axillaire avec apicolyse complémentaire précédée d'un temps inférieur préparatoire par voie postérieure (7). [11]

N° 6, Décembre. — **A. De Matteis.** Neurofibrome du médiastin antéro-supérieur (8). — **V. Gramazio** et **L. Donno.** L'opération de Jacobœus dans un cas de lobe de la veine azygos (9). — **S. Rocca-Rossetti** et **E. Ruggeri.** Analyse morpho-structurelle d'un vaisseau anastomotique entre artère et veine axillaires associé à une intéressante variation vasculaire (10). — **V. Di Benedetto.** Corps fibrineux volumineux dans la cavité d'un pneumothorax extra-pleural (11). — **B. Tesauro** et **M. Ursini.** Cytodiagnostic du cancer du poumon par la méthode de Papanicolaou (12).

Giornale Italiano di Chirurgia (NAPLES), vol. 8, n° 12, Décembre 1952. — **A. Tallarigo.** Problèmes cliniques et thérapeutiques de la colite segmentaire droite (1). — **A. Ruggiero, A. Giardiello** et **V. Cafiero.** La méthedrine dans la prévention et l'évolution du choc traumatique (2). — **R. Basso.** L'oscillométrie dans les affections articulaires des membres (3). — **L. Schwarz.** Règles pour la préparation de solutions antibiotiques effectivement isotonique en milieu humoral et tissural (4). — **M. Di Maria.** Les greffes vasculaires (5). — [*Société*]. **A. Dorigo.** Un cas de hernie diaphragmatique droite (6). — **G. Brancadoro.** Un cas d'hémangio-endothéliome du foie (7). — **Di Maria.** Contrôle physiologique de la survivance des artères conservées (8). — **R. Palma.** Ablation par voie abdominale d'un cancer sus-ampullaire du rectum avec suture primitive (9). — **C. Sabbatini** et **A. Giardiello.** Le problème de la cavité résiduelle dans la chirurgie de l'échinococcose pulmonaire (10). — **D. Catalano.** Hernie diaphragmatique droite à contenu épiploïque (11). — **Janelli, J. E. Mignogna** et **Frizzi.** La stimulation par ostéogènes dans les retards de consolidation des fractures (12). [12]

Annali Italiani di Chirurgia (BOLOGNE), vol. 29, n° 12, Décembre 1952. — **L. Piccinni.** Étude sur la sigmoïdite diverticulaire (1). — **D. Manfredi.** L'état actuel de la chirurgie de la sténose mitrale (2). — **R. Mineo.** Sur l'association cancer-tuberculose dans le sein (3). — **T. Bianco.** La thérapeutique conservatrice des blessures graves par arrachement de la face (4). — **V. Martinelli.** La pyruvicémie après travail musculaire chez les malades pulmonaires chroniques; action de la carboxylase (5). [13]

Minerva Chirurgica (TURIN), n° 1, 15 Janvier 1953. — **G. Impallomeni.** La pression veineuse dans les varices essentielles et symptomatiques (1). — **V. Carrozzini.** Neurinome de la paroi thoracique; histopathologie; clinique, radiologie (2). — **P. Mosetti.** Cas rare d'un neurinome englobé dans le plexus brachial (3). — **A. Pierazzini.** Clinique et radiologie d'un cas de syringomyélie (4). — **B. Binda** et **Possenti.** Les altérations histologiques des organes et des tissus dans l'hyperinsulinisme expérimental du lapin (5). — **G. Cadili.** L'emploi des vaisseaux conservés dans la plastie trachéo-bronchique latérale (6). — **P. Astori.** Influence de la vitamine B6 sur le processus de guérison des fractures (7). [14]

Bollettino e Memorie de la Societa Tosco-Umbra di Chirurgia (FLORENCE), vol. 13, fasc. 5, Mai 1952. — **P. Stefanini.** Diagnostic et traitement de la pancréatite aiguë (1). — **G. Perazzo.** L'équilibre calcium-potassium du sérum dans le shock opératoire (2). — **S. Giovannini.** La phlébographie dans les artériopathies oblitérantes (3). — **L. Piacentini.** Les tumeurs invaginantes de l'intestin (4). — **Galiceti** et **Guenzi.** Possibilités de traitement endoscopique de l'adénome bronchique (5). — **M. Innocenti.** Étude des grandes hémorragies cryptogénétiques de l'estomac et du duodénum (6). — **L. Filipelli.** Réticulo-sarcome de l'épididyme (7). — **A. Bayon.** Difformité du type Madelung consécutive à la radiumthérapie d'un angiome du poignet (8). — **L. Giaccai.** La fracture de l'apophyse coracoïde (9). — **U. Mangini.** Le traitement des fractures sus-condyliennes du coude chez l'enfant (10). — **G. Fineschi.** Les réactions du liquide C. R. dans les syndromes de hernie discale (11). — **V. Catalano.** Considérations anatomiques et de technique opératoire sur la hernie discale (12). — **G. Sassoli.** Sur la cure des fractures sus-condyliennes du genou (13). — **S. Laus.** Epandymome de la queue de cheval (14). [15]

Fasc. 6, Juillet. — **A. Righini.** Les antibiotiques intra-artériels et le pronostic de l'ostéomyélite hématogène aiguë (15). — **P. E. Carrai.** Le traitement antibiotique par voie intra-aortique dans les péritonites aiguës (16). — **A. Bayon.** Sur la torsion aiguë du grand épiploon (17). — **S. Castelli.** Mucocèle géante de l'appendice vermiforme (18). — **O. Scaglietti.** Sur la cure chirurgicale du torticolis spastique (19). — **G. Stringa.** L'histologie de la myosite ossifiante progressive (20). — **G. Stringa.** Extension insolite d'un cal osseux sur un clou de Kuntscher (21). — **G. Piccinini.** Résection et transplant osseux dans les kystes des petits os tubulaires (22). — **L. Brizio.** L'opération de Stein-Estlander-Abbe dans la reconstruction de la lèvre (23). — **F. Perazzini.** Sur les suites lointaines de la gelure (24). — **B. Moneri.** Sur un cas de myélome diffus décalcifiant (25).

Archivio di Chirurgia del Torace (FLORENCE), an. 7, fasc. 1, Janvier-Mars 1953. — **L. Provenzale.** La trilogie de Fallot (1). — **R. Caminiti.** Données sur la crase sanguine dans les cardiopathies congénitales (2). — **T. Gréco.** Péri-œsophagite et diverticules de traction de l'œsophage thoracique (3). — **M. Servello** et **R. Rossi.** Recherches expérimentales sur les mécanismes de formation des diverticules de l'œsophage thoracique (4). — **P. L. Mariani** et **C. Caldonazzo.** Contribution statistique et clinique sur les tumeurs du poumon rencontrées à l'Institut d'anatomie pathologique de l'Hôpital Principal de Crémone entre 1928-1951 (5). — **M. Pepe** et **B. Buonomo-La Rossa.** Acide lactique et acide pyruvique dans leurs rapports avec l'équilibre acido-basique après résection pulmonaire et pneumothorax (6). — **R. Rossi.** Calcul de la perte de sang pendant les interventions thoraciques dans ses rapports avec la transfusion préopératoire substitutive (7). — **V. Romanelli** et **G. Zeri.** Le syndrome costo-transversaire (8). [16]

Acta Chirurgica Scandinavica (STOCKHOLM), vol. 104, fasc. 4, 31 Décembre 1952. — **Lars Gripenberg.** Sur les anomalies de la rotation de l'intestin (1). — **S. Wallensten.** L'hypertrophie pylorique chez l'adulte (2). — **K. R. Inger.** Le pouvoir de contraction et le tonus au repos des sphincters de l'anus pendant le blocage au chlorure de tétraéthylammonium intra-veineux (3). — **H. C. Engell** et **Bjorn Ibsen.** Le dosage continu de l'acide carbonique dans l'air respiratoire pendant l'anesthésie des opérations thoraciques (4). — **Sture Hagberg.** [17]

[17] Infiltration anesthésique post-opératoire dans la cholécystectomie; ses effets sur les réflexes vaso-moteurs cutanés (5). — **Ored Arner.** Complications suivant l'anesthésie spinale; leur importance et technique pour réduire leur fréquence [*Supplément* n° 167] (6). — **O. Biström.** Traitement conservateur des fractures graves du cou-de-pied; étude clinique et suivie [*Supplément* n° 168] (7).

[18] **Rozhledy V Chirurgii** (PRAGUE), vol. 32, fasc. 1, 1953. — **E. Placek** et **V. Mydlil.** Valeur du traitement parentéral en chirurgie infantile (1). — **V. Kafka.** Chirurgie dans le traitement des troubles de la rotation intestinale chez les enfants (2). — **J. Stol.** Adénome du fois chez l'enfant (3). — **M. Hladik, L. Havlojova** et **V. Holub.** Nécrose rénale dans la splénomégalie chez l'enfant (4). — **L. Havlojova** et **V. Holub.** Rupture sous-cutanée isolée du pancréas chez l'enfant (5). — **M. Brodsky.** Traumatisme sous-cutané de la vessie chez les enfants (6). — **V. Kafka.** Rupture sous-cutanée de l'urèthre chez les enfants (7).

[19] **The American Journal of Surgery** (NEW-YORK), vol. 85, n° 2, Février 1953. — **D. J. Locke.** Néoplasmes malins du grêle (1). — **Th. C. Case** et **C. E. Shea Jr.** Diverticulite aiguë du cæcum (2). — **W. H. Cave.** Urgences abdominales non publiées dans la période post-opératoire immédiate (3). — **E. R. Fisher** et **A. F. Castro.** Polypes papillomateux diffus (tumeurs villeuses) du côlon et du rectum. Observations anatomo-pathologiques et cliniques (4). — **D. C. Donald.** Les facteurs qui doivent être pris en considération dans la conduite à tenir chirurgicale en présence d'une fossette coccygienne. Vue générale sur 152 cas (5). — **P. W. Harrison.** Appendicite et antibiotiques (6). — **W. Russell MacAusland.** Prothèses de nylon dans les lésions de l'épaule, du coude et des doigts (7). — **C. W. Hugues** et **W. F. Bowers.** Chirurgie des vaisseaux sanguins (8). — **J. Rabinovitch, Ph. Rabinovitch** et **B. Pines.** Carcinomes mammaires latents (9). — **M. C. Baggott.** Collapsus massif des poumons, atélectasie et augmentation du volume sanguin dans les vaisseaux pulmonaires (10). — **J. P. Rush.** Traitement des brûlures et de leurs complications (11). — **I. Stein, R. O. Stein** et **M. L. Beller.** A. C. T. H. dans la période post-manipulatoire de l' « épaule refroidie » (12). — **J. B. Biederman.** Une manière de faire nouvelle et plus perfectionnée des tampons chirurgicaux et cataméniaux (13). — **A. F. Jonas.** L' « Arachis hypogaea » salé dans le traitement des fistules intestinales (14). — **J. W. Robertson** et **K. M. Clément.** Hémangio-endothéliome malin métastasiant. Un cas (15). — **A. Blaustein.** Streptokinase-streptodornase intra-veineuse locale dans la thrombo-phlébite. Un cas avec infarctus pulmonaire non mortel après le traitement (16). — **W. L. Johnston.** La thromboangéite oblitérante chez les nègres. Un cas chez un sujet mâle (17). — **A. A. Gage** et **W. M. Chardack.** Paralysie temporaire post-opératoire du diaphragme (18). — **S. Bressler** et **S. A. Thompson.** Goître médiastinal postérieur (19). — **L. B. Otken.** Tératome thyroïdien (20). — **M. Paul** et **D. F. de S. Goonawardena.** Diverticulite meckelienne aiguë avec des vers ronds dans la cavité abdominale (21). — **W. H. Gerwig Jr.** et **J. R. Thistlethwaite.** Obstruction annulaire complète de l'iléon par métastase d'un cancer du col utérin (22).

[20] **Annals of Surgery** (PHILADELPHIE), vol. 137, n° 2, Février 1953. — **R. D. Dripps.** Réponses respiratoires anormales aux divers curares au cours de l'anesthésie chirurgicale; fréquence; étiologie et traitement (1). — **I. MacDonald** et **P. Kotin.** Le traitement chirurgical du carcinome papillaire de la glande thyroïde; le cas pour thyroïdectomie totale (2). — **O. Cope, G. L. Nardi, M. Quijano, R. L. Rovit, J. B. Stanbury** et **A. Wight.** Degré métabolique et fonction thyroïdienne après traumatisme thermal aigu chez l'homme (3). — **A. Wight, J. W. Raker, W. R. Merrington** et **O. Cope.** La diminution et l'afflux des éosinophiles chez le brûlé; leur utilisation pour le traitement clinique (4). — **E. T. Yuhl, Ll. A. Stirrett** et **R. L. Libby.** Étude comparative de l'emploi de la diiodofluorescéine et du sérum albumine humain iodé pour le diagnostic et la localisation des néoplasmes intra-crâniens (5). — **L. W. Edwards** et **J. Lynwood Herrington Jr.** L'occlusion de la voie biliaire commune consécutive à son exploration (6). — **Ch. C. Higgins.** Tumeurs du bassinet rénal; revue de 47 cas (7). — **J. J. Conley.** Greffe veineuse autogène libre sur les artères carotides interne et commune dans le traitement des tumeurs du cou (8). — **F. F. Rundle** et **I. B. Hales.** Carcinome mucoïde survenant sur une fistule à l'anus; anatomo-pathologie et traitement (9). — **W. Weisel** et **R. J. Jake.** Anastomose de la bronche droite à la trachée, 46 jours après une rupture bronchique complète par traumatisme externe (10). — **J. W. Kirklin, C. R. Openshaw** et **R. G. Tompkins.** Le traitement chirurgical de la sténose infundibulaire avec septum ventriculaire intact; un cas (11). — **Th. N. P. Johns.** Anévrysme disséquant de l'aorte abdominale; un cas avec réparation de la perforation (12). — **A. B. King** et **J. C. Reganis.** Érosions neurogéniques de l'estomac et de l'œsophage (13). — **G. L. Jordan Jr** et **O. H. Beahrs.** Le volvulus du cæcum complication post-opératoire; 6 cas (14). — **D. V. Troppoli** et **L. J. Cella Jr.** Le syndrome d'après cholécystectomie (15). — **K. F. Truax** et **H. G. Page.** Mélanome malin pré-pubertaire (16). — **Cl. D. Denson, W. S. Carpenter** et **R. D. Swedenberg.** Expulsion spontanée de l'iléon sequestré; guérison chez 2 adultes (17). — **J. E. Flynn.** Granulomes sous-cutanés du béryllium à la main (18). — **G. F. Crikelair** et **T. Hiratzka.** Granulome mercuriel intra-péritonéal (19). — **S. H. Tolins.** Hernie diaphragmatique congénitale du nouveau-né; un cas et littérature (20). — **J. Walter Neal.** Hernie diaphragmatique droite traumatique avec éviscération de l'estomac, du côlon transverse et du foie dans le thorax droit (21). — **R. T. Gants** et **J. W. Ryel.** Hernie de l'estomac et du côlon dans la bourse épiploïque à travers une lacune du ligament gastro-épiploïque; un cas (22).

[21] **The Surgical Clinics of North-America** (PHILADELPHIE), vol. 33, n° 1, Février 1953. **E. Allen.** La voie vaginale en chirurgie gynécologique (1). — **L. D. Odell.** Le traitement des tumeurs bénignes de l'utérus (2). — **Ch. E. Galloway.** Le col utérin anormal (3). — **A. F. Lash.** Le cancer du col utérin; limites du traitement chirurgical (4). — **Ch. P. MacCartney.** L'adéno-carcinome du corps utérin (5). — **H. E. Schmitz, et Ch. J. Gajewski.** Le traitement du carcinome de l'utérus (6). — **H. Close Hesseltine.** La maladie inflammatoire pelvienne (7). — **A. E. Kanter.** Tumeurs ovariennes (8). — **R. R. Greene.** Tumeurs endocrines de l'ovaire (9).

Archives of Surgery (CHICAGO), vol. 66, n° 1, Janvier 1953. — **J. Lapides** et **A. I. Dodson Jr.** [22]
Effets du bromide de méthantéline (bantine) dans les affections urologiques (1). — **J. D. Briggs** et **J. F. Roberts.** Hémorragie gastro-intestinale par tumeur duodénale bénigne (2). — **N. A. Michels.** Variations anatomiques des artères hépatique cystique et rétro-duodénale (3). — **W. K. Nowill, C. R. Stephen** et **P. W. Searles.** Valeur du trichloréthylène comme agent d'anesthésie et d'analgésie (4). — **H. A. Davis.** Nouvelle technique du traitement chirurgical du canal artériel ouvert (5). — **J. L. Southworth, E. Converse Peirce, Th. Tyson** et **R. L. Bowman.** Pompe diaphragmatique pour circulation artificielle. Pompe Tyson-Bowman (6). — **F. D. Dickson, R. L. Diveley** et **R. H. Kiene.** Ostéomyélite subaiguë et chronique (7). — **J. W. Lord Jr.** Traitement chirurgical des syndromes de la ceinture scapulaire (8). — **L. E. McCrea** et **D. L. Kimmel.** Nouveau concept de l'innervation vésicale (9). — **E. F. Lewison** et **J. G. Lyons Jr.** Relations entre la maladie mammaire bénigne et le cancer (10). — **L. Carp.** Amputations à mi-hauteur pour gangrène artério-scléreuse et diabétique (11). — **I. Cohn, H. R. Hawthorne, P. Nemir** et **D. L. Drabkin.** Études sur l'obstruction par étranglement (12).

Surgery, Gynecology and Obstetrics (CHICAGO), vol. 96, n° 1, Janvier 1953. — **R. E. Gross, E. Watkins Jr, A. A. Pomeranz** et **E. I. Goldsmith.** Une méthode de fermeture chirurgicale des déficiences du septum interauriculaire (1). — **E. A. Quer, D. C. Dahlin** et **Ch. W. Mayo.** Propagation rétrograde intra-murale du carcinome rectal et recto-sigmoïdien. Étude microscopique (2). — **R. S. Grinnel.** Résultats dans le traitement des carcinomes du côlon et du rectum; analyse de 2 341 cas pendant une période de 35 ans avec les résultats de 5 ans de survie chez 1 667 malades (3). — **L. J. McCormack, E. W. Cauldwall** et **B. J. Anson.** Types d'artères brachiales et antibrachiales; étude de 750 extrémités (4). — **B. Noland Carter** et **J. Giuseffi.** Utilisation de la trachéotomie dans le traitement des blessures par écrasement de la poitrine (5). — **Ch. A. Hubay, E. C. Weckesser** et **W. D. Holden.** Effets de la cortisone sur la prévention des adhérences péritonéales (6). — **R. R. Greene. B. M. Peckham, J. T. Chung, M. A. Bayly, H. B. W. Benaron, L. A. Carrow** et **G. H. Gardner.** Carcinome pré-invasif du col pendant la grossesse (7). — **W. R. Wilkinson.** Anévrysme de l'aorte abdominale; un cas traité avec de la cellophane réactive (8). — **R. A. Nabatoff, A. S. W. Touroff, M. Gross** et **S. Brahms.** Utilisation d'autogreffes de taille maxima provenant des veines caves pour la réparation des pertes de substance expérimentales chez le chien. I. Étude sur la circulation collatérale et la pression veineuse après résection de longs segments de la veine cave inférieure (9). — **I. T. Rieger** et **J. Harris.** Étude expérimentale sur la réduction de reflux urétéral (10). — **V. Mayer** et **S. Pohlidal.** Traumatismes de la mortaise tibio-tarsienne (11). — **A. W. Allen.** Conduite à tenir en cas de maladie thrombo-embolique chez les malades chirurgicaux (12). — **W. Kenneth Cuyler, L. A. Kaufmann, L. Polumbo** et **B. Carter.** Étude cytologique des lésions malignes du vagin. Étude I. Carcinome primaire à cellules squameuses (13). [23]

N° 2, Février. — **L. R. Sauvage, E. J. Schmitz, E. H. Storer. E. A. Kanar, F. R. Smith** et **H. N. Harkins.** Rapports entre les mécanismes physiologiques de stimulation de la sécrétion gastrique et la fréquence de l'ulcération peptique; étude expérimentale avec emploi d'une nouvelle préparation (14). — **J. A. Schilling, B. V. Favata** et **M. Radakovich.** Études de la fibroplasie dans la cicatrisation des blessures (15). — **B. W. Young.** Abord rétro-pubien dans l'obstruction du col vésical chez l'enfant (16). — **P. H. Curtiss Jr.** et **Ph. D. Wilson Sr.** Comparaison entre la guérison d'homo-greffes « de banque » et d'autogreffes osseuses fraîches avec et sans cortisone (17). — **L. T. Palumbo, F. Quirin** et **R. W. Conkling.** Sympathectomie lombaire dans le traitement des affections lombaires périphériques (18). — **H. N. Kenwell** et **Ph. B. Wels.** Pancréatite aiguë hémorragique; 11 cas consécutifs traités avec de l'albumine du sérum humain (19). — **E. P. Smith Jr, W. H. Toulson** et **W. B. Rever.** Méthode simple pour l'évacuation des caillots de sang de la vessie avec streptokinase-streptodornase (20). — **L. B. Kiriluk** et **K. A. Merendino.** Une évaluation expérimentale de l'anastomose bronchique et de la guérison avec référence spéciale au plan de la transsection (21). — **J. R. Russell** et **P. C. Bucy.** Méningiomes de la fosse postérieure (22). — **E. R. Taylor, M. B. Dockerty** et **C. F. Dixon.** Pronostic du cancer du côlon donnant une perforation dans la vessie (23). — **L. A. Shepanek.** Effets des substances endocriniennes (A. C. T. H. et hormone de croissance) sur les fractures expérimentales (24). — **C. C. Jeffery.** Fracture-luxation de l'épiphyse humérale supérieure (25). — **L. A. Stirrett, E. T. Yuhl** et **R. L. Libby.** Nouvelle technique pour le diagnostic des métastases cancéreuses au niveau du foie. Rapport préliminaire (26). — **Th. C. Moore.** Atrésie congénitale des canaux biliaires extra-hépatiques. 31 observations contrôlées (27). — **W. H. Hagan** et **Rhoads.** Hernies inguinales et crurales; étude suivie (28). — **P. B. Hudson.** Cancer prostatique. IV. Traitement chirurgical et endocrinien des lésions curables (29). — **J. C. Kimbrough** et **W. H. Morse.** Néphrectomie sous-capsulaire (30). — **Ch. H. Bradford, R. W. Adams** et **R. M. Kilfoyle.** Fractures des deux os de l'avant-bras chez l'adulte (31). — **L. C. Blair.** Sigmoïdoscopie. Une nouvelle position chirurgicale et un appareil pour l'obtenir et la maintenir (32).

The Military Surgeon (WASHINGTON), vol. 112, n° 2, Février 1953. — **A. Stovell.** Le diagnostic et le traitement de l'atrophie cérébrale post-traumatique (1). [24]

Surgery (SAINT-LOUIS), vol. 32, n° 4, Octobre 1952. — **W. Andrew Dale.** Le blocage splanchnique dans le traitement de la pancréatite aiguë (1). — **J. Adriani. J. Parmley** et **A. Ochsner.** Cas mortels et complications après essais de blocage du ganglion étoilé (2). — **St. R. Friesen. W. N. Harsha** et **Ch. H. McCroskey.** Hémorragie massive généralisée de la plaie au cours de l'opération avec évidence clinique et expérimentale de réactions de la transfusion sanguine (3). — **J. N. McClure Jr.** Hémorragie gastro-duodénale massive; traitement par la poudre de gélatine et de solution de thrombine tamponnée (4). — **R. F. Rauch.** La valeur de la résection gastrique pour peptic ulcer (5). — **Ch. E. Rea.** Traitement conservateur opposé au chirurgical dans le peptic ulcer perforé (6). — **M. E. Steinberg, H. C. Smith, Gardon Wolfe** et **Stanard Gillespie** (7). La valeur de la double lumière jéjunale, Anastomose gastro-jéjunale en rapport avec la production d'ulcères jéjunaux (8). — **H. Orishejolomi. Thomas.** Myosarcome du diverticule de Meckel (9). — **C. R. Morris, R. P. Hohf** et **A. C. Ivy.** Une étude expérimentale du rôle de la stase dans l'étiologie de la cholécystite (10). — **J. Harold Kay.** L'influence de la cortisone et de l'A. C. T. H. sur la survie des homotrans- [25]

[25] plants surrénaux chez le chien (11). — **Ch. D. Knight** et **J. W. Kirklin.** Les incisions abdominales chez l'enfant (12). — **I. F. Enquist** et **David State.** Polypes du rectum et du côlon (13). — **R. F. Milnes.** La valeur de la ligature des artères hépatique et splénique chez le chien avec ascite expérimentale (14). — **G. A. Higgins.** La reconstruction de la main après la perte de tous les doigts (15). — **M. Shannon Allen** et **Cl. W. Fitchett.** Omphalocèle avec canal omphalo-mésentérique perméable éversé (16). — **L. F. Peltier.** Embolie graisseuse après enclouage médullaire (17). — **Th. G. Barnes.** Carcinoïde argentaffinome de la vésicule biliaire (18). — **H. O. Smith.** Cystite due à l'iléite régionale (19). — **D. Presman.** Technique de la prostatectomie rétro-publienne (20). — **C. D. Creevy.** Les progrès de l'urologie au cours des 25 dernières années (21).

N° 5, Novembre. — **J. J. Morton.** Diverticules et carcinome du côlon sigmoïde (22). — **G. Carayannopoulos** et **Ch. Christopoulos.** La résection gastrique comme traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé (23). — **B. G. Lary** et **J. R. Scheibe.** L'effet du tubage de caoutchouc sur la cicatrisation des anastomoses de la voie biliaire commune (24). — **P. G. Flothow.** Sympathectomie pour décompensation cardiaque et maladie coronarienne (25). — **W. T. Mustard, A. L. Chute** et **E. H. Simmons.** Observations nouvelles sur la circulation extra-corporéale expérimentale (26). — **M. A. Hayes.** La fonction corticale surrénale au cours des interventions chirurgicales (27). — **M. A. Hayes** et **R. L. Brandt.** Le métabolisme carbohydraté dans la période post-opéra oire immédiate (28). — **J. W. Cole, F. A. Abul** et **W. D. Holden.** Relations du foie et de l'inhibiteur de l'hyaluronidase sérique non spécifique (29). — **I. S. Goldenberg** et **H. M. Lemon.** L'appréciation du diagnostic du cancer à un hôpital général métropolitain d'enseignement (30). — **R. W. Zollinger** et **H. M. Gilmore.** Un nouvel extracteur veineux dans la lumière de la veine (31). — **R. B. Cloward.** La chirurgie du disque intervertébral lombaire (32). — **J. R. Johnston** et **L. B. Reagan.** Survie à court terme après résection massive de l'intestin grêle (33). — **E. E. Jemerin.** Diverticulite du cæcum (34). — **F. H. Straus** et **C. R. O'Kane.** Léiomyome du duodénum (35). — **Ch. G. Johnston.** La chirurgie du traumatisme (36). — **A. T. Kremen.** Notes sur la direction de l'équilibre liquidien (37). — **M. E. De Bakey, A. Ochsner** et **P. T. De Camp.** Cancer primitif du poumon (38). — **Cl. Dennis** et **K. E. Karlson.** Mesures chirurgicales comme supplément au traitement de la colite ulcéreuse idiopathique; cancer, cirrhose et arthrite, complications fréquentes (39).

N° 6, Décembre. — **D. A. Cooley** et **M. E. De Bakey.** La technique de la valvulotomie mitrale (40). — **Th. G. Orr.** Observations sur le traitement du carcinome du pancréas (41). — **A. M. Berg** et **J. E. Hamilton.** Méthode pour améliorer le radio-diagnostic des maladies biliaires avec acides biliaires (42). — **O. F. Noel.** Méthode de réparation du sternum divisé verticalement (43). — **R. W. Bartlett** et **D. W. Eastwood.** Blocage nerveux intestinal bilatéral de longue durée pour la chirurgie de l'abdomen supérieur (44). — **L. T. Ford, R. H. Ramsey, E. P. Holt** et **J. A. Key.** Analyse d'une centaine de myélogrammes lombaires consécutifs suivis d'opération discale pour guérison de la douleur lombo-sacrée et de la sciatique (45). — **N. Zheutlin, E. C. Lasser** et **L. G. Rigler.** Études cliniques de l'effet du baryum dans la cavité péritonéale après rupture du côlon (46). — **A. M. Rutenburg, F. B. Schweinburg** et **B. Sears.** La sulfadimétine, nouveau sulfamide pour le traitement des infections urinaires (47). — **G. L. Suder.** Hémorragie périvésicale après herniorraphie, démontrée par cystographie (48). — **W. A. Johnson** et **F. H. Straus.** Invagination de l'intestin grêle produite par une métastase d'un carcinome rénal (49). — **J. Barrett Brown** et **M. P. Fryer.** Tumeurs du corpuscule carotidien; ablation d'une tumeur la plus volumineuse de celles publiées (50). — **A. Blain.** Syndrome du scalène antérieur précipité par une attaque de pleurésie (51). — **Ch. F. Schetlin** et **P. W. Stone.** Hygroma kystique cervical uniloculaire (52). — **E. K. Johnson, J. L. Mangiardi** et **J. Brown Jacobs.** Léiomyosarcome primitif du poumon; pneumonectomie (53). — **J. P. Woodhall.** Gangrène consécutive à une sympathectomie lombaire pour maladie vasculaire périphérique artério-sclérotique (54). — **R. Elman.** Liquide parentéral au lieu d'alimentation parentérale (55). — **R. L. Varco.** La sténose mitrale; rôle du chirurgien (56). — **G. T. Pack** et **W. F. Eberhart.** Rhabdomyosarcome du muscle squelettique (57).

[26] **Revista Mexicana de Cirugia, Ginecologia y Cancer** (MEXICO), an. 19, n° 8, Août. — **C. Zuckerman.** Les étapes de la croissance du cancer du col utérin (1). — **J. Wood W.** Idées actuelles sur la tuberculose utéro-annexielle (2). — **C. Zuckermann.** État actuel de l'étude du problème du cancer (3).

N° 9, Septembre. — **C. Zuckermann.** Endométriose (4). — **L. Gomez Pimienta.** État actuel du diagnostic du cancer pulmonaire (5). — **M. Gonzalez Ulloa.** Organisation de la banque de cartilage (6).

N° 10, Octobre. — **C. Zuckermann.** Cystectomies partielles (7).

N° 11, Novembre. — **C. Zuckermann.** Infarctus hémorragique du grand épiploon (8). — **F. Crainz.** Une nouvelle pince pour biopsie cervicale (9). — **B. Naar.** Le décalogue du chirurgien (10).

N° 12, Décembre. — **C. Zuckermann.** Cancer mammaire et grossesse (11).

[27] **Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario,** vol. 19, n° 5-6, 1952. [*Sociétés*] **P. Bendetti Aprosio.** Valvulotomies pulmonaires (1). — **M. Schwartz.** Retards dans le diagnostic du cancer (2). — **Boretti.** Thrombose de la veine axillaire (3). — **J. Benzadon.** Chirurgie de la glande mammaire chez l'homme (4). — **J. S. Dotta** et **T. Delporte.** Calcul géant dans un diverticule vésical. Diverticulectomie (5). — **A. Fasce** et **V. Argonz.** Thrombo-endo-artériectomie (6).

[28] **Revista Brasileira de Cirurgia** (RIO DE JANEIRO), vol. 24, n° 3, Septembre 1952. **A. de Moraes.** Traitement du cancer du vagin (1). — **Orlando Vaz.** Fistules urogénitales chez la femme (2). — **A. Campos da Paz.** Blocage partiel de la trompe (3). — **A. A. Quinet de Andrade.** Épreuves cliniques dans le diagnostic des aménorrhées (4). — **W. Gentila de Mallo.** Chirurgie des hémorrhoïdes internes (5).

[29] **Boletim do Sanatorio Sao Lucas** (SAO PAULO), vol. 13, n° 4, Octobre 1951. — **E. Branco Ribeiro.** Hernie inguinale et varicocèle (1). — **A. Albano Russi.** La déshydratation en chirurgie (2).

N° 6, Décembre. — **O. Maciel.** Kyste du cordon spermatique (3).

N° 7, Janvier 1952. — **O. A. Siqueira.** La chirurgie de la rate (4). — **A. Pereira.** Diagnostic radiologique des tumeurs vésicales (5). [29]
N° 10, Avril 1952. — **A. C. Vergara.** Concomitance d'ulcère gastro-duodénal et de cancer gastrique (6). — **C. Tavares.** Iléus par diverticule de Meckel (7).

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'appareil locomoteur (Paris), t. 38, n° 5-6, Octobre-Décembre 1952. — **J. C. Scholder.** Prothèses et appareillages du membre inférieur (1). — **R. Merle d'Aubigné, R. Tubiana** et **J. O. Ramadier.** Reconstruction du pouce (2). — **Guilleminet, P. Stagnara, R. Faysse** et **L. Bertrand.** Le traitement orthopédique des luxations congénitales de la hanche contrôlé par l'arthrographie (3). — **H. Cagnoli.** Les fractures articulaires de la hanche (à l'exception du col du fémur) (4). — **P. Chigot, Ch. Garnier** et **M. Cloutier.** Contribution à l'étude anatomo-pathologique et au traitement chirurgical des ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille (5). — [*Société*] **J. Cabanac, P. Petit** et **A. Maschas.** Le traitement du pied bot varus équin congénital : Discussion (6). — **J. James** et **R. Tubiana.** La maladie de Dupuytren. Discussion (7). [30]

Archives Françaises de Pédiatrie (Paris), t. 10, n° 1, 1953. — **Giroud, Lévy, Lefebvres** et **Dupuis.** Légèretés des déficiences B2 tératogènes (1). — [*Société*]. **R. Debré, Mozziconacci** et **Arthuis.** Maladie de Lobstein avec cals hypertrophiques (2). — **B. Duhamel, J. Sauvegrain** et **Léissner.** Sténose peptique de l'œsophage chez une enfant de 4 semaines (3). — **B. Duhamel, A. Philippe** et **D. Pellerin.** Atrésie congénitale de l'œsophage opérée par voie transpleurale; guérison (4). — **R. Laplane** et **A. Nenna.** Un cas de dysostose mandibulo-faciale de Franceschetti (5). — **M. Feld, Kodja** et **Dell.** Hydroma sous-dural bilatéral opéré (6). — **Giraud, Métras** et **Gallérand.** Kystes pulmonaires congénitaux pleins chez un nourrisson; guérison complète après ponction chirurgicale (7).
[*Est*]. — **Boyer, Wiener, Nicolas** et **Le Gal.** Kystes lymphatiques multiples du mésentère chez un enfant de 2 ans (8).
N° 2. — [*Réunion Franco-Britannique*]. **B. Schlesinger.** Hypokaliémie et iléus paralytique au cours de la gastro-entérite (9). — [*Société*]. **R. Clément, J. Gerbeaux, A. Combes Hamelle, B. Pertuiset** et **C. Petranca.** Anévrysme artério-veineux de l'ampoule de Galien chez le nourrisson (10). — **P. Barbé.** Hématome intra-cérébral spontané chez une enfant de 14 ans; intervention; guérison (11). — **J. Weill, J. Baruch** et **Vignolet.** Un cas de brachydactylie héréditaire chez un mongolien (12). — **Laurence** et **Laplane.** Sténose duodénale par malrotation deux fois opérée; guérison (13). [31]

Pédiatrie (Lyon), an. 42, n° 1, 1952. — **P. Sacrez, P. Beyer** et **P. Fontaine.** Sténose du pylore et hypokaliémie (1). [32]

Acta Pediatrica Espanola (Madrid), an. 11, n° 121, Janvier 1953. — **M. Cruz Hernandez** Sténose de la veine splénique chez un enfant de 6 ans consécutive à une péritonite tuberculeuse (1). [33]

Revista Espanola de Pediatria (Zaragoza), t. 8, n° 5, Septembre-Octobre 1952. **M. Moreno de Orbe.** Persistance du canal de Nück; kystes de Bruner (1). [34]

Minerva Pediatrica (Turin)), an. 5, n° 2, 31 Janvier 1953. — **R. Bulgarelli.** Réactions méningées, méningo-encéphaliques, méningo-médullaires et radiculaires par injection dans le liquide cephalo-rachidien d'antibiotiques et d'agents chimiothérapiques : pénicilline, sulfamides, streptomycine, P. A. S., thiosemicarbazone et hydracide isonicotinique (1). [35]

American Journal of Diseases of Children (Chicago), vol. 85, n° 1, Janvier 1953. — **T. D. Spies, S. Dreizen, R. M. Snodgrasse, G. S. Parker** et **C. Currie.** Progrès de la maturation du squelette chez les enfants avec carence nutritive chronique (1). — **J. Dykes, J. K. Segesmane** et **J. W. Birsner.** Coccidioïdiomycose des os chez les enfants (2). — **W. Wallace Green** et **D. F. Gose.** Perforation gastrique chez le nouveau-né (3). [36]

The Journal of Bone and Joint Surgery (Boston), vol. 35 A, n° 1, Janvier 1953. — [*American Volume*]. **Fr. H. vom Saal.** Fixation intra-médullaire dans les fractures de la main et des doigts (1). — **R. W. Johnson, J. W. Hillman** et **W. O. Southwich.** Importance d'une attaque chirurgicale directe sur les lésions des corps vertébraux tout particulièrement dans le mal de Pott (2). — **W. T. Green** et **H. B. Banks.** Ostéochondrite disséquante chez les enfants (3). — **E. Platou.** Ostéotomie de rotation dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche (4). — **J. M. Young** et **F. J. Funk.** Fréquence des métastases tumorales au niveau du rachis. Étude comparative des altérations radiologiques et des grosses lésions (5). — **G. Wiberg.** L'opération de butée dans la dysplasie congénitale de l'acétabulum et dans la subluxation et luxation de la hanche (6). — **A. Klein, R. J. Joplin, J. A. Reidy** et **J. Hanelin.** Conduite à tenir vis-à-vis de la hanche contro-latérale en cas de subluxation de la tête fémorale (7). — **St. Bunnell.** Contracture ischémique locale de la main (8). — **G. G. Rowe** et **M. B. Roche.** Étiologie de l'arc neural séparé (9). — **D. Flinchum.** Anatomie pathologique du pied bot en varus équin (10). — **J. L. Goldner.** Déformations de la main consécutives à des altérations pathologiques des mécanismes des muscles extenseurs et intrinsèques (11). — **E. Flynn.** Problèmes des traumatismes de la main (12). — **E. A. Brav** et **V. H. Jeffress.** Enclouage intra-médullaire modifié dans les fractures par coup de feu récentes de la diaphyse fémorale (13). — **Ch. R. Carr** et **D. Turnipseed.** Expériences avec la fixation intra-médullaire des fractures fémorales compliquées de guerre (14). — **H. C. Fett** et **E. L. Zorn.** Arthrodèse avec compression du genou (15). — **M. Burman.** Tendinite [37]

[37] au niveau de l'insertion du tendon de l'extenseur commun des doigts (16). — **P. C. Colonna.** Arthroplastie capsulaire pour luxation congénitale de la hanche; une technique en deux temps (17). — **C. D. Hensley.** Développement rapide d'un « kyste osseux sous-périosté » dans une neurofibromatose diffuse. Une observation (18). — **G. R. Callender** et **G. Miyakawa.** Ostéopétrose chez l'adulte. Une observation (19). — **C. E. Ottolenghi** et **L. J. Petracchi.** Chondromyxosarcome du calcanéum. Un cas avec remplacement total de l'os par un calcanéum homogène réfrigéré (20). — **F. N. Silverman.** Séquelle osseuse rare du scorbut chez les enfants (21). — **J. F. Katz.** Fractures spontanées chez les enfants paraplégiques (22). — **F. Lee Liebolt** et **J. G. Furey.** Paralysie obstétricale avec luxation de l'épaule. Une observation (23). **C. G. Hutter.** Prothèse avec coiffe ventouse après désarticulation de la hanche (24). — **O. F. v. Werssowetz.** Corset pour hyperextension fonctionnelle du dos (25). — **H. Volk** et **Fr. M. Smith.** Déchirure en « anse de seau » du ménisque interne chez un enfant de 5 ans (26). — **B. R. Wiltberger.** Utilisation des instruments courants du menuisier dans l'enclouage intra-médullaire des fractures fémorales (27). — **A. R. Shands Jr.** Protection et traitement des enfants infirmes aux États-Unis 28).

[38] **The Journal of Pediatrics** (SAINT-LOUIS), vol. **42**, n° 2, Février 1953. — **W. P. Barba** et **D. J. Freriks.** L'apparition familiale *in utero* de l'hyperostose corticale infantile (1). — **Ch. W. Lester.** Difformités du thorax, d'origine congénitale ou du développement (2). — **M. H. Stich, J. Rubinstein, A. B. Friedman** et **M. Morrison.** Lymphosarcome du médiastin chez un jeune enfant (3).

[39] **Revista de Ortopedia y Traumatologia** (BUENOS-AIRES), an **21**, fasc. 4, Avril 1951. — **F. Schajowicz** et **R. E. Mancini.** Histochimie du tissu conjonctif de la synoviale normale et pathologique (1). — **I. Slullitel** et **J. Slullitel.** Synovite villeuse nodulaire pigmentée (2). — **F. Pires de Camargo.** Technique chirurgicale des fractures de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidées (3). — **L. Trujillo, I. L. Ayerza** et **A. R. Mejia.** Les résultats de l'arthrodèse vertébrale (4). — **F. Garcia Diaz.** Innovation dans la technique du blocage ischio-fémoral par voie postérieure (5). — **L. J. Petracchi.** Un détail de technique de l'arthrodèse ischio-fémorale de Brittain (6). — **J. Manuel del Sel.** Arthrodèse de hanche par la technique de Brittain (7).

[40] **Archivos de Pediatria del Uruguay** (MONTEVIDEO, an. **24**, n° 1, Janvier 1953. — **V. Perez Fontana.** Syndrome iléal pour compression artérielle (1). — **E. Peluffo, Goluboff de Milies** et **J. Lorenzo y de Ibarrata.** Pancytopénie splénique et splénectomie (2).

Gynécologie.

[41] **Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique** (PARIS), an. **47**, n° 11-12. Novembre-Décembre 1952. — **P. Burger.** Mort subite pendant l'accouchement par pancréatite nécrotico-hémorragique aiguë (1). — **X. Sérafino** et **Mme Sérafino.** L'utilisation du côlon sigmoïde dans les plasties pour absence congénitale du vagin (2). — **E. Weber.** Hématométrie après la ménopause; sténose du col par carence œstrogène (3).

[42] **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (STUTTGART), an. **13**, fasc. 2, Février 1953. — **A. W. Schwenzer.** Prophylaxie et traitement de la thrombo-embolie (1). — **H. Dahn.** Méthode de l'anesthésie péri-durale (2). — **H. Hartl, G. Œhlert** et **Th. Hickl.** Mesure de la pression sphinctérienne dans l'incontinence urinaire fonctionnelle de la femme (2). — **K. Lehmacher.** La pression due au tamponnement comme cause de fistules urétro-vaginales (3). — **R. Brühl.** Quelques cas remarquables de chorio-épithéliomes (4). — **H. Heizer.** Syndrome de Stein (5).

[43] **La Clinica Ostetrica e Ginecologica** (ROME), vol. **34**, n° 6, Décembre 1952. — **G. Nicora.** Note étiologique et clinique sur l'infection par le muguet consécutive à l'emploi des antibiotiques chez les opérés (1). — **L. Nobili.** Les fibromes du vagin (2).

[44] **Minerva Ginecologica** (TURIN), an **5**, n° 1, 15 Janvier 1953. — **D. Cazzola.** Sur la valeur de l'éosinophilie sécrétoire et tissurale comme expression d'un état dysharmonique réactif (1). — **G. Massone.** La réponse cortico-surrénale au micro-stress hormonal pré-laparotomique (2). — **G. Ferraris.** L'action des interventions gynécologiques sur l'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes (3). — **T. M. Caffaratto.** Syndrome génito-colitique par dystonie neuro-végétative (4). — **E. Robecchi.** Les néoplasies du ligament large (5).

[45] **Ginekologia Poloka** (VARSOVIE), t. **23**, n° 6, 1952. — **L. Idzior.** Thoracopages (1). — **H. Klawe.** L'endométriose cause d'hémorragie (2). — **Z. Zornacki.** Le traitement de la vaginite sénile par les œstrogènes (3). — **M. Medynski.** Méthodes de traitement du cancer des organes génitaux d'après un matériel de 5 ans de la Wroclaw Clinique Gynecologique (4). — **W. Milewicz.** Modification de l'opération plastique de Hegar du prolapsus complet de l'utérus (5). — **J. Pertynski.** Séminome de l'ovaire (6). — **J. Sieroszewski** et **Misiewicz.** Tumeurs masculinisantes de l'ovaire (7). **W. Starzewski.** Un cas d'hématome puerpéral de la vulve (8).

[46] **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica** (LUND), vol. **32**, fasc. **1**, 1953. — **H. Frederikson.** La chirurgie conservatrice de l'endométriose ovarienne (1). — **H. Frederikson.** Endométriose ovarienne et tumeur maligne coexistantes; 3 cas (2). — **J. Heyman, Kottmeier** et **Segerdahl.** Recherches sur la validité du groupement par stade dans le cancer du col utérin (3). — **O. Casullo.** La valeur diagnostique de la ponction du cul-de-sac de Douglas (4). — **F. Zacharian.** Encéphalocèle syncipitale (5).

[47] **American Journal of Obstetrics and Gynecology** (WASHINGTON), vol. **64**, n° 6, Décembre 1952. — **Ch. J. Smith.** Hystérectomie dans les états pelviens bénins (1). — **E. Klempner.** Lésions gynécologiques et urétéro-hydronéphose (2). — **L. Bobrow** et **J. A. Batts.** Tuberculose

pelvienne (3). — **L. B. Felmus** et **P. Pedowitz.** Vue d'ensemble sur deux cent cinq cas de morts gynécologiques entre 1938-1950 (4). — **Th. N. Lide** et **W. G. Coker.** Hydrométrocolpos congénital. Vue d'ensemble sur la littérature et observation clinique : un cas avec utérus double et vagin incomplètement séparé (5). — **W. S. Rogers, R. E. Gordon** et **M. R. Marsh.** Fréquence de la malignité dans les tumeurs à cellules de la thèque ovariennes (6). — **J. C. Hirst** et **M. L. Brown.** Diagnostic du carcinome très précoce du col utérin pendant la gestation (7). — **D. A. Frenkel, B. A. Greene** et **S. L. Siegler.** Améliorations techniques dans l'examen culdoscopique (8). — **G. J. Strean.** Une opération pour la fistule vésico-vaginale post-opératoire (9). — **R. I. Hiller.** Une opération pour faciliter la chirurgie pelvienne radicale chez la femme (10). — **B. Ranney** et **J. T. Chung.** Endométriose du col utérin (11). — **G. Zarou** et **A. Sy.** Grossesses combinées intra- et extra-utérine allant à terme (12). — **H. L. Walker** et **Th. J. Curphey.** Diagnostic du cancer utérins (12). — **L. D. Bonar** et **R. L. Garber.** Radiothérapie dans les troubles menstruels et dans la stérilité (13). — **H. Lehfeld.** Action thérapeutique du méthyl-androsténédiol (14). — **H. W. Jones Jr, R. Wade** et **B. Goldberg.** La glycérophosphatase biochimique et histochimique dans l'endomètre normal, dans l'endomètre hyperplasique ainsi que dans l'adénocarcinome (15). — **C. A. Lathrop** et **W. S. Carlisle.** Bleu de toluidine *per os* dans le traitement des hyperménorrhées (16). — **A. W. Strauss** et **A. W. Strauss Jr.** Cystadénosarcome pseudo-muqueux de l'ovaire (17). — **E. A. Riemenschneider** et **R. L. Miller.** Adéno-carcinome utérin avec métastase ombilicale (18). [47]

Vol. 65, n° 1, Janvier 1953. — **R. L. Miller** et **D. C. Snyder.** Circoncision immédiate du nouveau-né (1). — **M. I. Buchman.** Pertes sanguines pendant les opérations gynécologiques (2). — **J. C. Goodwin.** Le procédé d'écharpe du muscle ischio-caverneux dans la correction de l'incontinence urinaire d'effort (3). — **N. Schnall.** Morbidité de l'hystérectomie abdominale avec ou sans suppositoires vaginaux à base de pénicilline-streptomycine (4). — **M. Roland, F. Carpentier** et **J. Rich.** Un nouveau moyen de contraste hydrosoluble dans l'étude des hystérogrammes et des hystérosalpingogrammes (5). — **E. T. Bennett.** L'endométriose des personnes assez âgées (6). — **B. H. Carney.** Brûlures vaginales par permanganate de potasse (7). — **L. G. Feo** et **B. R. Dellette.** Trouvailles cliniques en présence de syringospora albicans et stellatoïdea (8). — **S. S. Rosenfeld.** L'opération d'interposition (8). — **H. S. Kupperman** et **St. J. Goodman.** Traitement efficace de la dysménorrhée et des troubles menstruels au moyen de l'administration pré-ovulatoire de méthyl-testostérone ou de méthyl-androsténédiol (10). — **J. J. Swendson.** Implantation intra-utérine de la trompe pour occlusion de la corne selon la technique de la dilatation (11). — **W. M. Colmer Jr.** L'utilisation du pessaire (12). — **W. R. Penman, R. K. Kleppinger, W. L. Gaby** et **E. M. Heller.** Étude corrélative des résultats bactériologiques et cliniques du traitement des infections pelviennes banales avec une nouvelle préparation orale à base de pénicilline et de sulfamides (13). — **W. J. Reich, M. J. Nechtow, A. M. Kurzon, N. Subotnik** et **J. B. Reich.** Traitement de la vaginite monilienne avec l'acide caprylique (14). — **L. Peterson, O. Paul** et **E. Fell.** Correction chirurgicale de la coarctation de l'aorte au cours de la grossesse (15). — **E. L. Richmond.** Sarcome botryoïde du col (16). — **L. C. Spademan, E. S. Cohen** et **F. W. Girton.** Sarcome botryoïde (17). — **I. Smiley, M. A. Beer** et **J. W. Tandatnick.** Arrhénoblastome de l'ovaire (18). — **F. M. Valentine** et **J. R. Thomas.** Myoblastome à cellules granuleuses de la grande lèvre (19). [47 A]

Obstetricia y Ginecologia Latino-Americana an. 10, n°s 11-12, Novembre-Décembre 1952. — **N. Arenas, R. Sammartino** et **A. Coll.** Arrhénoblastome de l'ovaire (1). — [*Sociétés*] **F. C. Gomes.** Traitement chirurgical de la stérilité somatique féminine consécutive à la pelvi-péritonite (Propositions pour une nouvelle technique modifiée) (2). [48]

Appareil génito-urinaire.

Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale (Paris), t. 58, n° 11, 1952. — [*Sociétés*]. **H. Hermann, J. Vial** et **E. Pommatau.** Des relations qui existent entre les destructions étendues de la moelle épinière et la lipurie chez le chien (1). [49]

Archivos Espanoles de Urologia (Madrid), t. 8, n° 4, 1952. — **E. Perez Castro, A. Perez Coutino** et **B. Ruiz Rivas.** Tumeur dermoïde de la vessie (1). — **R. Weyeneth** et **Th. Rabinowicz.** Trois cas de néphropathie de diagnostic difficile particulièrement avec la tuberculose (2). — **J. Pobil** et **M. Diaz y Diaz.** Sarcome primitif du cordon spermatique (3). — **J. Costa** et **P. Ruela Torres.** Commentaires sur 100 adénomectomies prostatiques. Emploi de l'hypotension contrôlée (4). — **A. Cols Baques.** Résultats de deux cents adénectomies périnéales successives (5). — **M. Garcia Sanchez.** Hémangiome rénal comme cause des soi-disant « hématuries essentielles ». Un cas (6). [50]

Urologia (Trévise), an. 19, fasc. 6, 20 Décembre 1952. — **L. Delzotto.** Thérapeutique médicale et chirurgicale de l'épididymite tuberculeuse (1). — **A. Valentino** et **F. P. Scoppetta.** L'acide iso-nicotinique dans le traitement de la tuberculose rénale expérimentale (2). — **M. Carando.** Sur le syndrome dit « du bassinet postérieur » (3). — **M. Zennaro.** Prostatectomie rétro-pubienne selon Millin (4). — **A. Settimi.** Considérations sur un cas d'anurie par choc traumatique (5). — **P. Majone.** Sur les déplacements réno-urétéraux consécutifs à des tuméfactions endo-abdominales extra-rénales (6). — **M. Rossi.** Urétérocèle bilatérale (7). [51]

The Journal of Urology (Baltimore), vol. 69, n° 2, Février 1953. — **C. H. de T. Shivers** et **H. D. Axilrod.** Kystes solitaires du rein (1). — **G. R. Hamilton, R. J. Getz** et **S. Jerome.** Fistule artério-veineuse des vaisseaux rénaux (2). — **C. Eberhart** et **C. Rieser.** Pyéloplastie (3). — **L. E. McCrea.** Conduite à tenir urétérale après cystectomie (4). — **J. A. Lazarus** et **M. W. Ricci.** Méga-uretère; rein unique congénital associé (5). — **M. R. Keen.** Tumeurs urétérales primitives (6). — **F. L. Senger** et **C. A. Furey Jr.** Tumeurs urétérales primaires (7). — **R. de Surra Canard** et **J. E. Rivarola.** Tumeur vésicale chez l'enfant (8). — **P. L. Scardino** et **T. E. Upson.** Hernie inguinale et diverticule vésical (9). — **R. K. Ratliff.** Le signe de Nesbit (10). — **N. E. Berry** et **L. Reese.** Mélanome malin [52]

52 avec manifestations cliniques premières prostatiques (11). — **E. N. Khoury.** Diverticule de l'urètre chez l'homme (12). — **H. T. Thompson.** Pronostic clinique des tumeurs testiculaires. Analyse de 48 cas (13). — **W. D. Cornwall** et **L. Whitaker.** Endothélioma du [illegible] (14). — **T. M. Yates.** Distorsion du pyélogramme par lésion extra-rénale; abcès du foie (15). — **R. J. Veenema.** Aiguille pour ponction-biopsies prostatiques par voie périnéale. Modèle simplifié (16).

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

[53] **Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie** (PARIS), t. **24**, n° 8, Novembre-Décembre 1952. — R. Mayoux, P. Girard, Aubert, Rebattu et **Chappaz.** Les manifestations vestibulaires dans les malformations d'Arnold Chiari et dans les malformations de la charnière occipito-vertébrale (1).

T. 25, n° 1, Janvier 1953. — **D. Philippides, B. Montrieul** et **R. Lévy.** A propos de trois cas de méningiome du tubercule de la selle (2).

[54] **Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie** (STUTTGART), an. 32, fasc. 1, Janvier 1953. — H. Brunstein. L'otologie des tumeurs malignes (1). — **W. Schwab.** Sur le véritable fibrome du sinus (2). — **H. Richter.** Sur l'infection secondaire du sinus maxillaire (3). — **J. M. Alonso.** La chirurgie du cancer laryngé à ses débuts (4). — **R. Schröer.** L'amyloïde larynge et sa composition chimique (5).

Fasc. 2, Février. — F. Scheiffarth et **A. Bulitta.** Utilité des différentes méthodes du diagnostic d'activité dans les infections locales (6). — **H. Greven.** Effets toxiques de la streptomycine sur l'appareil cochléaire et vestibulaire (7). — **G. Loebell.** Fistules et kystes congénitaux de la région de la tête et du cou (8).

Appareil digestif.

[55] **Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition** (PARIS), t. **41**, n° 12, Décembre 1952. — **J. Paul Dugal.** Colite ulcéreuse; 87 cas (1). — **Oury, Larmurier** et **Abeille.** Troubles vaso-moteurs dans la pathogénie des accidents hémorroïdaires; rôle des injections intra-artérielles de procaïne (2). — **Boquien, Geffriaud** et **Cornet.** Fistule œsophago-bronchique congénitale; chirurgie (3). — **Y. Boquien** et **J. Paressant.** Image lacunaire du bulbe due à une inclusion de corps étranger, noyau de fruit (4). — **R. Le Canuet, Ch. Debray** et **M. Roux.** Étude de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra-hépatiques au cours de la cholécystographie (5).

[56] **Revue de Stomatologie** (PARIS), t. 53, n° 11-12, Novembre-Décembre 1952. — **M. Dechaume** et **B. Kerebel.** Sur les adamantinomes solides dentifiés (1). — **Lebourg, Bureau** et **Delaire.** Deux nouvelles observations de fermeture par greffe cutanée cylindrique d'une brèche palatine, reliquat d'un bec de lièvre opéré (2). — **Jacowski** et **Colas.** Incarcération dentaire d'origine traumatique dans la langue et sous la muqueuse vestibulaire (3). — [*Sociétés*] G. Gaessler et L. Merville. Fermeture des brèches palatines congénitales par lambeau cutané cylindrique (4).

[57] **Revista Espanola de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutricion** (MADRID), t. **11**, n° 6, Novembre-Décembre 1952. — **E. Oliver Pascuale, J. Eleizegui, Galan** et **Oliver.** Les infections par ultravirus dans la maladie post-cholécystectomique (1). — **H. Huerta** et **U. Hinderer.** Cancer primitif de la vésicule biliaire (2). — **J. Sanchez San Julian** et P. y Megias. L'image cholangiographique du canal de Wirsung et sa signification (3). — J. Pastor Abril. Myome de l'estomac; un cas personnel (4). — **J. Viar Bayo.** Obstruction jéjunale par calcul biliaire (5). — **J. Bergareche.** Échinococcose péritonéale pseudo-primitive (6). — **J. Monereo.** La chirurgie conservatrice des sphincters dans le cancer recto-sigmoïdien (7).

[58] **Archivio Italiano delle Malattie dell' Apparato Digerente** (BOLOGNE), vol. **18**, fasc. 6, 1952. — A. Bellavia. Perforation aigue du cancer gastrique en péritoine libre (1). — **A. Limentani.** Tuberculose prépylorique sténosante (2). — **M. Poli** et **A. Ruol.** Les liquides interstitiels sur les réséqués gastriques (3). — **L. Celli** et **P. L. Fava.** Étude expérimentale gastroscopique sur l'action de la dihydro-ergotamine sur la dynamique antro-gastrique (4). — F. Alberi. Syndrome gastralgique dans le diverticule duodénal; pyloroplastie; guérison (5). — C. Lacuna-Lozynsky. Le traitement de l'ulcère gastro-duodénal par injections para-vertébrales novocaniques (6).

[59] **Review of Gastroenterology** (NEW-YORK), vol. **20**, n° 2, Février 1953. — **J. Q. Sterling.** La valeur clinique post-opératoire de la voie biliaire commune (1). — **M. Feldman** et **Ph. Myers.** L'invagination du pylore dans la base du bulbe duodénal causée par un carcinome squirrheux de l'estomac (2). — **B. J. Ficarra.** Côlon sigmoïde redondant simulant une maladie de Hirschsprung (3). — **M. W. Shutkin.** Facteurs significatifs dans l'étiologie de l'ulcère gastro-jéjunal (4).

[60] **Gastro Enterology** (BALTIMORE), vol. **23**, n° 1, Janvier 1953. — **St. J. Stempien, J. E. Oritt** et **N. W. Kerr.** Aspects endoscopiques de la muqueuse gastrique en relation avec sa fonction (1). — **J. S. Atwater, E. B. Benedict, J. E. Berk** et **J. H. Fitzgibbon.** L'emploi d'agents anesthésiques en gastroscopie (2). — **H. N. Robson** et **G. B. D. Scott.** Pseudohypertrophie graisseuse du pancréas (3). — **Ch. Gottlieb, S. L. Beranbaum** et **A. M. Wald.** Lacunes [illegible] dans le néoplasme pancréatique ressemblant à l'ulcère duodénal (4). — L. D. Hayman et Th. H. Weaver. Perforation du côlon avec formation d'abcès intra-abdominaux dus à l'amibiase (5). — **V. A. McKusick.** Sarcoïde de Bœck de l'estomac (6).

Revista Brasileira de Gastroenterologia (Rio de Janeiro), vol. 4, n° 6, Novembre-Décembre 1952. — **J. Garcia Moran.** L'occlusion intestinale. Complication de l'appendicite (1). — **P. de Souza Campos Filho, M. Rubens Guimardes Montenegro** et **A. Dinode Almeida.** Entéro-colite nécrosante (2). — **M. A. Casal** et **R. Jaime.** Pseudo-mélanose recto-colique; sa réversibilité (3). — **V. Baptista Franco.** Résection accidentelle de l'hépato-cholédoque (4). [61]

Appareil respiratoire.

Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques (Paris), t. 7, n° 1, 1953. — **R. Kourilsky, D. Brille, Marchal** et **Hatzfeld.** Étude comparée de la ventilation et de la circulation dans les cancers broncho-pulmonaires (1). — **J. Houël** et **R. Dumazer.** Aspects anatomo-radiologiques du kyste hydatique du poumon (2). [62]

The Journal of Thoracic Surgery (Saint-Louis), vol. 25, n° 2, Février 1953. — **E. Holman, F. Gerbode** et **A. Purdy.** Canal artériel ouvert. 75 cas traités chirurgicalement. Un cas d'anévrysme du canal et un cas d'anévrysme de l'artère pulmonaire (1). — **Ch. P. Bailey, R. T. Pruex, A. W. Angulo, G. D. Geckeler, W. Likoff, N. Antonius** et **W. B. Neptune.** Bases anatomiques (histologiques et technique chirurgicale efficace pour la restauration de la circulation coronarienne (2). — **H. B. Schumacker Jr.** et **P. R. Lurie.** Valvulotomie pulmonaire (3). — **L. D. Hill** et **M. Lawrence White.** Plasmocytome pulmonaire (4). — **W. W. Stead.** Études physiologiques après chirurgie thoracique. II. Effets immédiats de la lobectomie supérieure combinée avec une thoracoplastie portant sur cinq côtes (5). — **L. H. Camara Lopes.** Utilisation intra-thoracique du gros intestin après œsophagectomie subtotale pour cancer (6). [63]

Appareil circulaire.

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Darmstadt), vol. 42, fasc. 3-4, Février 1953. — **K. Lottenbach.** Sympathicolyse et excitabilité du réflexe du sinus carotidien chez l'homme (1). — **O. Bayer, F. Loogen** et **H. H. Wolter.** La question d'une simplification de la mesure de l'orifice mitral (2). [64]

Angiology (Baltimore), vol. 4, n° 1, Février 1953. — **O. C. Julian, D. de Takats** et **Wm. S. Dye.** Nature segmentaire de l'artério-sclérose périphérique. Applications en chirurgie (1). — **A. M. Schwartz.** Effets d'un enzyme respiratoire sur la guérison des ulcères du membre inférieur (2). — **H. P. Totten.** Traitement chirurgical de la jambe post-phlébitique (3). — **P. Piulachs** et **F. Vidal Barraquer.** Pathogénie des veines variqueuses (4). [65]

Système nerveux.

Revue Neurologique (Paris), t. 87, n° 4 (2e Semestre), 1952. — **F. Fénelon.** Traitement neurochirurgical des mouvements anormaux par une technique personnelle; l'extrapyramidotomie sous-pallidale par électro-coagulation; principes, technique, résultats et indications de l'intervention (1). — [*Société*]. **J. Guillaume, P. Droguet** et **A. Péroz.** Compression bulbaire au cours d'une maladie de Paget avec anomalie de la charnière cervico-occipitale (2). [66]

Zentralblatt für Neurochirurgie (Leipzig), an. 12, n° 5, 1952. — **W. Jacobi.** L'abcès épidural spinal aigu dans l'infection bactérienne généralisée (1). — **K. Schürmaun** et **A. Gassner.** Sur le traitement opératoire des kystes du canal hypophysaire (2). [67]

Der Nervenarzt an. 24, fasc. 1, 20 Janvier 1953. — **H. Schliack.** Sur la question traumatisme et sclérose multiple; aggravation avec évolution mortelle après trépanation (1). — **Cl. Faust.** Sur le sujet en discussion. Valeur ou non valeur de l'encéphalogramme dans les traumatismes contus du crâne (2). — **Riedel.** Valeur ou non de l'encéphalogramme dans les traumatismes contus du crâne (3).
N° 2, 20 Février. — **H. H. Meyer.** Le traitement par inhalation d'azote (4). — **Th. Tiwisina** et **H. Haar.** Les tumeurs de la région du chiasma dans l'angiogramme cérébral (5). — — **K. Holub.** Le crâniopharyngiome (6). [68]

Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica (Copenhague), vol. 27, fasc. 3-4, 1952. — **H. K. Kristensen.** Fonction acoustique et vestibulaire dans les neurinomes acoustiques (1). — **J. Le Beau.** L'aire du cingulaire et précingulaire en psychochirurgie (États d'agitation états obsessionnels, épilepsie) (2). — **A. Torkildsen** et **K. Koppang.** Expériences concernant la « vascularisation inversée du cerveau » au moyen d'une fistule cervicale artério-veineuse (3). [69]

Archives of Neurology and Psychiatry (Chicago), vol. 69, n° 1, Janvier 1953. — **E. A. Spiegel** et **H. T. Wycis.** Mésencéphalotomie dans le traitement des douleurs faciales rebelles (1). — **R. P. Schmidt, L. L. Lévy, R. C. Turrell, W. E. Hopkins, B. M. Bloor** et **E. Roseman.** Indications diagnostiques et thérapeutiques dans la question du tétanos (2). — **R. R. J. Strobos** et **L. A. Mount.** Problèmes du traitement des anévrysmes intra-crâniens par ligature carotidienne (3). [70]

Journal of Neurosurgery (Springfield), vol. 10, n° 1, Janvier 1953. — **R. W. Rand** et **Ll. Lemmen.** Les tumeurs de la partie postérieure du IIIe ventricule (1). — **F. Jelsma** et **E. J. Ploetner.** Spina bifida occulta douloureux; littérature (2). — **B. Woodhall, G. L. Odom, B. M. Bloor** et **J. Golden.** Études sur la pression intra-vasculaire cérébrale; Faits nouveaux concernant la pression résiduelle dans les constituants du cercle artériel de Willis et dans [71]

[71] les segments artériels terminaux (3). — **W. B. Hamby.** L'origine anévrysmale de l'hémorragie sous-arachnoïdienne non mortelle; revue angiographique de 53 cas (4). — **R. C. Basset, J. S. Rogers, G. R. Cherry** et **C. Gruzhit.** L'effet du moyen de contraste sur la barrière sang-cerveau (5). — **H. A. Shenkin.** La circulation cérébrale dans l'hypotension intra-crânienne post-opératoire (6). — **S. Obrador.** Expérience personnelle du traitement chirurgical de l'épilepsie (7). — **W. M. Landau.** La durée de la fonction neuro-musculaire après la section du nerf chez l'homme (8). — **W. Stewart Alexander.** Épilepsie par calcification cérébrale; un cas d'épilepsie causée par un hamartome calcifié du cerveau (9). — **A. L. Drew** et **M. A. Petrohelos.** Un cas de tumeur cérébrale avec élévation unilatérale de la pression de l'artère de la rétine (10). — **A. B. King.** Médulloblastome apparu au cours de la période néonatale (11). — **L. M. N. Crosby, J. A. Wagner** et **Pomeroy Nichols Jr.** Lipome intradural de la moelle épinière (12).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[72] **Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires** (PARIS), an. 19, n° 12, Décembre 1952. — **M. Ruelle.** Sémiologie radiologique des coxarthroses avec essai de classification (1). — **S. de Sèze** et **J. Levergnieux.** Les accidents de la discographie (2). — [*Ligue*]. **F. Corte** et **Manigand.** Maladie de Paget et gonarthrose (3).

An. 20, n° 1, Janvier 1953. — **J. A. Lièvre** et **Mme J. A. Lièvre.** Cinq observations de dégénérescence maligne dans l'ostéite déformante de Paget (4). — [*Ligue*]. **M. Pierre-Weil** et **E. Parnaud.** Multi-arthrite phlegmoneuse de nature goutteuse, épanchement puriforme aseptique de 4 articulations (5). — **F. Layani** et **Y. Chaouat.** A propos des ostéites syphilitiques (6). — **C. Roederer.** Bloc vertébral cervical d'origine traumatique (7). — **R. J. Ducroquet.** Présentations de radiographies d'un cas de monstruosité de l'articulation de la hanche (8). — **Mazabraud.** Rhumatisme et cancer ou interférences thérapeutiques (9). — **P. Galmiche.** Scolioses (10).

[73] **Annales d'Endocrinologie** (PARIS), an. 13, n° 5, 1952. — **J. Bekaert.** L'énervation sinu-carotidienne peut-elle déterminer un hyperfonctionnement de la cortico-surrénale? (1). — [*Société*]. **C. D. Veziris.** Une nouvelle technique de coloration rapide des frottis vaginaux (2). — **Moulonguet, Devois** et **Tavernier.** Résultats du traitement préventif de la récidive du cancer du sein opéré, par l'hormone mâle (3).

[74] **Annales de Médecine légale et de Criminologie** (PARIS), an. 32, n° 5, Octobre-Novembre 1952. — [*Sociétés*]. **J. Trillot.** Fracture de la voûte crânienne avec hématomes intra-crâniens multiples. Décès par œdème cérébral (1). — **Planques** et **Grezes-Rueff.** L'utilisation médico-légale de l'électro-encéphalographie chez les traumatisés du crâne (2).

[75] **Der Tuberkulosearzt** (AUGSBOURG), an. 7, n° 1, Janvier 1953. — **A. Lemberger.** La pneumolyse consécutive au drainage cavitaire (1).

N° 2, Février. — **Brugger** et **Hantelmann.** Les résultats et complications de la pneumolyse aux différents âges (2). — **R. Lange.** Le chylothorax complication de la pneumolyse (3). — **H. Lerch.** Un cas remarquable de formation annulaire osseuse dans la spondylite tuberculeuse (4).

[76] **Der Krebsargt** (VIENNE), an. 8, fasc. 1-2, 1er Février 1953. — **H. Hinselmann.** Les bases d'une prophylaxie efficace du cancer du col par la colposcopie (1). — **H. Kremer** et **G. Narik.** Sur la production simultanée de polypes de la muqueuse utérine et du cancer de l'organe génital féminin (2). — **F. Kroath.** Les vues du traitement opératoire du carcinome du larynx (3). — **J. Glaninger** et **J. Mayer.** Le cancer de l'œsophage; radiothérapie (4). — **A. Nicolov.** La radiumthérapie du cancer du pénis (5). — **E. Broda.** La radiocobalt comme source de rayons thérapeutiques (6).

[77] **Annals of the Rheumatic Diseases** (LONDRES), vol. 11, n° 4, Décembre 1952. — **H. L. Desmarais.** La valeur des injections intra-articulaires dans l'ostéo-arthrite (1). — **O. C. Kestler.** Pseudo-tumeurs collagènes des mains (2). — **O. D. Beresford.** Ostéophytose de la colonne vertébrale lombaire (3).

[78] **Tumori** (MILAN), an. 38, fasc. 6, 1952. — **V. Giacomelli** et **U. Veronesi.** Les lymphatiques mammaires internes comme siège et voie de diffusionm étastatique dans le cancer du sein (1). — **V. Pricolo** et **R. D'Alo.** Gastrite hypertrophique géante subtotale simulant une néoplasie gastrique (2).

[79] **The American Review of Tuberculosis** (NEW-YORK), vol. 67, n° 2, Février 1953. — **L. Norviit** et **B. Carstensen.** Le temps prothrombinique pendant le traitement au P. A. S. Deux cents déterminations chez 400 malades (1).

[80] **Archives of Pathology** (CHICAGO), vol. 55, n° 1, Janvier 1953. — **I. Gore.** Anévrysmes disséquants de l'aorte chez des personnes au-dessous de 40 ans (1). — **R. M. Collister, J. Dankmeijer, H. A. Snellen** et **W. H. van der Wel.** Étude radiologique *post-mortem* des malformations congénitales du cœur (2). — **W. St. Hartroft.** Signification diagnostique des kystes graisseux dans la cirrhose (3).

Radiologie.

[81] **Journal de Radiologie, d'Électrologie et Archives d'Électricité Médicale** (PARIS), t. 33, n° 11-12, 1952. — **P. Marquès, P. Nègre, A. Labey, A. Bru** et **J. Faillières.** Technique curiethérapique pour les tumeurs de la cavité buccale (1). — **J. Kirsch.** Les néoformations osseuses dans la surélévation congénitale de l'omoplate; maladie de Sprengel (2). — [*Société*]. **Marchand**

et **Levernieux.** Discographie et myélographie (3). — **M. Cernès, Chambraud** et **Tropé** Radiologie du système cave inférieur (4). — **Joly** et **Hanoune.** Résultats de la radiothérapie des coxarthries (5). — **E. Forster** et **Sichel.** Radiologie du reflux œsophagien après cardioplastie pour mégacœsophage (6). — **M. Antoine** et **P. Stehlin.** Brachy-œsophage chez l'adulte (7). — **Sichel, Oudet, Kœbele** et **Vœgtlin.** Trois cas de tumeurs bronchiques dites bénignes (8). — **Gros, Sperg** et **Legal.** Anatomie et clinique d'un cancer mammaire aberrant irradié (9). — **Gros** et **Veillon.** Radiothérapie de la métastase pulmonaire solitaire d'un fibro-sarcome (10). — **Gros** et **Burg.** Sur la radiothérapie de la péri-arthrite scapulo-humérale (11). **[81]**

[*Ouest*]. **P. Lacroix** et **Cognac.** Méga-œsophage et antipéristaltisme (12). — **Gauduchau** et **Miraillé.** Maladie de Hoffa avec microcalcifications multiples (13). — **Gauducheau** et **Tardiveau.** Épithélioma glandulaire du col utérin (14). — **Lainé.** Métrorraghies après curiethérapie utérine (15).

[*Sud-Ouest*]. **Pons, Enjalbert** et **Espagno.** Sur l'aortographie abdominale (16). — **Reboul, Delorme, Alluaume** et **Roy.** Sur un angiome de l'humérus (17). — **Prouzet** et **Mouisset.** Ossification post-traumatique unilatérale des ligaments coraco-claviculaires (18). — **Marquès, Poutansant, Carbou** et **Grèza.** 3 cas de goitres calcifiés (19). — **Pons** et **Eschapasse.** Angiopneumographies (20). — **Rebaul, Delorme, Pène** et **Alluaume.** Du pseudo-cancer du rectum après physiothérapie du cancer du col utérin (21).

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen vereinigt mit Röntgenpraxis (STUTTGART), vol. 78, fasc. 1, Janvier 1953. — **K. E. A. Schmidt.** Sur la relaxation diaphragmatique droite avec contrôle laparoscopique et opératoire (1). — **Seiber-Daiker.** Dilatation cardio-tonique de l'œsophage dans une syringomyélie associée à une ostéo-arthrose très grave syringomyélique des deux coudes (2). — **W. Naumann.** L'importance des contractions musculaires spastiques fonctionnelles dans l'étiologie de l'estomac en cascade (3). — **K. Feech.** La rectographie (4). — **R. Garache.** Sur une maladie osseuse congénitale sous l'aspect d'un granulome eosinophile atypique (5). — **A. Knetsch.** L'extrémité sternale de la clavicule en radiographie (6). — **H. Cottier.** Enroulement de la queue du pancréas dans un cas d'ulcère térébrant de l'estomac (7). — **U. Cocchi.** Deux cas rares de cancer gastrique (8). — **H. G. Schimtt.** Diverticule du côlon perforé (9). — **W. Rausch.** Tumeur primitive du diaphragme (10). — **W. Rausch.** Sur la destruction spontanée des calculs biliaires (11). — **K. Reinhardt.** Ostéolyse du pied après blessure nerveuse par coup de feu (12). — **O. Bützler.** Métastases crâniennes ostéocytiques nombreuses d'un cancer primitif du sein (13). **[82]**

Fasc. 2, Février. — **E. Freeb.** Le diagnostic différentiel de l'iléus de l'intestin grêle (14). — **H. Laux** et **H. J. Gombert.** Sur les fistules internes des voies digestives (15). — **L. Drexler.** Les critères radiologiques du mésentérium commune (16). — **P. Kröker.** L'image spontanée de la fente articulaire réelle du genou (17). — **H. Gruhl.** Un cas de trouble d'ossification enchondrale asymétrique partielle (18). — **J. Fiedler.** Sur une maladie infectieuse généralisée des disques intervertébraux avec calcinose secondaire généralisée (19). — **E. W. Abesser.** Ostéomyélite acquise intra-utérine? (20). — **M. Foti** et **Kneiszl.** Un cas de subiléus par lipome du gros intestin (21). — **K. Kremser.** Anomalie de formation de la colonne vertébrale cervicale (22). — **J. Wutschke.** Un cas de rotule gauche double (23). — **H. Behrendt.** Abcès par congestion spondylitique avec fistules simultanées, interne avec l'œsophage et externe par la paroi thoracique (24). — **G. Ziegler.** Ossification partielle de la lèvre glénoïdale (25).

Annali di Radiologia Diagnostica (BOLOGNE), vol. 25, fasc. 1, 1952-1953. — **A. G. Baruzzi.** L'aspect radiologique du canal de la veine diploïque frontale (1). — **V. Bollini** et **A. Fressinetti.** Aspect radiologique des cavités associées aux tumeurs pulmonaires primitives (2). **[83]**

Acta Radiologica (STOCKHOLM), vol. 39, fasc. 1, Janvier 1953. — **Gyllenswärd, Lodin** et **Myk-land.** La prévention des gaz intestinaux fâcheux dans la radiographie de l'abdomen chez l'enfant (1). — **N. Lindvall.** Carcinome hypopharyngien dans la dysphagie sideropénique (2). — **Per Odman.** L'aspect des artères mammaires internes dans la coarctation de l'aorte (3). — **G. Appelberg.** Plasmocytome du vagin (4). **[84]**

Anesthésie.

Minerva Anestesiologica (TURIN), an. 19, n° 1, Janvier 1953. — **E. Ciocatto, A. Cattaneo** et **L. Bianchetti.** Les variations de la pression veineuse périphérique sous l'action des ganglioplégiques (1). — **S. Brena** et **V. Benedetto.** Les variations de la pression intraventriculaire droite sous l'action des curares naturels et synthétiques (2). — **D. Forti.** Les antihistaminiques en anesthésie; observations (3). — **D. Forti.** Les ganglioplégiques dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (4). — **F. Lo Jacono.** L'action de la difenidramine sur le vomissement post-opératoire (5). — **E. Mangiavacchi.** Sur la mort à l'extubation (6). — **A. Riberi** et **F. Scrosoppi.** Un nouveau type de tube endotrachéal à double lumière (7). **[85]**

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

La Presse Médicale (PARIS), t. 61, n° 8, 7 Février 1953. — **C. Lian, F. Siguier** et **J. J. Welti.** Le syndrome « Hernie diaphragmatique ou éventration diaphragmatique » et thromboses veineuses (1). — **P. Izarn.** Le traitement des thromboses veineuses par le dicoumarol acétate d'éthyle (2). — **B. Saad.** Ponction biopsie du rein (3). — **A. Valentino, I. Florio** et **L. Peruzzo.** Moyen technique de maintenir la circulation sanguine pendant les anastomoses des vaisseaux (4). **[86]**

[86] N° 9, 11 Février. — **M. Dargent.** Que vaut l'évidement dit prophylactique du cou dans le traitement des cancers de la cavité buccale? (5). — **J. Guillaume** et **P. Janny.** Étude critique du traitement chirurgical de la lombo-sciatique d'après l'étude statistique de 1 000 cas opérés? (6).

N° 10, 14 Février. — **Arcelino Bitar.** L'infiltration stellaire dans le traitement de la maladie de Volkmann (7). — **R. Küss** et **L. Quénu.** Tuberculose rénale; urétérite segmentaire; vessie saine. Nouvelle orientation thérapeutique (8).

N° 11, 18 Février. — **P. Frumusan.** La crampe épigastrique d'effort dans l'ulcère gastro-duodénal; claudication intermittente de l'estomac (9). — **P. Aumont.** Fracture de côte fermée; pneumothorax à soupape; emphysème généralisé. Thoracotomie, suture pulmonaire, guérison (10). — **J. A. Chavany** et **Hagenmuller.** Atteintes multiples des dernières paires crâniennes par méningiome de la fosse cérébrale postérieure (11).

N° 12, 21 Février. — **P. Milliez** et **D. Fritel.** L'avenir obstétrical des femmes hypertendues ayant subi une sympathectomie dorso-lombaire (12).

N° 13, 25 Février. — **G. Ménégaux** et **Th. Détrie.** Le traitement des fractures de la base du premier métacarpien (13). — **Cl. Olivier** et **N. Arvay.** Erreurs et pièges du radio-diagnostic appliqué aux occlusions intestinales par sténose colique (14). — **G. Ledoux-Lebard** et **Mme C. Soulquin.** Les localisations vertébrales de la dysplasie fibreuse des os ou maladie de Jaffe-Lichtenstein (15). — **André Thomas.** Spasme vasculaire et maladie de Dupuytren (16).

N° 14, 28 Février. — **Lucien Leger** et **R. Ballade.** Hématémèse révélatrice d'une hernie diaphragmatique (17). — **M. Pestel.** La perfusion des solutions isotoniques de miel; sa valeur dans les suites opératoires (18). — **J. L. Brenier.** Opérations élargies pour cancer du sein (19).

[87] **La Semaine des Hôpitaux** (PARIS), an. 29, n° 11, 14 Février. — **J. Grasset, J. Bret, B. Duperrat** et **Boussard.** Cancer intra-épithélial du col utérin. Aspect des frottis, biopsies et de la pièce opératoire (1). — **Ch. Debray** et **J. Colbert.** A propos des hématomes spontanés du grand droit de l'abdomen (2). — **Dj. Heyate.** Hypothèse sur la pathogénie de l'ostéoporose douloureuse post-traumatique (3). — **A. Ryckevaert.** Les ostéoporoses (4).

N° 12, 15 Février. — **G. Pequignot** et **J. Caroli.** Étude de l'action des moyens de contraste iodés hydro-solubles sur le comportement des voies biliaires (5).

N° 14, 26 Février. — **B. Y. Yovanovitch.** Sur l'adénome langerhansien avec hyperinsulinisme (6). — **E. C. Tremblay.** Des sécrétions endocrines hypertensives des reins; les néphrectomies en général et les néphrectomies pour néphropathie unilatérale hypertensive en particulier (7).

N° 15, 28 Février. — **J. Rachet** et **Y. Muffang.** Appareil génital féminin et intestin (8).

[88] **Gazette Médicale de France** (PARIS), t. 60, n° 3, 1er Février 1953. — **P. Milliez.** Des traitements nouveaux des anuries (1).

[89] **Le Bulletin Médical** (PARIS), an. 66, n° 21, 15 Décembre 1952. — **J. Marche** et **H. Jallut.** Les ganglioplégiques, leurs applications médicales et chirurgicales (1). — **Cl. Choffel.** Traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses (2).

An. 67, n° 2, 15 Janvier 1953. — **R. Huguenin** et **J. Roujeau.** Le diagnostic précoce du cancer du sein (3). — **R. Huguenin** et **H. Welti.** Le diagnostic précoce du cancer du corps thyroïde (4). — **R. Huguenin, R. Saracino** et **J. P. Wolff.** Le dépistage précoce du cancer sur le plan social (5).

N° 3, 1er Février. — **J. M. Coldefy** et **R. Dupuy.** Diverticules gastriques et duodénaux (6). — **M. Champeau.** A propos des indications thérapeutiques actuelles dans les occlusions intestinales (7). — **B. Woimant.** Les sarcomes gastriques (8). — **R. Dupuy.** Quelques actualités gastro-entérologiques (9).

[90] **La Revue du Praticien** (PARIS), t. 3, n° 4, 1er Février 1953. — **J. Baudot.** Formes pseudo-tuberculeuses du cancer du poumon (1).

N° 5, 11 Février. — **S. Bonfils.** Les localisations osseuses de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. La maladie de Perkes-Jungling (2).

N° 6, 21 Février. — **J. P. Binet.** Quelques problèmes de chirurgie en 1953 (3). — **F. Flabeau.** Le traitement actuel des cancers du sein (4). — **J. Huguier.** La chirurgie élargie du cancer; application aux cancers du col (5). — **D. Morel Fatio** et **R. Vilain.** Les frontières du panaris médical (6). — **J. P. Binet, J. Vaysse** et **N. Œconomos.** L'assèchement des cavités du cœur (7).

[91] **Lyon Médical** an. 85, n° 5, 1er Février 1953. — [*Sociétés*]. **P. Wertheimer, J. Sautot** et **J. Milleret.** Des séquelles phlébitiques (1). — **Truchet** et **Lançon.** Prévention et traitement des thromboses veineuses en chirurgie générale et orthopédique (2). — **J. Pouzet, Tourniaire** et **Tortulier.** Sur le diagnostic des embolies de l'artère pulmonaire chez les opérés (3). — **A. Chalier.** Données pratiques sur les phlébites et embolies post-opératoires et leur prophylaxie (4).

N° 6, 8 Février. — [*Sociétés*]. **P. J. Michel, J. Saint Paul** et **Roure.** Un nouveau cas d'intolérance cutanée à la novocaïne particulièrement démonstratif (5).

N° 7, 15 Février. — **P. Galy, J. C. Sournia, R. Touraine** et **Bailly.** Les hamarto-chondromes bronchiques et pulmonaires (6).

N° 8, 22 Février. — **P. Santy, Favre-Gilly** et **Margotton.** Les thromboses veineuses extensives au cours des hernies diaphragmatiques avec anémie et les risques d'embolie pulmonaire post-opératoire (7).

[92] **Marseille Médical** an. 90, n° 1, 1953. — **J. Pierron.** Cœur et chirurgie générale (1).

[93] **Le Sud Médical et Chirurgical** (MARSEILLE), an. 86, n° 2370, 28 Février 1953. — **H. Monges, G. Jouve** et **E. Bergasse.** Les ictères transfusionnels post-opératoires (1). — **E. Hawthorn.** Les pubertés précoces (2). — **M. Cheynet.** Perforations typhiques et antibiotiques (3).

[94] **Archives de Médecine Générale et Tropicale** (MARSEILLE), an. 29, n° 4, Juillet-Août 1952 .— **P. Battesti, R. Amalric, J. Ramis** et **R. Albaranes.** Les phlébites superficielles chez les tuberculeux (1).

Montpellier Médical an. 95, n° 10, Décembre 1952. — **G. Bossy.** Autotransfuseur (Appareil pour perfusion et transfusion de sang) (1). [95]

ournal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, an. 130, n° 2, Février 1953. — (*Journées Médicales*]. **F. Nard.** Traitement préventif des phlébites, des thromboses et des embolies (1). — **P. Broustet.** La conduite d'un traitement anticoagulant (2). — **A. P. Lachapèle** et **J. M. Meunier.** Cancer du col stade O (3). — **J. Villar.** Les limites actuelles du traitement chirurgical du cancer du col utérin (4). — **J. Laumonier.** La chirurgie d'action directe en tuberculose pulmonaire (5). — **L. Pouyanne.** Traitement chirurgical de certains rhumatismes chroniques (6). [96]

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 71, n° 2, 15 Février 1953. — **L. Courty, P. Langeron** et **A. Barbry.** Péritonite encapsulante révélée par une occlusion aiguë (1). — **M. Potié.** La radiothérapie pré-opératoire en cancérologie (2). — **J. Legrand.** Scalp complet du cuir chevelu (3). [97]

Écho Médical du Nord (Lille), t. 24, n° 1, Janvier 1953. **R. Pierret, A. Breton** et **J. Ratel.** Les gangrènes cutanées du nourrisson (1). [98]

Strasbourg Médical, t. 4, n° 2, Février 1953. **D. Petit-Dutaillis.** Indications de la cordotomie dans la chirurgie de la douleur (1). — **A. G. Weiss.** La place de l'exérèse dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (2). — **J. Kuntzmann.** Conduite à tenir à l'égard des hémorragies gastriques (3). — **D. Philippides.** Sur le traitement neuro-chirurgical de la névralgie du trijumeau (4). — **E. Blum.** Place du traitement hormonal dans les affections prostatiques (5). — **L. F. Hollender.** Traitement d'urgence des brûlures étendues. Conceptions actuelles (6). — **B. Montrieul.** Prudence nécessaire dans le diagnostic de hernie discale (7). — **J. Meyer.** Le traitement actuel de l'arthrite chronique de la hanche (8). — **M. Heller.** Exstrophie de la vessie. Opération de Coffey. Présentation de malade (9). [99]

Revue Médicale de Nancy, an. 74, 1er-15 Février 1953. — **J. Sommelet.** Le traitement des tumeurs vasculaires du cerveau (1). — **Watrin, Michon, Beurey, C. Michon** et **Lamarche.** Masse sanguine, liquides interstitiels et bilan humoral dans les ulcères chroniques de jambe (2). [100]

Ouest Médical (Paris), an. 6, n° 3, 10 Février 1953. **J. Aron.** Léonard de Vinci anatomiste et physiologiste (1). — **J. Bourguet.** Glande maxillaire. Ablation par voie endo-buccale (2).
N° 4, 25 Février. — **Denéchau** et **Mauboussin.** Le cancer broncho-pulmonaire tel qu'il était jadis, tel qu'il est encore trop souvent (3). [101]

Constantine Médical, an. 3, n° 3, Septembre 1952. — **J. Ducassou.** Évolution actuelle du traitement de la tuberculose rénale (1). — [*Société*]. **Toubiana.** Diverticule de l'estomac (Hog diverticul); simulant radiologiquement une niche ulcéreuse de la petite courbure (2). — **R. Collet.** Syndrome de Looser-Debray-Milkman chez une jeune femme (3). — **Allouche, Deida** et **Mme Marneffe.** Cancer du sein chez l'homme : métastases multiples, pulmonaires, osseuses, cutanées (4). [102]

La Tunisie Médicale (Tunis), an. 41, n° 1, Janvier 1953. — **R. Ganem.** Fistule gastro-jéjuno-colique. Gastrectomie, entérectomie et colectomie segmentaire en un temps. Guérison (1). — **R. Ganem.** La gastrectomie simplifiée. Dernière série de 150 gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux sans décès (2). — **Y. Boulakia, J. Daoud** et **Gutmann.** A propos d'un cancer de l'estomac au début (3). [103]

Maroc Médical (Casablanca), an. 32, n° 332, Janvier 1953. — **M. E. Martin.** Considérations sur le traitement de la cystocèle vaginale (1). [104]

Madagascar Médical (Tananarive), an. 2, n° 10, Janvier 1953. - **P. Veyre.** Les thérapeutiques chirurgicales et médico-chirurgicales de la tuberculose (1). [105]

Allemagne.

Deutsches Medizinisches Journal (Berlin), an. 4, fasc. 3-4, 15 Février 1953. — **H. Œser** et **W. Frommhold.** Diagnostic du cancer pulmonaire (1). — **E. Stutzbach.** Diagnostic et traitement des récidives post-opératoires de la lithiase biliaire (2). — **G. B. Mirecki.** Comment se conduire à l'hôpital avec les cancéreux incurables (3). [106]

Münchener Medizinische Wochenschrift, an. 95, n° 7, 13 Février. **G. Exner.** Rôle de l'orthopédie dans le traitement de la paralysie infantile (1). — **M. Zimmermann.** Nil nocere ! Fautes diagnostiques en orthopédie de clientèle (2).
N° 8, 20 Février. — **G. Exner.** L'orthopédie dans le traitement de la paralysie infantile (3).
N° 9, 27 Février. — **W. Schoedel.** La fonction des anastomoses artério-veineuses (4). — **Wymer.** Le traitement consécutif des blessures des parties molles, des os et articulations, et des inflammations; traitement fonctionnel actif (5). [107]

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 78, n° 6, 6 Février 1953. **Wossschulte, K. Becker.** Le problème des mesures chirurgicales dans l'hypoglycémie par tumeur ou la soi-disant hyperplasie de l'appareil insulaire (1). — **A. Sollmann.** Micro traumatismes de la colonne vertébrale (2). — **Hascha-Klunder.** Les maladies des parties molles et de la peau dans la tuberculose ganglionnaire du cou (3).
N° 7, 13 Février. — **H. A. Thiess** et **D. Bœcker.** Expériences cliniques avec une nouvelle substance antithrombotique du groupe des terres rares (4). — **T. Burckhart** et **A. Fasel.** Padutine-dépôt et implétol-dépôt en chirurgie (5).
N° 8, 20 Février. — **H. Peiper, H. J. Peiper, H. Spitzbarth.** Clinique et traitement du phéochromocytome (6). — **G. Weitz.** Le plasma animal pour administration parentérale d'albumine chez l'homme (7).
N° 9, 27 Février. — **H. Peiper, H. J. Peiper** et **H. Spitzbarth.** Le phéochromocytome (8). [108]

[109] **Medizinische Monatschrift** (STUTTGART), an. 7, n° 2, Février 1953. — **P. G. Seeger.** Importance de la vitamine A dans la prophylaxie de diverses affections notamment celle du cancer (1). — **N. Goossens.** Le problème de la prophylaxie percutanée des thrombo-embolies (2). — **H. Heizer.** Thérapie de la dysménorrhée (3). — **A. Drassdo.** Un cas de fistule biliaire externe spontanée (4).

[110] **Die Medizinische** (STUTTGART), n° 4, 24 Janvier 1953. — **J. Jongbloed.** Les récents perfectionnements de notre appareil mécanique cœur-poumons (1).

[111] **Zeitschrift für die Gesamte Innere Medizin** (LEIPZIG), an. 8, n° 3, 1er Février 1953. — **Lawonn.** Contribution clinique au traitement pénicilliné de l'actinomycose thoracique (1). — **Gattner.** Les méthodes de coloration et leur utilité dans le diagnostic des tumeurs (2) — **Trautwein et Nicolas.** Troubles de la fonction hépatique chez les ulcéreux. Contribution au diagnostic de la fonction hépatique (3).

N° 4, 15 Février. — **Gattner.** Syndrome de niche sans ulcère (4). — **Gattner.** Diagnostic de la cellule tumorale (5). — **Emmrich, Götze et Morgenstern.** Recherches de cytologie végétale avec des filtrats de tumeurs (6).

Autriche.

[112] **Wiener Medizinische Wochenschrift,** an. 103, n° 6, 7 Février 1953. — **A. Mahnert et H. Moser.** Les rapports de la fonction du mésenchyme et du cancer (1).

N° 7, 14 Février. — **H. Kunz.** Prophylaxie et traitement de la péritonite purulente (2). — **K. Weghaupt.** Succès de la curiethérapie dans les carcinomes avancés du col (3).

N° 8, 21 Février. — **P. Mifka et H. Reisner.** Un cas de 3 anévrysmes intracrâniens (4). — **W. Pflüger.** Le traitement opératoire de la rétraction de Dupuytren (5).

[113] **Wiener klinische Wochenschrift,** an. 65, n° 5, 30 Janvier 1953. — **P. Matis et J. Scheele.** Vasoactivité des anticoagulants (1). — **Clemenschitsch.** La technique de l'injection dans le ganglion de Gasser (2).

N° 6, 6 Février. — **F. Mandl.** Anesthésie thérapeutique (3). — **H. Moser.** Contribution à la question des indications dans les blessures récentes du rein (4).

N° 7, 15 Février. — **F. Starlinger et C. Walzel.** Comment poser les indications opératoires dans les affections aiguës des voies biliaires (5). — **G. Nuhsbaumer.** Thérapeutique de l'ostéomyélite aiguë hématogène chez l'enfant (6).

N° 8, 20 Février. — **A. Dür.** Contribution au développement de l'articulation de la hanche et sa plastie précoce (7).

N° 9, 27 Février. — **R. H. Jenny.** Clinique et thérapie de l'adénome bronchique (8). — **M. Bergmann et H. Brücke.** La sympathectomie thoracique dans les états douloureux épigastriques à droite notamment dans les cas d'ulcus duodénal (9). — **W. Hayek.** Diagnostic précoce du kystome méniscal latéral (10). — **K. Huber.** L'abdomen aigu dans les maladies chirurgicales (11).

Belgique.

[114] **Bruxelles Médical** an. 33, n° 5, 1er Février 1953. — **G. Tesauro.** Conceptions actuelles sur le diagnostic et traitement du cancer de l'utérus (1).

N° 6, 8 Février. — **J. Govaerts.** Le traitement chirurgical de la sténose mitrale (2).

N° 8, 22 Février. — **M. Guilleminet.** Les arthrites aiguës de la hanche et leurs suites éloignées (3). — **J. Limage et J. Boute.** Importance du dosage des F. S. H. dans le diagnostic précis des aménorrhées (4).

[115] **Acta Clinica Belgica** (BRUXELLES), t. 7, fasc. 6, Novembre-Décembre 1952. — **F. Van Goidsenhoven. J. Vandenbroucke et E. Herpels.** Le traitement chirurgical de l'hypertension (1). — **C. Coërs, F. Moyson et M. Boute.** Physiopathologie et traitement de la maladie de Hirschsprung (2).

[116] **Revue Médicale de Liège** vol. 8, n° 3, 1er Février 1953. — **C. Lapière.** Les analgésiques de synthèse (1).

Espagne.

[117] **Revista Clinica Espanola** (MADRID), t. 47, n° 6, 31 Décembre 1952. — **A. Moro Campal et A. Lopez Rivas.** Anomalies de position du côlon droit; à propos d'un cas d'appendicite aiguë gauche avec mésentère commun (1). — **R. Canals Mayner.** Les antibiotiques en chirurgie digestive (2). — **R. Franco, S. Cifuentes Langa, L. Ventura et S. Alonso.** Adénome hépatique; un cas (3).

[118] **Gaceta Medica Espanola** (MADRID), an. 27, n° 2, Février 1953. — **Megias Velasco et R. Fornos-Cuesta.** La ganglicctomie stellaire comme traitement de la tuberculose pulmonaire (1). — **Yagüe y Espinosa.** Le point phrénique dans les cholécystopathies (2).

N° 3, Mars. — **G. Tornel et Dargallo Reventos.** Cholépéritoine sans perforation et hernie étranglée (3).

[119] **Medicina y Cirugia de Guerra** (MADRID), an. 15, n° 1, Janvier 1953. — **M. Cardenaz Rodriguez.** L'état actuel de l'hypertension portale (1). — **A. Merino Peinado.** Tumeurs à cellules géantes des os (2). — **J. L. Echevarria et J. Quetglas Moll.** Prostatectomie par la méthode de Freyer avec fermeture totale de la vessie (3).

Actualidad Medica (GRENADE), an. 29, n° 337, Janvier 1953. — **J. Sanchez-Cozar.** Bases de la splénectomie dans les différentes formes de la splénomégalie (1). — **S. Almansa de Cara.** Récapitulation de nos études et conduite à tenir dans les hémorragies post-opératoires de la pneumolyse extra-pleurale (2). — **J. Jimenez Castellanos** et **Calvo-Rubio.** Contribution à la morphologie du dispositif neuro-musculaire sous-capsulaire (3). [120]

N° 338, Février. — **B. Sanchez Cozar.** Sur le traitement de l'ulcère hémorragique (4).

Grande-Bretagne.

The Lancet (LONDRES), vol. 264, n° 6754, 7 Février 1953. — **H. Daintree Johnson.** Une police chirurgicale pour le peptic ulcer (1). — **H. J. Bensted** et **J. D. Atkinson.** La maladie hydatique (2). — **J. D. Martin.** La fissure anale *post-partum* (3). [121]

N° 6756, 21 Février. — **Stanford Howard.** Un type rare de hernie (hernie interstitielle) (4).

N° 6757, 28 Février. — **D. M. Morrissey, V. S. Brookes** et **W. T. Cooke.** La sympathectomie dans le traitement de l'hypertension (5). — **A. James, Coulter** et **Saunders.** L'hypotension contrôlée en neurochirurgie (6). — **F. Smith.** La rupture spontanée de l'anse jéjunale proximale, complication tardive de la gastrectomie (7).

British Medical Journal (LONDRES), n° 4805, 7 Février 1953. — **F. H. Young.** L'état présent de la résection pulmonaire pour tuberculose (1). — **M. A. Falconer.** Le traitement chirurgical de la douleur rebelle du membre fantôme (2). — **B. S. S. Acharya** et **J. R. Wilson.** Embolie graisseuse massive consécutive à une fracture du fémur; guérison complète (3). [122]

N° 4806, 14 Février. — **M. Campbell** et **D. Deuchar.** Les résultats de l'opération Blalock-Taussig dans la maladie bleue (4). — **H. C. Mo Laren, J. C. Heath** et **A. Quinton.** Phosphore radio-actif (P32) dans le traitement de la ménorrhagie (5). — **C. G. Attenborough.** Rupture tardive de la rate (6).

N° 4807, 21 Février. — **C. A. Montagnani.** Méthode chirurgicale de traitement des malades atteints de cirrhose portale (7). — **G. S. Ramsay.** Mort immédiate après injection intraveineuse d'Iodoxyl (8).

N° 4808, 28 Février. — **R. L. Richards.** Thrombo-angéite oblitérante (9). — **R. G. Whitelaw.** Un cas de grossesse ovarienne primitive (10). — **H. K. Bourns.** Un cas de tétanos purpéral d'origine rare (11).

Proceedings of the Royal Society of Medicine (LONDRES), vol. 46, n° 2, Février 1953. — [*Anesthésie*]. **Nosworthy.** Les adjuvants de l'anesthésie (1). — [*Orthopédie*]. **M. C. Wilkinson.** Les résultats de la synovectomie de la hanche chez un enfant pour tuberculose (2). — **M. C. W. Wilkinson.** Résultats de la synovectomie de l'épaule pour tuberculose chez un adulte (3). — **L. Gillis.** 6 cas d'arthroplastie de la hanche chez des amputés (4). — **F. G. Ward.** Arthroplastie acrylique des articulations interphalangiennes (5). — **G. G. Farrington.** Ostéochondrodystrophie (Brailsford, Morquio) (6). — **G. R. Fisk.** L'ostéopécilie; ostéose disséminée familiale (7). — **D. L. Evans** et **P. M. Prossor.** Lésion de l'os iliaque gauche (8). — **D. L. Evans** et **S. Cade.** Néoplasme de l'extrémité supérieure du fémur gauche (9). — [*Chirurgie*]. **L. S. Fallis.** Pancréatite aiguë (10). [123]

The Practitioner (LONDRES), vol. 170, n° 1016, Février 1953. — **A. B. Wallace.** Traitement des brûlés (1). — **R. Clarke.** Shock et hémorragie (2). — **J. B. Oldham.** Traumatismes abdominaux (3). — **R. Helsey.** Blessures de la poitrine chez les civils (4). — **J. Charnley.** Traumatismes de la colonne vertébrale et du pelvis (5). — **J. B. Kinmonth.** Blessures de la main (6). — **H. Ogilvie.** Chirurgie traumatique avec référence particulière à la guerre atomique (7). [124]

Glasgow Medical Journal vol. 34, n° 2, Février 1953. — **J. Aitken.** Ulcère pénétrant du diverticule de Meckel. Deux observations (1). [125]

Hollande.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (AMSTERDAM), an. 97, n° 6, 7 Février 1953. — **E. de Vries.** Embolie graisseuse cérébrale (1). [126]

N° 7, 14 Février. — **Naber.** Chondrome périostique (2). — **San Giorgi** et **Frijda.** Le diagnostic de la hernie discale en pratique (3). — **Posthumus Meyjes** et **J. van Mansvelt.** Symptômes et résultats du traitement de la hernie lombaire du nucleus pulposus (4).

N° 8, 21 Février. — **A. Hulst** et **M. C. Verloop.** Anémie par tumeur de Grawitz (5). — **H. J. Oterdoom.** Pancréas annulaire (6).

Italie.

Il Policlinico [Sezione Pratica] (ROME), vol. 60, n° 3, 19 Janvier 1953. — **M. Bertolotti.** Radioclinique des anomalies morphologiques des sinus crânio-faciaux (1). [127]

N° 4, 26 Janvier. — **O. Cantelmo.** Diagnostic et traitement de la pancréatite aiguë (2).

N° 6, 9 Février. — **R. Pariente.** La technique de McIndoe pour la cure chirurgicale de l'hypospadias (3).

N° 7, 16 Février. — **G. Ferreri** et **A. Capua.** Sur un aspect particulier de la paroi postérieure du sinus frontal en projection latérale (4).

La Riforma Medica (NAPLES), an. 67, n° 6, 7 Février 1953. — **E. Ruggieri.** Importance de quelques syndromes douloureux des membres dans le diagnostic du cancer pulmonaire (1). [128]

N° 7, 14 Février. — **M. S. Manfredi.** Corrélations entre l'infection tuberculeuse et l'appendicite (2). — **M. Palmisano.** Le cancer de l'œsophage (3). — **P. Scaduto.** Dispositif simple pour la transfusion sanguine (3). — **M. Magglio.** Le phéochromocytome (4).

[128] N° 8, 21 Février. — **R. Cantiero.** L'absorption gastrique de l'iodure de sodium dans les affections chirurgicales de l'estomac (5).
N° 9, 28 Février. — **B. Piccoli.** Un cas de tuberculose du sacrum (6). — **R. Rizzi.** Les ganglioplégiques en chirurgie (7).

[129] **Archivio per le Scienze Mediche** (Turin), an. 77, n° 6, Décembre 1952. — **N. Lopez** et **G. Mucio.** Tableau érythroblastosique revêtant ultérieurement certains aspects de l'érythroleucémie et de l'histio-leucémie au cours d'une myélopathie involutive consécutive à une carcinose osseuse (1).
An. 78, n° 1, Janvier 1953. — **V. Malamani** et **G. Zucca.** La dynamique du cœur pendant la narcose (2). — **T. Conti** et **D. Sabaino.** Protides animales et végétales et constitution minérale de l'os (3).
N° 2, Février. — **L. Barbieri.** Sur le comportement de la circulation veineuse locale dans les varices (4). — **V. Consiglio.** Sur l'interprétation pathogénique et la détermination nosologique des sténoses bénignes de l'œsophage inférieur (5).

[130] **Minerva Medica** (Turin), an. 44, n° 8, 27 Janvier 1953. — **C. Price Thomas.** La valeur de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (1). — **O. Monod** et **G. Pesle.** De la résection segmentaire dans la tuberculose pulmonaire (2). — **L. de Winter.** Les rapports entre l'exérèse et la thoracoplastie dans la cure chirurgicale de la tuberculose pulmonaire (3). — **L. Biancalana.** La chirurgie d'exérèse dans la tuberculose pulmonaire (4). — **L. Lezius.** Le traitement des cavernes tuberculeuses par la fermeture opératoire de la bronche de drainage (5). — **J. Daems.** La pleuro-pneumonectomie dans la cure de l'empyème tuberculeux (6). — **J. Brun** et **Latarjet.** La valeur de la pneumolyse mixte dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (7). — **A. Jachia.** L'angio-pneumographie chez les opérés de thoracoplastie pour la recherche des cavités résiduelles (8). — **G. Zorzoli** et **Capaldo** Le pneumothorax extra-pleural chirurgical dans le traitement des cavernes géantes (9).. — **H. Métras** et **Warnery.** Notre expérience de l'exérèse dans la tuberculose pulmonaire (10).
N° 9, 31 Janvier. — **L. Celli.** La transillumination gastrique (11).
N° 12, 10 Février 1953. — **A. Bobbio, P. Goffrini** et **E. Bezzi.** Le blocage du système nerveux végétatif et l'hibernation artificielle dans le traitement de la maladie post-opératoire (12). — **P. Goffrini** et **E. Bezzi.** Action protective du blocage pharmacologique du système nerveux végétatif sur les phénomènes du shock traumatique primaire (13). — **P. Goffrini** et **A. Scorta.** Évaluation de la fonction thyroïdienne par la fixation de l'iode radio-actif sans le blocage pharmacologique du système nerveux végétatif et dans l'hibernation artificielle (14). — **E. Ciocatto.** L'hypothermie contrôlée dans la chirurgie des cardiopathies congénitales (15). — **E. Ciocatto, S. Brena, E. Fava** et **F. Marocco.** De certains aspects endocrino-métaboliques de l'hivernation artificielle (16).

[131] **Il Friuli Medico** (Udine), vol. 8, Janvier-Février 1953. — **A. Merli** et **B. Orsi.** Importance du facteur traumatique dans l'étiologie et dans la pathogénie de la dystrophie adiposo-génitale (1). — **E. Bianchi.** Tableau radiologique peu commun de fistule duodéno-cholécystique (2). — **D. Baratto.** Rupture traumatique isolée de la glande thyroïde (3). — **R. Franchi, A. Vianello** et **A. Silvestri.** Note préliminaire sur certains effets d'une substance ganglioplégique (4).

Irlande.

[132] **The Irish Journal of Medical Science** (Dublin), n° 326, Février 1953. — **J. B. Doyle.** Énervation utérine par culdotomie. Rapport préliminaire (1).

Pologne.

[133] **Polski Tygodnik Lekarski** (Varsovie), vol. 7, n° 49, 8 Décembre 1952. — **W. Kusnierczyk.** Les hémorragies nasales et leur arrêt par la méthode de Lewenfisz (1). — **R. Wt. Heftman.** Gastrectomie d'urgence dans le cancer gastrique perforé dans la cavité péritonéale (2). — **S. Bober.** Un cas de stricture cicatricielle de la partie prépylorique de l'estomac (3).
N° 50, 15 Décembre. — **S. Wesolowski** et **L. Manteuffel.** L'excision du rein par voies thoracique et abdominale combinées; néphrectomie thoraco-abdominale (4).

États Scandinaves.

[134] **Acta Medica Scandinavica** (Stockholm), vol. 144, fasc. 3. — **H. Schrijver** et **P. H. M. Schjllings.** Purpura thrombopénique avec sarcoïdose, guéri par splénectomie (1). — **N. Söderstrom.** Ponction des goitres pour biopsie par aspiration (2).
[*Supplementum* 273.] **E. L. Dobson** et **H. B. Jones.** Le comportement du matériel à particules injecté dans les veines (3).
Fasc. 4, 30 Janvier 1953. — **J. Piora.** Cystite et hématurie comme symptômes prédominants de la maladie de Reiter (4).
Fasc. 5, 31 Janvier 1953. — **W. J. Dempster.** Syndrome toxique chez le chien aux reins transplantés (5). — **E. Löwgren.** La chylurie; une observation de chylurie rénale unilatérale (6).

[135] **Nordisk Medicin** (Stockholm), vol. 49, n° 6, 6 Février 1953. — **H. K. Kristensen.** Gliome nasal (1). — **H. Veflingstad.** Anémie hémolytique et cancer de l'estomac (2).
N° 7, 13 Février. — **H. Starklint.** Rectopexie selon Ekehorn (3). — **L. Linden.** Abcès paradoxaux du cerveau (4). — **H. Bjorn Jensen.** Fractures de l'humérus traitées par attelle en écharpe (5). — **B. Köhler.** Anastomoses entre le canal cystique et l'hépatique (6).
N° 8, 20 Février. — **F. Therkelsen.** Thorax en entonnoir (7). — **P. Vaksvik.** Empyème tuberculeux avec fistule broncho-pleurale; traitement (8). — **E. Reske-Nielsen.** Cardiospasme simulant une tumeur du poumon (9).
N° 9, 27 Février. — **B. Samenius.** Impaction fécale du côlon et du rectum (10).

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 73, n° 2, Février 1953. — **B. Rilliet et J. F. Rougemont.** Réflexions à propos de quatre observations de réticulosarcome (1). — **P. J. Rosselet.** Un cas de hernie intestinale intra-thoracique droite opérée avec succès (2). [136]

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 83, n° 1, 3 Janvier 1953. — **P. Isler et Chr. Hedinger.** Carcinome métastasiant du grêle avec de graves lésions valvulaires particulièrement au cœur droit et sténose pulmonaire. Un complexe symptomatique spécial? (1). — **W. Schweizer.** Indications de la commissurotomie dans la sténose mitrale (2). — **H. de Watteville** et **B. Lunenfeld.** Effets cliniques et cytologiques d'un traitement combiné par les œstrogènes et androgènes dans le syndrome ménopausique (3). — **F. Koller et W. Siegenthaler.** Thrombose veineuse mésentérique guérie avec des anticoagulants (4). [137]

N° 2, 10 Janvier. — **F. E. König.** Traitement des thromboses et embolies en gynécologie et obstétrique avec Liquémine-Dépôt « Roche » et Tromexane (5).

N° 3, 17 Janvier. — **Th. Marti.** Contribution à l'étude des variétés carpiennes (6). — **J. H. Müller et C. Brunner.** Accouchement normal d'une fille saine après traitement avec succès d'une goitre malin métastasiant de la mère par l'iode radio-actif (7).

N° 5, 31 Janvier. — **W. R. Merz.** Contrôle des effets thérapeutiques de l'héparine dans le sang en cas de maladie thrombotique (8).

N° 9, 28 Février. — **E. Kaiser, F. Jakob et H. Wissler.** Le traitement opératoire de la tuberculose des ganglions lymphatiques du cou (9). — **J. Rutkowski, Pokrzywnicki et Hankiewicz.** Recherches sur l'hypotension sanguine dirigée (10).

Tchécoslovaquie.

Casopis Lekaru Ceskych (Prague), an. 92, n° 6, 6 Février 1953. **K. Fried, J. Klima et T. Klima** Stade précoce de l'arthropathie neurotrophique tabétique (1). — **Feix Lhotka.** Cas d'ostéodystrophie fibreuse heureusement opérée; complications post-opératoires (2). — **F. Chvala.** Dermoïde du médiastin (3). [138]

N° 7, 13 Février. — **C. Cee, Skrivanek et Prochazka.** Échinocoque pulmonaire; identification et traitement (4).

N° 8, 20 Février. — **St. Janousek, I. Bor et H. Padovcova.** Examen oxymétrique dans les malformations congénitales du cœur (5). — **F. Svec et E. Hlavayova.** Métabolisme du médiateur nerveux, l'acétylcholine dans les tumeurs malignes expérimentales. I. (6).

Lekarske Listy (Brno), vol. 8, n° 3-4, 1er Février 1953. — **M. Breuer.** La nécrose de l'intestin en amont de l'anastomose après la résection avec continence du rectum, selon Swenson (1). — **R. Cenek.** L'interposition du ligament de la tête fémorale comme cause de l'irréductibilité de la fracture de l'acétabulum due à la luxation (2), — **J. Dolezal.** La métastase de l'hypernéphrome pris pour l'anévrysme de l'artère sous-clavière gauche (3). — **O. Gotfryd, J. Navratil et O. Rytir.** Nos expériences avec la thrombo-endartériectomie (4). — **J. Hrdlicka, J. Kropacek et F. Zeman.** La prostatectomie rétro-pubienne (5). — **M. Chytilova.** Contribution à la technique opératoire des hernies abdominales étendues (6). — **Z. Janecek.** L'opération radicale des hémorroïdes (7). — **V. Kilian.** Contribution à la plastie des tendons à l'aide de la peau (8). — **V. Rapant et B. Hermann.** La péricardectomie dans la péricardite constrictive (9). — **K. Sazavsky et M. Macku.** L'élévation de la tension artérielle pendant et après l'opération (10). — **R. Tryb et M. Pribyl.** Dommages causés par l'opération mal choisie en cas de fracture (11). — **C. Vohnout.** Le cancer de l'anse terminale de l'iléon (12). — **F. Zeman.** La luxation costo-vertébrale de la première côte (13). [139]

Yougoslavie.

Archives Serbes de Médecine (Beograd), an. 80, n° 11, Novembre 1952. — **V. Finderle.** Choix de l'anesthésique dans les cas de grossesse extra-utérine (1). — **St. Bukurov et D. Pavlovic.** Réticulosarcome de l'estomac à la suite d'un peptic ulcer (2). — **V. Golubovic.** Effet favorable d'un abcès du psoas sur une tuberculose fibrocaséeuse du poumon (3). — **Sl. Djordjevic.** Petite branche d'arbre comme corps étranger dans la bronche d'un enfant (4). — **O. Litricin-Radin.** Carcinome des glandes sébacées des paupières (5). — **B. Dragojevic et N. E. Ercegovac.** Pour le diagnostic et le traitement de la côte cervicale (6). [140]

Moyen-Orient.

Acta Medica Orientalia (Jérusalem), vol. 12, n° 1, Janvier 1953. — **E. Spira et L. A. Bornstein** L'élongation du moignon d'avant-bras court (1). [141]

Canada.

Union Médicale du Canada (Montréal), t. 82, n° 2, Février 1953. — **M. Gervais et G. Chaurette.** La thrombose veineuse axillaire primaire (1). — **E. Dumont.** Traitement des brûlures couvrant 50 p. 100 et plus de la surface cutanée (2). [142]

143 **Laval Medical** (Québec), vol. 18, n° 1, Janvier 1953. — **P. Larochelle et E. Maranda.** Corps étranger dans le sinus maxillaire gauche (1). — **P. David, E. D. Gagnon et O. Gialloretto.** Observations faites sur 44 cas d'opérés pour sténose mitrale (2). — **J. Turcot.** Le cancer des voies aériennes et digestives supérieures; en particulier le cancer de la bouche (3).

N° 2, Février. — **F. Hudon et Ph. Gendron.** Sur l'emploi de la cyclaine comme nouvel anesthésique de surface (4). — **R. Garneau.** Fonte de graisse post-traumatique; 2 cas (5). — **M. Mouquin.** Hypertension artérielle et capsules surrénales (6).

144 **The Canadian Medical Association Journal** (Toronto), vol. 68, n° 2, Février 1953. — **A. J. Kergin.** Brûlure d'os (1). — **J. W. R. Rennie.** Tumeurs du sein (2). — **J. L. Petitclerc.** Polypes du côlon et du rectum (3). — **J. B. Osbeldeston.** Carcinome de l'ampoule de Vater (4). — **H. Linton.** Rein artificiel (5). — **E. C. Janes et C. C. Hopmans.** Phlegmatia cœrulea dolens (6). — **G. C. Goyo et G. Zanuso.** Fractures du plateau tibial (7). — **W. P. Goldman et J. J. Zack.** Kyste du canal cholédoque (8). — **R. A. Mac Pherson.** Intubation intestinale (9). — **R. A. Moreash.** Scie et drille électriques (10).

États-Unis.

145 **The New York State Journal of Medicine**, vol. 53, n° 3, 1er Février 1953. — **H. C. Harlin et F. C. Hamm.** Exstrophie de la vessie (1). — **F. C. Hamm et H. C. Harlin.** Le traitement de la descente incomplète du testicule (2). — **Th. J. Kirwin.** Le traitement de l'anurie (3). — **G. F. Cahill.** La chirurgie intéressant les surrénales (4). — **G. C. Prather.** Les blessures de la vessie; leur traitement dans le passé et actuellement (5). — **L. Steine.** Hernie œsophagienne du hiatus (6). — **L. H. Archer.** La fréquence du cancer périphérique dans la maladie de Simmond; en particulier le cancer du sein (7).

N° 4, 15 Février. — **Ch. F. Daniels et J. M. Chamberlain.** Le traitement chirurgical du carcinome de l'œsophage (8). — **M. Burman.** Bursite prépatellaire simulée par un lipome douloureux recouvrant la bourse (9). — **M. Plotz.** Ostéopétrose; maladie d'Albers Schönberg, maladie de Pierre Marie (10). — **T. H. Mason et I. Shapiro.** Hémisphérectomie pour convulsions dans l'hémiplégie infantile (11).

146 **The American Journal of Medicine** (New-York), vol. 14, n° 2, Février 1953. — **M. E. Murphy.** Thrombo-angéite proliférante et embolie pulmonaire dans la thrombo-angeite oblitérante (1).

147 **The American Journal of the Medical Sciences** (Philadelphie), vol. 225, n° 2, Février 1953. — **H. A. Sloviter.** La conservation du sang total et des globules rouges (1).

148 **The Journal of the American Medical Association** (Chicago), vol. 151, n° 4, 24 Janvier 1953. — **B. R. Kirklin et D. B. O'Donnell.** La cholécystographie actuelle (1). — **C. A. Stevenson.** Examen radiologique de la vésicule biliaire sans opacification (2). — **E. L. Piskey L. A. Davis et L. A. Pilla.** Cholangiographie per et post-opératoire (3). — **F. L. Lawson.** Tumeur tératoïde para-vertébrale avec scoliose (4). — **W. F. Leadbetter.** Le traitement des tumeurs du testicule basé sur leur comportement pathologique (5). — **A. M. Betcher, G. Beon et D. F. Casten.** Blocage procaïnique continu des ganglions sympathiques para-vertébraux (6).

N° 5, 31 Janvier. — **R. G. Spurling et L. H. Segerberg.** Lésions latérales des disques inter-vertébraux dans la région cervicale inférieure (7). — **J. C. Doyle.** Hystérectomies inutiles (8). — **R. H. Sweet.** Analyses de 130 cas de hernies du hiatus traitées chirurgicalement (9).

N° 6, 7 Février. — **C. H. Millikan, J. S. Lundy et L. A. Smith.** La valeur du blocage du ganglion étoilé dans les infarctus cérébraux aigus en foyer (10). — **C. P. Bailey, G. D. Geckeler, Truex, Likoff, Antonius, Angulo, Redondo Ramirez et Neptune.** L'artérialisation du sinus coronaire (11). — **W. O. Nelson.** L'interprétation de la biopsie du testicule (12). — **F. H. Straus.** Masse épigastrique évanescente dû à la ptose interne d'un rein (13).

N° 7, 14 Février. — **J. Hoffman, D. M. Farell et G. A. Hahn.** Revue de 4 152 biopsies du col utérin au point de vue du cancer *in situ* (14).

N° 8, 21 Février. — **J. B. Doyle.** L'emploi du pelviscope dans la culdotomie (15). — **R. T. Barton et E. J. Thee Jr.** Paragangliome non chromaffine (16). — **F. B. Mc Glone.** Gastrectomie totale avec remplacement de l'estomac par un segment iléo-colique (17). — **B. B. Crohn.** La nécessité d'une thérapeutique aggressive dans l'hémorragie massive du tractus gastro-intestinal supérieur (18). — **R. G. Sprague, W. F. Kuale et J. T. Priestley.** Le traitement de certaines lésions hyperfonctionnelles du cortex et de la médullaire surrénaux (19). — **P. B. Jennings et C. R. Jones.** Thrombose de la veine axillaire chez un donneur de sang (20).

N° 9, 28 Février. — **B. Straus et J. M. Torres.** L'usage et l'abus de la transfusion de sang (21). — **J. C. Ford et J. E. Drew.** Le conseil d'une chirurgie radicale; un problème de responsabilité médicale (22). — **J. Lichstein et L. M. Asher.** Prolapsus bénin de la muqueuse gastrique (23). — **E. T. Pfeil Jr et E. W. Schear.** L'emploi d'un traitement non publié dans un cas de cirrhose spontané post-traumatique (24). — **J. R. Wilder et W. A. Barnes.** Obstruction de l'intestin grêle par un kyste du corps jaune (25). — **U. V. Portmann et Mc Cullogh.** Arrêts de développement consécutifs à l'irradiation de l'ovaire chez une enfant (26). — **S. M. Unger.** Hernie diaphragmatique droite simulant un épanchement pleural (27). — **G. V. Hilliard, C. Moorhead et C. A. Treherne.** Syndrome de Meigs (28).

149 **Archives of Internal Medicine** (Chicago), vol. 91, n° 1 Janvier 1953. — **T. J. Reeves, et T. R. Harrison.** Valeur diagnostique et thérapeutique de la reproduction de la douleur thoracique (1). — **Th. J. Fitzpatrick et B. H. Neiman.** Infection à histoplasma capsulatum associée à un phénomène de Raynaud et hémorragie mortelle (2). — **S. M. Bluefarb et J. R. Webster.** Sarcome de Kaposi associé à un lymphosarcome (3).

New England Journal of Medicine (BOSTON), vol. 248, n° 6, 5 Février 1953. — **Th. W. Green, C. Lockard Conley, L. L. Ashburn** et **H. R. Peters.** Splénectomie pour métaplasie myéloïde de la rate (1). — [*Hôpital*]. **Bauer.** Hemangio-sarcome du foie avec métastases surrénales droites (2). [150]

N° 7, 12 Février. — **M. I. Shoul** et **M. Ritvo.** Aspects radiologiques et cliniques de l'hyperphalangisme et de la brachydactylie (3). — [*Hôpital*]. **Rodkey.** Gastrite atrophique grave avec métaplasie intestinale; polype adénomateux de l'estomac (4).

N° 8, 19 Février. — **W. Jeanne, F. Goodale** et **J. H. Currens.** Malformation de la cloison inter-auriculaire avec thrombose de l'artère pulmonaire (5).

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital (BALTIMORE), vol. 92, n° 2, Février 1953. — **F. Dammann Jr, M. Berthrong** et **R. J. Bing.** Canal inversé; présentation du syndrome du canal artériel ouvert avec hypertension pulmonaire et dérivation du flot sanguin de l'artère pulmonaire à l'aorte (1). [151]

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic (ROCHESTER), vol. 28, n°1, 14 Janvier 1953. — **L. A. Smith.** Les problèmes actuels de l'appendicite du point de vue du praticien de médecine générale (1). — **G. L. Jordan** et **G. A. Hallenbeck.** Les grandes lignes de la chirurgie d'urgence de l'appendicite (2). — **J. R. Hilsabeck.** Carcinome de l'appendice, analyse d'une série de cas (3). — **J. M. Janes.** Une attelle en abduction pour le membre inférieur (4). [152]

N° 3, 11 Février. — **Th. J. Dry.** Symposion du cathétérisme cardiaque (5). — **H. B. Burchell, H. F. Helmholtz Jr** et **E. H. Wood.** Expériences sur le cathétérisme cardiaque (6). — **D. C. Connolly, R. Lev, J. W. Kirklin** et **E. H. Wood.** Le problème de la sténose valvulaire isolée opposée à la sténose pulmonaire infundibulaire. Les données du cathétérisme cardiaque. Renseignements obtenus par l'opération (7). — **J. C. Broadbent, E. H. Wood, H. B. Burchell** et **R. L. Parker.** La malformation d'Ebstein de la valvule tricuspide. 3 cas (8).

Annals of Internal Medicine (LANCASTER), vol. 38, n° 1, Janvier 1953. — **H. B. Taussig** et **S. R. Bauersfeld.** Étude des 1 000 premiers opérés pour sténose pulmonaire ou atrésie; résultats suivis jusqu'en Mars 1952 (1). — **St J. Berte.** Hémorragie surrénale spontanée chez l'adulte; littérature et 2 cas (2). — **H. P. Roth, R. N. Ferreri, M. A. Petti** et **M. W. Evans.** La motilité de l'intestin grêle au cours des réactions émotionnelles (3). — **R. W. Barris.** Adénome pancréatique hyper-insulinique associé à des troubles neuro-musculaires (4). — **M. C. H. Dodgson** et **H. L. Hoffman.** Neuropathie sensorielle associée à un cancer de l'œsophage (5). — **R. M. Levenson** et **D. G. Mason.** Adénome mixte, hamartome, du foie (6). [153]

N° 2, Février. — **E. M. Rappaport, A. Alper** et **E. O. Rappaport.** Échec de la chirurgie à soulager les symptômes dans le prolapsus transpylorique de la muqueuse gastrique (7). — **E. S. Rey** et **H. P. Fisher Jr.** Ostéo-arthropathie hypertrophique dans les affections malignes du poumon (8).

The Journal of the Louisiana (NEW-ORLEANS) **New Orleans Medical and Surgical Journal** vol. 105, n° 1, Janvier 1953. — **I. Dyer, J. P. Griffon** et **R. G. Burman.** Embolie de liquide amniotique (1). — **C. H. Tyrone.** Hystérectomie totale; vaginale ou abdominale (2). — **Th. G. Easterling.** Grossesse abdominale au début; 6 cas (3). — **H. W. K. Batson.** Kyste dermoïde de l'ovaire (4). [154]

Équateur.

Gaceta Medica (GUAYAQUIL, ÉQUATEUR), vol. 7, n° 6, Novembre-Décembre 1952. — **J. Tanca Marengo.** Le cancer, problème médico-social. Considérations sur son étio-pathogénie. Diagnostic et traitement des tumeurs malignes. Problème social du cancer dans l'Équateur (1). — **Benzecry.** Mégaœsophage acquis par suite de fakirisme (2). [155]

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (BUENOS-AIRES), vol. 40, n° 1, 23 Janvier 1953. — **E. Ayas.** Tumeurs bénignes et malignes rares de l'œsophage (1). — **A. H. Plaghos.** Corrélations statiques et dynamiques entre l'iléon et le fémur (2). — **H. U. Defeo.** Gastrectomie totale, hépatectomie partielle et splénectomie dans un cas d'adéno-carcinome œsophagien avancé (3). — **J. C. Radice** et **S. Kaplan.** Granulome par corps étranger (4). — **E. Sapisochin.** Indications chirurgicales dans les phlébopathies aiguës (5). — **D. Boccia.** Cancer professionnel du poumon (6). [156]

N° 5, 30 Janvier. — **C. Sonzini Astudillo.** Notre expérience de la tractotomie du fascicule pariéto-préfrontal (7). — **J. L. Viaggio** et **I. Eikouss.** Kystes et fistules du tractus thyréoglosse (8). — **A. M. Carreras.** La vascularisation du cæcum et de l'appendice; la nécrose du cæcum (9).

N° 6, 6 Février. — **A. Spadafora** et **E. A. Zancolli.** Syndactylie cicatricielle dorsale; commissure double (10). — **J. M. Lederer Outes.** Chirurgie de la fracture mal consolidée (11).

N° 7, 13 Février. — **J. D. Baistrocchi, M. Cuenca Perez** et **C. A. Cottonaro.** Le prolapsus de la muqueuse gastrique dans le bulbe duodénal (12). — **C. P. Sonzini Astudillo.** Variété rare de lobule aberrant du foie; découverte chirurgicale (13). — **J. H. Chiodi.** Plaie de la face convexe du foie; traitement par voie transthoracique (14).

N° 8, 20 Février. — **F. Fernandez T., G. Labra, A. Molina, J. Moutt, L. Musatadi** et **J. Rolle.** Le problème chirurgical du cancer gastrique (15). — **J. D. Baistrocchi** et **H. Ferreira Soaje.** Ulcère perforé gastro-duodénal (16). — **A. M. Carreras** et **S. Moretti.** Contribution à la tractotomie de Fracassi (17).

N° 9, 27 Février. — **M. A. Casal.** Lymphosarcome gastrique (18). — **V. Carnevale.** Chirurgie des membres. Hémostase préventive avec anesthésie locale (19). — **S. Poilisher.** Tumeur mixte de la glande sous-maxillaire (20).

[157] **La Semana Medica** (Buenos-Aires), an. 60, n° 3, 15 Janvier 1953. — **J. D. Elias Costa.** Streptozymase-streptodornase. Action fibrinolytique et liquéfiante des exsudats purulents. Utilisation dans la thérapeutique des suppurations (1).

N° 5, 29 Janvier. — **R. Gandolfo Herrera.** Sur le carcinome de l'endomètre avec biopsie en désaccord avec la pièce extirpée (2).

N° 5, 5 Février. — **R. Finochietto.** Colostomie Wangensteen sans sutures (3). — **F. R. Pilheu.** Diagnostic et traitement des tumeurs intra-orales (4). — **A. Maria Haran.** Les métrorragies par hypersympathicotonie. Un nouveau type d'hémorragie utérine fonctionnelle neurogénique (5).

N° 8, 19 Février. — **T. Areta.** Thérapie par blocage anesthésique (6).

Brésil.

[158] **Arquivos Brasileiros de Medicina** et [**Arquivos de Clinica**] (Rio de Janeiro), vol. 42, n° 11 et 12. Novembre-Décembre 1952. — **J. Moura Goncalves** et **Aida Hasson.** Analyse chimique d'une tumeur surrénale phéochromocytome (1). — **M. E. G. Jardim.** Abcès sous-phrénique (2).

[159] **O Hospital** (Rio de Janeiro), vol. 43, n° 1, Janvier 1953. — **A. Silva de Assis.** Diverticule de l'urètre chez la femme (1).

N° 2, Février. — **A. Marques.** La gangrène symétrique des extrémités et le phénomène de Raynaud (2). — **E. T. Torres.** Cancer du côlon après hystérectomie subtotale (3).

[160] **Revista Brasileira de Medicina** (Rio de Janeiro), vol. 9, n° 12, Décembre 1952. — **B. Grynkraut.** La radiothérapie des cancers radio-résistants (1).

Vol. 10, n° 1, Janvier 1953. — **J. de Almeida Rios.** Fractures et luxations de la colonne vertébrale (2). — **R. Mayall.** Artéric-sclérose oblitérante (3).

[161] **Medicina, Cirugia, Farmacia** (Rio de Janeiro), n° 201, Janvier 1953. — **J. Schermann.** Le phéochromocytome; physiopathologie, formes cliniques et diagnostic différentiel (1). — **J. D. Martins.** Goitre nodulaire et cancer de la thyroïde (2). — **A. Juca.** Résurrection cardiaque dans la salle d'opérations (3).

[162] **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia** (Sao Paulo), vol. 64, n° 6, Décembre 1952. — **V. A. Carrion Vergera.** Le développement de la chirurgie plastique en Amérique Latine (1).

Iran.

[163] **Revue de la Faculté de Médecine** (Tehran), an. 10, n° 5, Février 1953. — **N. Ameli.** Les tumeurs cérébrales chez les enfants (1).

Afrique du Sud.

[164] **South African Medical Journal** (Capetown), vol. 27, n° 4, 24 Janvier 1953. — **P. Theron.** L'opération de dérivation porto-cave. Étude spéciale de l'utilisation des greffes veineuses (1).

N° 5, 31 Janvier. — **J. Lion-Cachet.** Thrombose veineuse mésentérique; cause d'hématémèse associée (2).

N° 6, 7 Février. — **J. Lion-Cachet.** Volvulus du cæcum (3). — **A. D. Keet.** Prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum (4).

N° 8, 21 Février. — **S. Grieve.** Iléus paralytique dû à la déficience de potassium (5).

Australie.

[165] **The Medical Journal of Australia** (Sidney), an. 40, n° 2, 10 Janvier. — **G. E. M. Scott.** Atteinte hépatique associée à la maladie cœliaque et à la maladie fibro-kystique du pancréas (1). — **E. Lloyd-Williams.** Ascite et hydrothorax consécutifs à l'invasion des ovaires par la maladie maligne secondaire (2).

N° 3, 17 Janvier. — **F. Avery Jones.** Le traitement des complications du peptic ulcer (3). — **J. O. Sullivan.** Le traitement de l'ulcération peptique (4).

N° 4, 24 Janvier. — **I. Simpson.** Étiologie et traitement de l'hypertension (5). — **J. Isbister.** Étiologie et traitement de l'hypertension (6). — **F. A. E. Lawes** et **H. J. Ham.** Un cas de maladie de Hodgkin; intéressant la moelle épinière; moutarde à l'azote (7). — **F. J. Graham.** Résultats éloignés de la cholédoco-gastrostomie pour obstruction permanente de l'ampoule de Vater (8).

N° 5, 31 Janvier. — **H. M. Windsor.** Le traitement immédiat des traumatismes fermés de poitrine (9). — **R. Osmond.** Un cas de carcinome *in situ* enlevé au cours d'une résection gastrique pour ulcère (10). — **I. F. Potts.** Métastase sans symptômes d'un cancer de la prostate dans le testicule (11). — **R. A. Money.** Un cas d'épendymome calcifiant du ventricule latéral droit (12). — **E. Goulston.** Cancer occulte du sein (13). — **Th. F. Rose.** Nécrose aiguë du pancréas; sous forme d'une occlusion colique aiguë (14).

IV. Sociétés.

Académie de Chirurgie, 7 *Janvier* 1953. — Diverticule épibronchique de l'œsophage (**J. Mialaret**) (1). — Sur le danger d'explosion dû au bistouri électrique pendant la gastrectomie (**Ch. H. Chevallier**) (2). — Sur l'observation de MM. Giraud et Demarty et les réflexions de M. Moulonguet (**S. Sénèque**) (3). — Une complication rare de la ventrofixation de l'utérus selon le procédé de Doléris : la pollakiurie incoercible (**J. P. Crosetti** et **Ch. A. Muller**) (4). — Sur un cas de désoblitération de la fourche aortique (**J. Marquand** [rapport **A. Mouchet**]) (5). — Les zones tétanigènes en France (**J. Chavannaz**) (6). — 50 arthropneumographies du genou (**R. Judet, J. Judet** et **J. Lagrange**) (7). — Un cas de luxation inguinale traumatique du testicule (**Rudler** et **Brizon**) (8). — Avantages de l'extra-péritonisation haute dans la chirurgie du cancer de l'utérus (**H. Bompart**) (9). — Agénésie totale du tibia traitée par plastie acrylique (**Chigot**) (10). — Tumeur à myéloplaxe infectée et compliquée de radio-dermite après deux tentatives chirurgicales. Extirpation chirurgicale sous hypotension contrôlée (**Merle d'Aubigné**) (11). **[166]**

14 *Janvier.* — Arthropneumographie du genou par lésion méniscale (**R. Merle d'Aubigné, Serra de Oliveira, Castaing** et **Polony**) (12). — Les indications respectives des diverses interventions dans la lithiase cholédocienne; d'après 100 cas opérés en 2 ans (**P. Mallet-Guy** et **M. Gangolphe**) (13). — Pancréatotomie sous contrôle radiographique pour lithiase du canal de Wirsung; résultat de 2 ans (**P. Mallet-Guy**) (14). — L'abord de la prostate par la voie sacrée (**P. Fabre**) (15). — Néoplasme de l'œsophage opéré par thoraco-phréno-laparotomie droite (**L. Leger** et **Charroux**) (16). — Thierry de Martel (1875-1940) (**G. Menegaux**) (17).

Mémoires de l'Académie, t. 79, n° 1 à 3, 1953.]

28 *Janvier.* — Éclatement de l'extrémité supérieure du tibia avec luxation postéro-interne du genou; réduction sanglante et boulonnage (**Ch. Pierra**) (18). — La chirurgie à 2 équipes dans le traitement du cancer œsophagien (**I. Goni Moreno**) (19). — Le rétablissement de la circulation veineuse par greffe en cas d'oblitération traumatique ou thrombophlébitique. Greffe de 18 cm entre la veine saphène interne et la veine iliaque externe. Thrombose après 3 semaines de perméabilité (**J. Kunlin** [rapport **R. Leriche**]) (20). — Conséquences éloignées de l'interruption du tronc porte (**L. Leger, G. Charles** et **Branthome**) (21). — Rupture sous péritonéale d'un lipome intra-rénal (**M. Thalheimer, J. de Brux** et **Beyouk Daftari**) (22).

4 *Février.* — Syndrome d'éburnation diaphysaire algique post-traumatique (**M.** et **Mme Courty** [rapport **R. Leriche**]) (23). — Fracture de l'arc postérieur de la 3e vertèbre cervicale avec lésions médullaires graves (**P. Carpentier** [rapport **A. Sicard**]) (24). — De 3 auto-greffes totales des dernières phalanges digitales faites avec succès (**G. Arnulf** et **Dubernard**) (25). — A propos des élytrocèles (**A. Ameline, J. Huguier, P. Moyse** et **J. Senèze**) (26). — Billot pour radiographie per opératoire (**M. Thalheimer**) (27). — Film sur le traitement du kyste hydatique du poumon par la kystectomie (**J. Demirleau**) (28).

[*Ibidem*, n° 4 et 5.]

Société de Chirurgie de Lyon, 3 *Juillet* 1952. — Enclouage centro-médullaire du tibia par clou rigide segmenté (**Giraud** [rapport **A. Trillat**]) (1). — A propos du drainage transvatérien; d'après 12 observations (**Y. Salembier** [rapport **P. Mallet-Guy**]) (2). — Rétrécissement de la voie biliaire principale avec drainage externe prolongé (**B. Kourias** [rapport **P. Mallet-Guy**]) (3). **[167]**

13 *Novembre.* — Survies de 5 ans après exentération pelvienne complète (**A. Brunschwig**) (4). — L'arthroplastie du genou (**R. Charry** [rapport **Guilleminet**]) (5). — Désarticulation inter-ilio-abdominale pour tumeur maligne (**Guilleminet**) (6).

20 *Novembre.* — Limites du traitement conservateur dans les brûlures profondes des membres (**P. Colson, P. Stagnara** et **Honot**) (7).

[*Lyon Chirurgical*, t. 48, n° 2, *Février-Mars* 1953.]

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 16 *Novembre* 1952. — Un cas d'ulcères multiples du duodénum et du jéjunum (**Rognon** et **Perreau**) (1). — Ulcère de la IVe portion du duodénum (**Y. Goffroy** et **G. Blanquet**) (2). — Réticulo-lymphoblastome ulcériforme de l'estomac (**H.** et **A. Monges, Payan** et **Carcassonne**) (3). **[168]**

17 *Novembre.* — Une forme peu courante de cancer de l'estomac, tumeur largement mobilisable sur la sous-muqueuse simulant une tumeur bénigne (**M. Roux** et **G. Beaugeard**) (4). — Pseudo-polypose recto-colique totale au cours d'une recto-colite hémorragique (**Soullard, Depaillat** et **Guéret**) (5). — Étude de 100 gastrectomies réalisées de 1944 à 1948 pour lésions bénignes (**M. Delort** et **G. Luquet**) (6).

[*Région Lyonnaise*], 18 *Mai* 1952. — Lithiase pancréatique à forme de stéatorrhée pure guérie par pancréatotomie (**A. Vachon, Bonnet-Eymard** et **Pasquier**) (7). — Pseudo-cancer rectal d'origine amibienne (**Vachon, Badon** et **Beaupère**) (8). — Une observation de bile calcique (**Blanchet** [rapport **Peycelon**]) (9). — Hernie de l'hiatus œsophagien de diagnostic difficile (**Peycelon** et **Bernay**) (10). — L'œdème en pas de vis des gastries et gastro-bulbies (**R. Chevallier**) (11). — Deux cas de recto-colite hémorragique grave; cortisone, puis colectomie totale (**Muller, Meley, Bouteille** et **Meyrieux**) (12). — Perforation d'ulcère peptique dans la convalescence d'une duodéno-pancréatectomie pour néoplasme (**Muller, Meley** et **Martin**) (13). — Sur un cas de maladie polykystique du foie (**Girard, Fraisse** et **Badon**) (14). — Hydronéphrose droite se présentant comme un kyste hydatique du foie typique (**Girard, Guillermet** et **Gauzoux**) (15). — Énorme aérocolie avec interposition phréno-hépatique du côlon droit (**Bocca, Picot** et **Christophle**) (16).

[*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, t. 41, n° 12, *Décembre* 1952.]

[169] **Société Médicale des Hôpitaux de Paris,** 9 *Janvier* 1953. — Agranulocytose au cours d'une [illegible] de la radiothérapie cervicale (Lavaud, Fischgold et Perlès) (1). — Effet antiacétylcholine des sympathicolytiques (P. Ulry et Kaufmann) (2). — Sur un cas de tumeur gastrique traitée successivement par radiothérapie associée et par voie de synthèse (G. Boudin, Barbizet, Herman et J. L. Binet) (3). — Volumineux volvulus aigu gastrique diagnostiqué (Hillemand, Patel et Vigues) (4).

16 *Janvier*. — Résultats tardifs sous anesthésie générale, hypertonie plasmatique responsable des syndromes tardifs (Benazet, Delrieu, Gamelin et Sohier) (5).

[*Bulletins et Mémoires*, an. 69, n° 1 et 2, 1953.]

20 *Janvier*. — Formations cryptogénétiques et syndrome peritonéal (R. Raynaud et P. Bernasconi) (6).

30 *Janvier*. — Invagination jéjunale par hémangiome du jéjunum (Hillemand, Gilbrin et Duchange) (7).

[*Ibidem*, n° 3, 4.]

[170] **Académie Nationale de Médecine,** 6 *Janvier* 1953. — Utilité de l'hystérographie dans la chirurgie pelvienne; modalités de Pierre Marie et Sauvain (Leroy, Guermonprez, Rochet-Chevrel et Richier) (1).

13 *Janvier*. — L'interligne radio-triangulo-carpien dans les diverses positions de la main (Olivier) (2).

[*Bulletin de l'Académie*, an. 117, t. 137, n° 1 et 2, *Janvier* 1953.]

20 *Janvier*. — Quelques particularités du mécanisme d'action des cholécysto-kinétiques (P. Gley) (3).

[*Ibidem*, n° 3 et 4.]

30 *Janvier*. — Effets à distance des lésions des ganglions du sympathique périphérique (Champy, Mme Coujard-Champy, Chevrasu, Lavedan, Maillet, Ruzard et Theret) (4). — Les résultats éloignés de l'hystérectomie dans le traitement de la tuberculose génitale (Pinot) (5).

[*Ibidem*, n° 5 et 6.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

FÉVRIER 1953

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès cérébraux, LINDEN [135], 4.
— par congestion (Fistules), BEHRENDT [82], 24.
— épiduraux, JACOBI [67], 1.
— hépatiques, YATES [52], 15.
— sous-phréniques, JARDIM [158], 2.
— du psoas, GOLUBOVIC [140], 3.
Abdomen aigu dans la maladie chirurgicale, K. HUBER [113], 11.
— (Incisions) chez l'enfant, KNIGHT [25], 12.
— (Opération d'urgence), CAVE [19], 3.
— (Radiographie); prévention des gaz intestinaux fâcheux chez l'enfant, GYLLENSWARD [84], 1.
— (Traumatismes), OLDHAM [124], 3.
— [Cavité] (Abcès) par perforation colique, HAYMAN [60], 5.
— — (Intervention); intubation et emploi du curare en 1841, VON LUTTICHAU [5], 5.
— — (Kyste hydatique), cause de défaillance rénale, D. G. MORRIS [9], 18.
— — (Tuméfactions extra-rénales), MAJONE [51], 6.
— supérieur (Chirurgie); blocage nerveux intercostal bilatéral de longue durée, R. W. BARTLETT [25], 44.
Accidents rares (Rapport sur un cas), W. USBECK [7], 15.
Acetabulum (Dysplasie congénitale), WIBERG [37], 6.
— (Fracture), CENEK [139], 2.
Acétylcholine et tumeurs expérimentales, SVEC [138], 6.
Acide caprylique dans la vaginite à monilias, W. J. REICH [47 A], 14.
— carbonique respiré (Dosage continu), durant l'anesthésie, ENGELL [17], 4.
— iso-nicotinique, VALENTINO [51], 2.
— – [Hydracide] dans la tuberculose osseuse, HARZIGEORGES [10], 3.
— lactique, Acide pyruvique (Leurs rapports avec l'équilibre acido-basique après résection pulmonaire et pneumothorax, M. PEPE [16], 6.
A. C. T. H. (Effets sur les fractures), SHEPANEK [23], 24.
— dans l'épaule refroidie, STEIN [19], 12.
— et survie des transplants surrénaux, H. KAY [25], 11.
Actinomycose (Pénicilline), LAWONN [111], 1.
Adamantinomes dentifiés, DECHAUME [56], 1.
Adéno-carcinome, RIEMENSCHNEIDER [47], 18.
— utérin, MAC CARTNEY [21], 5.
Adénome bronchique, GALICETI [15], 5; R. H. JENNY [113], 8.
— hépatique, STOL [18], 3; FRANCO [117], 3.
— langerhansien, YOVANOVITCH [87], 6.
— pancréatique, BARRIS [153], 4.
Adénomectomie périnéale, COLS BAQUES [50], 5.
— prostatique, COSTA [50], 4.
Adénopathie tuberculeuse, CHOFFEL [89], 2.
Aérocolie avec interposition, BOCCA [168], 16.
Affections malignes pulmonaires, RAY [153], 8.
Aiguille pour ponction, VEENEMA [52], 16.
Albumine (Administration parentérale), WEITZ [108], 7.
— du sérum humain, KENWELL [23], 19.
Alimentation (Carence chronique); effets sur le squelette, SPIES [36], 1.
— liquide parentérale, ELMAN [25], 55.
Allergie au catgut, SEIFERT [7], 3.
Aménorrhées (Diagnostic), LIMAGE [114], 4.
— (Épreuves cliniques de diagnostic), QUINET DE ANDRADE [28], 4.
Amibiase, VACHON [168], 8.
Ampoule de Galien (Anévrysme artério-veineux) chez le nourrisson, R. CLÉMENT [31], 10.
— de Vater (Cancer), OSBALDESTON [144], 4.
— — (Obstruction permanente), GRAHAM [165], 8.
Amputation suivie d'arthroplastie de hanche, GILLIS [123], 4.
Amyloïde laryngée (sa composition chimique), R. SCHRÖER [54], 5.
Analgésie (Valeur du trichloréthylène en), W. K. NOWILL [22], 4.
Analgésiques de synthèse, LAPIÈRE [116], 1.
Anastomose artério-veineuse (Fonction), SCHOEDEL [107], 4.
— bronchique (Valeur), KIRILUK [23], 21.
— du cystique et hépatique, KUHLER [135], 6.
— trachéo-bronchique après rupture, WEISEL [20], 10.
— vasculaire, VALENTINO [86], 4.
— de la voie biliaire commune (Effets du tubage), LARY [25], 24.
Anémie dans la hernie diaphragmatique, P. SANTY [91], 7.
— par tumeur de Grawitz, A. HULST [126], 5.

Anémie hémolytique, Veflingstad [135], 2.
Anesthésie (Adjuvants), Nosworthy [123], 1.
— (Rôle des antihistaminiques), Forti [85], 3.
— (Mort à l'extubation), Mangiavacchi, [85], 6.
— (Valeur de la trichloréthylène en), Nowill [22], 4.
— en gastroscopie, Atwater [60], 2.
— pour grossesse extra-utérine, Finderle [140], 1.
— par blocage, Areta [157], 6.
— avec curare (Réponses respiratoires), Dripps [20], 1.
— des opérations thoraciques (Dosage continu de l'acide carbonique respiré), Engell [17], 4.
— péri-durale, Dahn [42], 2.
— locale, Carnevale [156], 19.
— potentialisée, Bénazet [169], 5.
— spinale (Complications), Arner [17], 6.
— thérapeutique, F. Mandl [113], 3.
Anesthésique de surface (Cyclaine), Hudon [143], 4.
Anévrysmes à l'origine de l'hémorragie sous-arachnoïdienne non mortelle (Revue angiographique de 53 cas), W. B. Hamby [71], 4.
— aortiques, Wilkinson [23], 8.
— artério-veineux de l'ampoule de Galien, R. Clément [31], 10.
— du canal artériel, E. Holman [63], 1
— sous-clavier simulé par métastase d'hypernéphrome, Dolezal [139], 3.
— intra-crâniens (3 cas), P. Mifka [112], 4.
— — (Ligature carotidienne), R. R. J. Strobos [70], 3.
— disséquants, Johns [20], 12; Gore [80], 1.
— de l'artère pulmonaire, E. Holman [63], 1.
Angiogramme cérébral dans les tumeurs du chiasma, Tiwisina [68], 5.
Angiographie, W. B. Hamby [71], 4.
Angiome osseux, Reboul [81], 17.
— du poignet (Radium); difformité, Bayon [15], 8.
Angiopneumographie, Pons [81], 20.
— après thoracoplastie, Jachia [130], 8.
Annexes utérines (Tuberculose); idées actuelles sur la —, J. Wood W. [26], 2.
Antibiotiques et appendicite, Harrison [19], 6.
— en chirurgie digestive, Mayner [117], 2.
— et perforation typhique, Cheynet [93], 3.
— (Injections dans le liquide C. R.); réactions méningées et encéphaliques, Bulgarelli [35], 1.
— (Solution isotonique); préparation, Schwarz [12], 4.
— (Suites; infection par le muguet, Nicora [43], 1.
— intra-aortiques dans la péritonite, Carrai [15], 16.
— intra-artériels, Righini [15], 15.
Anticoagulants, Broustet [96], 2.
— (Vaso-activité des —), P. Matis [113], 1.
— pour thrombose mésentérique, Koller [137], 4.
— et sympatholytiques, Uhry [169], 2.
Antihistaminiques en anesthésie, Forti [85], 3.
Anurie, Kirwin [145], 3.
— (Traitements nouveaux), Milliez [88], 1.
— par choc traumatique, Settimi [51], 5.
Anus (Fissure du post-partum), Martin [121], 3.
— (Fistule cancérisée), Rundle [20], 9.
Aorte (Anévrysme disséquant); réparation, Johns [20], 12.
— (— disséquant au-dessous de 40 ans), Gore [80], 1.
— (Coarctation); aspects des artères mammaires internes, Per Odman [84], 3.
— —; correction chirurgicale au cours de la grossesse, L. Peterson [47 A], 15.
Aorte (Injection d'antibiotiques), Carrai [15], 16.
— [Bifurcation] (Désoblitération), Marquand [166], 5.
— abdominale (Anévrysme), Wilkinson [23], 8.
Aortographie abdominale, Pons [81], 16.
Aponévrose palmaire (Contracture) et spasmes vasculaires, André-Thomas [86], 16.
— — (— de Dupuytren), Scholz [7], 5; J. James [30], 7.
— — (— —), chirurgie, W. Oflüga [112], 5.
— plantaire (Altération de type Dupuytren), Baumgart [7], 6.
Apophyse coracoïde (Fracture), Giaccai [15], 9.
Appareil cochléo-vestibulaire (Effets toxiques de la streptomycine sur l'—), H. Greven [54], 7.
— génital de la femme et intestin, Rachet [87], 8.
— — (Affections); 205 cas mortels, Felmus [47], 4.
— — — (Cancer), Medynski [45], 4.
— — — (Chirurgie), E. Allen [21], 1.
— — — (Lésions) et hydronéphrose, Klempner [47], 2.
— — — (Tuberculose); hystérectomie, Picot [170], 5.
— génito-urinaire (Fistules chez la femme) Orlando Vaz [28], 2.
— mécanique cœur-poumons, Jongbloed [110], 1.
— urinaire (Infections); sulfamides, Rutenburg [25], 47.
Appareillage du membre inférieur, Scholder [30], 1.
Appendice épiploïque (Infarctus) sans torsion, Brumme [7], 26.
— iléo-cæcal (Carcinome), Hilsabeck [152], 3.
— — (Invagination); 7 cas chez l'enfant, I. Forshall [9], 2.
— — (Mucocèle géante), Castelli [15], 18.
— — (Vascularisation) et nécrose, Carreras [156], 9.
Appendicite (Chirurgie d'urgence), Jordan [152], 2.
— (Problèmes actuels), Smith [152], 1.
— (Occlusion intestinale), G. Moran [61], 1.
— et antibiotiques, Harrison [19], 6.
— et grossesse, Rodewald [7], 25.
— et infection tuberculeuse, Manfredi [128], 2.
— aiguë à gauche, Moro Campal [117], 1.
Arachis hypogaea, Jonas [19], 14.
Arbre bronchique (Histo-anatomie) après exérèse pulmonaire, Borelli [11], 6.
Arc neural (Séparation); étiologie, Rowe [37], 9.
Arrhénoblastome, Arenas [48], 1.
— ovarien, Smiley [47 A], 18.
Artère carotide (Ligature), pour anévrysmes intra-crâniens, R. R. J. Strobos [70], 3.
— cystique (Variations anatomiques), N. A. Michels [22], 3.
— rétro-duodénale (Variations anatomiques), N. A. Michels [22], 3.
— hépatique (Ligature); effets sur l'ascite, Milnes [25], 14.
— — (Variations anatomiques), N. A. Michels [22], 3.
— hypogastrique (Ligature), Raisch [7], 23.
— pulmonaire (Anévrysme), E. Holman [63], 1.
— — (Sténose), Isler [137], 1.
— — (— ou atrésie); les 1 000 premiers cas opérés, Taussig [153], 1.
— — (— valvulaire et non infundibulaire), Connolly [152], 7.
— — (Thrombose), Jeanne [150], 5.
— sous-clavière (Anévrysme), Dolezal [139], 3.

Artère splénique (Ligature); effets sur l'ascite, MILNES [25], 14.
Artères (Compression); syndrome iléal, PEREZ FONTANA [40], 1.
— (Injections d'antibiotiques), RIGHINI [15], 15.
— (— de procaïne), OURY [55], 2.
— (Transfusion sanguine), NABEL [7], 16.
— brachiales (Types), MCCORMACK [23], 4.
— antibrachiales (Types), MCCORMACK [23], 4.
— carotides (Greffe veineuse), CONLEY [20], 8.
— cérébrales [Segments terminaux] (Pression résiduelle), B. WOODHALL [71], 3.
— conservées (Survivance), DI MARIA [12], 8.
— mammaires internes (Leur aspect dans la coarctation de l'aorte), PER ODMAN [84], 3.
— pulmonaires (Dispositifs régulateurs) chez les pneumectomisés, CECCHI [11], 5.
Artérialisation du sinus coronaire, BAILEY [148], 11.
Artériopathies oblitérantes (Phlebographie), GIOVANNINI [15], 3.
Artério-sclérose oblitérante, MAYALL [160], 3.
— — périphérique (Nature segmentaire), JULIAN [65], 1.
Arthrite coxale aiguë, GUILLEMINET [114], 3.
— chronique, MEYER [99], 8.
— phlegmoneuse multiple, PIERRE-WEIL [72], 5.
— [Péri] scapulo-humérale (Radiothérapie), GROS [81], 11.
Arthrodèse par compression, CAMBEROGLOU [10], 5; FETT [37], 15.
— ischio-fémorale, PETRACCHI [39], 6; MANUEL DEL SEL [39], 7.
— vertébrale, TRUJILLO [39], 4.
Arthrographie, GUILLEMINET [30], 3.
Arthropathie tabétique (Stade précoce), FRIED [138], 1.
Arthroplastie acrylique interphalangienne, WARD [123], 5.
— du genou, CHARRY [167], 5.
— de hanche chez des amputés, GILLIS [123], 4.
Arthropneumographies, JUDET [166], 7; MERLE D'AUBIGNÉ [166], 12.
Articulation costo-vertébrale (Luxation), ZEMAN [139], 13.
Articulations (Épanchements puriformes aseptiques), PIERRE-WEIL [72], 5.
— (Injections) dans l'ostéo-arthrite, DESMARAIS [77], 1.
— interphalangiennes (Arthroplastie acrylique), WARD [123], 5.
Ascite et hydrothorax, LLOYD-WILLIAMS [165], 2.
— expérimentale (Effet des ligatures artérielles), MILNES [25], 14.
Attelle en abduction pour le membre inférieur, JANES [152], 4.
Avant-bras (Amputation); élongation du moignon, SPIRA [141], 1.
— (Fracture), BRADFORD [23], 31.
Azote (Inhalation), MEYER [68], 4.

B

Banque de cartilage (Organisation de la —), GONZALEZ ULLOA [26], 6.
— d'os, KERGIN [144], 1.
Barrière Sang-Cerveau (Action du moyen de contraste), R. C. BASSETT [71], 5.
Baryum (Effets dans la cavité péritonéale), ZHEUTLIN [25], 46.
Bassin [Petit] (Curage ganglionnaire des chaînes latérales) dans la colpo-hystérectomie, TAILHEFER [2], 1.
— osseux (Traumatismes), CHARNLEY [124], 5.
Bassinet (Tumeurs), HIGGINS [20], 7.
— et postérieur (Syndrome), CARANDO [51], 3.
Bec-de-lièvre opéré (Séquelles), LEBOURG [56], 2.
Béryllium (Granulomes), FLYNN [20], 18.
Bilan humoral dans les ulcères chroniques de jambe, WATRIN [100], 2.
Bile calcique, BLANCHET [168], 9.
Billot pour radiographie per-opératoire, THALHEIMER [166], 27.
Biopsie (Désaccord), HERRERA [157], 2.
— rénale, GÉLIN [8], 4; GÉLIN [8], 11.
— testiculaire, NELSON [148], 12.
Bistouri électrique (Dangers d'explosion), CHEVALLIER [166], 2; SÉNÈQUE [166], 3.
Blessures (Cicatrisation), SCHILLING [23], 15.
— par coup de feu, BRAV [37], 13; CARR [37], 14; K. REINHARDT [82], 12.
— graves par arrachements de la face, T. BIANCO [13], 4.
— rénales récentes, H. MOSER [113], 4.
Bleu de toluidine dans l'hyperménorrhée LATHROP [47], 16.
Bloc vertébral cervical post-traumatique ROEDERER [72], 7.
Blocage anesthésique, ARETA [157], 6.
— ischio-fémoral (Voie postérieure), GARCIA DIAZ [39], 5; PETRACCHI [39], 6.
— neuro-végétatif, BOBBIO [130], 12.
— sinu-carotidien, WOJTEK [6], 3.
— splanchnique, A. DALE [25], 1.
— du stellaire, ADRIANI [25], 2.
— du sympathique vertébral, BETCHER [148], 6.
— au tétra-éthylammonium intra-veineux INBERG [17], 3.
— tubulaire partiel, A. CAMPOS DA PAZ [28], 3.
Bouche (Cancer), TURCOT [143], 3.
— (Tumeurs), PILHEU [157], 3.
— [Cavité] (Cancer); évidement cervical DARGENT [86], 5.
— — (Tumeurs); curiethérapie, MARQUÈS [81], 1.
Brachydactylie, SHOUL [150], 3.
— héréditaire chez un mongolien, J. WEILL [31], 12.
Bronches (Adénome); chirurgie et thérapie, R. H. JENNY [113], 8.
— —; traitement endoscopique, GALICETI [15], 5.
— (Anastomose), KIRILUK [23], 21.
— (Corps étranger), DJORDJEVIC [140], 4.
— (Hamartochondromes), GALY [91], 6.
— (Tumeurs dites bénignes), SICHEL [81], 8.
— de drainage (Fermeture chirurgicale), LEZINS [130], 5.
— droites (Anastomose à la trachée), WEISEL [20], 10.
Broncho-pulmonaire [Cancer], R. KOURILSKY [62], 1; DENÉCHAU [101], 3.
Brûlés (Traitement), WALLACE [124], 1.
Brûlures (Complications), RUSH [19], 11.
— étendues, DUMONT [142], 2.
— — (Traitement d'urgence), HOLLENDER [99], 6.
— du pied, P. S. LONDON [9], 1.
— profondes, COLSON [167], 7.
— vaginales par permanganate de potasse, E. H. CARNEY [47 A], 7.
Bulle (Compression) par anomalie vertébrale, GUILLAUME [66], 2.
Bursite prépatellaire, BURMAN [145], 9.

C

Cæcum (Diverticulite), CASE [19], 2; E. E. JEMERIN [25], 34.
— (Vascularisation) et nécrose, CARRERAS [156], 9.
— (Volvulus), LION-CACHET [164], 3.
— —; complication post-opératoire, JORDAN [20], 14.

Caillots de sang vésicaux (Évacuation), Smith [23], 20.
Cal hypertrophique dans la maladie de Lobstein, R. Debré [31], 2.
— osseux (Extension rare), Stringa [15], 21.
Calcanéum (Chondromyxosarcome); greffe osseuse, Ottolenghi [37], 20.
— (Fractures); hyper-relaxation musculaire, H. Wendt [7], 14.
Calcifications du goitre, Marquès [81], 19.
Calcium-potassium sérique (Équilibre), Perazzo [15], 2.
Calculs biliaires (Destruction spontanée), Rausch [82], 11.
— — (Obstruction jéjunale par —), Viar Rayo [57], 5.
— géants dans un diverticule vésical, J. S. Dotta [27], 5.
Canal artériel (Anévrysme), Holman [63], 1.
— — (Inversion), Dammann [151], 1.
— — ouvert (Technique chirurgicale nouvelle), H. A. Davis [22], 5.
— — — (75 cas opérés), E. Holman [63], 1.
— cholédoque (Kyste), Goldman [144], 8.
— diploïque frontal (Aspect radiologique), A. G. Baruzzi [83], 1.
— hypophysaire (Kystes), Schürmann [67], 2.
— de Nück (Persistance), Moreno de Orbe [34], 1.
— omphalo-mésentérique (Éversion), Shannon [25], 16.
— de Wirsung (Image cholangiographique), Sanchez San Julian [57], 3.
— — (Lithiase); pancréatotomie, Mallet-Guy [166], 14.
Cancer (Diagnostic) dans un Hôpital d'Enseignement, Goldenberg [25], 30.
— (— précoce), Huguenin [89], 5.
— (— tardif), Schwartz [27], 2.
— (Étiopathogénie), Marengo [155], 1.
— (Problème actuel du —), Zuckermann [26], 3.
— (Prophylaxie), Seeger [109], 1.
— (Radiothérapie pré-opératoire), Potié [97], 2.
— (Ses rapports avec la fonction du mésenchyme), A. Mahnert [112], 1.
— et rhumatisme, Mazabraud [72], 9.
— et traumatisme, Koch [6], 1.
— — Tuberculose mammaires associés, R. Mineo [13], 3.
— aéro-digestif supérieur, Turcot [143], 3.
— broncho-pulmonaire tel qu'il était jadis, tel qu'il est aujourd'hui, Denéchau [101], 3.
— — (Étude comparée de la ventilation et de la circulation), R. Kourilsky [62], 1.
— buccal, Dargent [86], 5.
— colique, Taylor [23], 23; Torres [159], 3.
— gastrique, Bellavia [58] 1; Feldman [59], 2; Pricolo [78], 2; Y. Boulakia [103], 3; Heftman [133], 2; Veflingstad [135], 2, Fernandez [156], 15; Roux [168], 4.
— — et ulcère gastro-duodénal associé. A. C. Vergara [29], 6.
— — rare, U. Cocchi [82], 8.
— iléal, Vohnout [139], 12.
— incurable (Indications), Mirecki [106], 3.
— intestinal, Locke [19], 1; Gerwig [19], 22.
— laryngé, J. M. Alonso [54], 4; Kroath [76], 3.
— mammaire, Rabinovitch [19], 9; Lewison [22], 10; Zuckermann [26], 11; Giacomelli [78], 1; Gros [81], 9; J. L. Brenier [86], 19; Huguenin [89], 3; Flabeau [90], 4; Archer [147], 7; Goulston [165], 13.
— — primitif, Bützler [82], 13.
— — chez l'homme, Allouche [102], 4.
— de l'œsophage, Camara Lopes [63], 6; Glaninger [76], 4; Palmisano [128], 3; Daniels [145], 8; Dodgson [153], 5; Defeo [156], 3; Leger [166], 16; Goni Moreno [166], 19.
Cancer ovarien, Lloyd-Williams [165], 2.
— pénien, Nicolov [76], 5.
— primitif vésiculaire, H. Huerta [57], 2.
— prostatique, Hudson [23], 29.
— pulmonaire, de Muylder [8], 9; Tesauro [11], 12; Gomez Pimienta [26], 5; Baudot [90], 1; Œser [106], 1; Boccia [156], 6.
— — primitif, M. E. de Bakey [25], 38.
— radio-résistant, Grynkraut [160], 1.
— rectal, Palma [12], 9; Quer [23], 2; Grinnel [23], 3.
— rénal, Johnson [25], 49.
— thyroïdien, Mac Donald [20], 2; Huguenin [89], 4; Martius [161], 2.
— utérin, Bourg [8], 6; Gerwig [19], 22; A. F. Lesh [21], 4; H. E. Schmitz [21], 6; Greene [23], 7; Zuckermann [26], 1; Medynski [45], 4; Heyman [46], 3; Hirst [47], 7; Walker [47], 12; Kremer [76], 2; Grasset [87], 1; Lachapèle [96], 3; Villar [96], 4; K. Weghaupt [112], 3; Tesauro [114], 1; Hoffman [148], 14; Herrera [157], 2; Bompart [166], 9.
— vaginal, A. de Moraes [28], 1.
— vatérien, Osbaldeston [144], 4.
— vertébral, Young [37], 5.
Carcinoïde argentaffinome, Barnes [25], 18.
Carcinome sur fistule, Rundle [20], 9.
— appendiculaire, Hilsabeck [152], 3.
— à cellules squameuses, K. Cuyler [23], 13.
— hypopharyngien, Lindwall [84], 2.
— pancréatique, Th. G. Orr [25], 41.
— primitif, A. M. Thomas [9], 10.
— utérin, Schmitz [21], 6.
Carcinose osseuse, N. Lopez [129], 1.
Cardiopathies congénitales (Chirurgie sous hypothermie contrôlée), Ciocatto [130], 15.
— — (Crase sanguine), P. Caminiti [16], 2.
Cardioplastie (Reflux œsophagien consécutif), Forster [81], 6.
Cardiospasme, Reske-Nielsen [135], 9.
Carpe (Variétés), Marti [137], 6.
Cartilage (Banque de —), Gonzalez Ulloa [26], 6.
Castration chez l'homme dans l'hypertrophie prostatique, Schmid [7], 11.
Catgut (Intolérance allergique au —), Seifert [7], 3.
Cathétérisme cardiaque, Dry [152], 5; Burchell [152], 6; Connolly [152], 7.
Cavernes géantes (Chirurgie), Agostini [11], 4.
— — (Pneumothorax extra-pleural) Zorzoli [130], 9.
— tuberculeuses (Fermeture de la bronche de drainage), Lezius [130], 5.
Cavité glénoïde [Lèvre] (Ossification partielle), Ziegler [82], 25.
— pelvienne (Chirurgie radicale) chez la femme, Hiller [47], 10.
— — (Exentération); survie, Brunschwig [167], 4.
— — (Infections) résultats de l'emploi oral à base de pénicilline et de sulfamides W. R. Penman [47 A], 13.
— — (Maladie inflammatoire), H. Close Hesseltine [21], 7.
— — (Tuberculose), Borrow [47], 3.
— résiduelle de l'échinocoque pulmonaire, Sabbatini [12], 10.
— — pleurale (Phrénicectomie), Kothe [7], 24.
Ceinture scapulaire (Syndromes); chirurgie, J. W. Lord Jr. [22], 8.
Cellophane réactive, Wilkinson [23], 8.
Cellule tumorale (Diagnostic), Gattner [111], 5.
Celocurin dans l'intubation, Zurn [5], 8.
Cercle artériel de Willis (Pression résiduelle dans ses constituants), B. Woodhall [71] 3.

Cerveau (Abcès paradoxaux), LINDEN [135], 4.
— (Atrophie post-traumatique), STOVELL [24], 1.
— (Embolie graisseuse), E. DE VRIES [126], 11.
— (Hamartome calcifié); épilepsie consécutive, STEWART ALEXANDER [71], 9.
— (Hématome spontané) chez une enfant de 14 ans opérée et guérie, BARBÉ [31], 11.
— (Infarctus); blocage stellaire, MILLIKAN [148], 10.
— (Œdème), TRILLOT [74], 1.
— (Tumeur) avec élévation de la pression rétinienne, A. L. DREW [71], 10.
— (— chez l'enfant), AMELI [163], 1.
— (— vasculaires); traitement, J. SOMMELET [100], 1.
— (Vascularisation inversée), TORKILDSEN [69], 3.
17 Cétostéroïdes urinaires après opération gynécologique, FERRARIS [44], 3.
Charnière cervico-occipitale, GUILLAUME [66], 2.
— occipito-vertébrale (Malformations) et manifestations vestibulaires, R. MAYOUX [53], 1.
Chéloïdes (Opération), VOGLL [7], 27.
Chiasma optique (Tumeurs); angiogramme TIWISINA [68], 5.
Chirurgie (Déshydratation en —), A. ALBANO RUSSI [29], 2.
— (Problèmes en 1953), BINET [90], 3.
— à 2 équipes, GONI MORENO [166], 19.
— générale (Cœur et —), J. PIERRON [92], 1.
— — et orthopédique (Thrombose veineuse en —); prévention et traitement, TRUCHET [91], 2.
— gynécologique (Voie vaginale en —), E. ALLEN [21], 1.
— infantile (Traitement parentéral), PLACEK [18], 1.
— de la main, W. DUBEN [5], 3.
— plastique en Amérique latine, VERGERA [162], 1.
— radicale (Problème moral), FORD [148], 22.
— splénique, O. A. SIQUEIRA [29], 4.
— de la sténose mitrale (État actuel), MANFREDI [13], 1.
— thoracique, W. W. STEAD [63], 5.
— des traumatismes, CH. G. JOHNSTON [25], 36.
Chirurgien (Le décalogue du —), B. NAAR [26], 10.
Choc traumatique (Anurie), SETTINI [51], 5.
— — (Méthedrine), RUGGIERO [12], 2.
Cholangiographie du canal de Wirsung, SANCHEZ SAN JULIAN [57], 3.
— per- et post-opératoire, PIRKEY [148], 3.
Cholécystectomie (Infiltration anesthésique post-opératoire), HAGBERG [17], 5.
— (Maladie post-opératoire); infections par ultra-virus, OLIVIER PASCUAL [57], 1.
— (Syndrome consécutif), TROPPOLI [20], 15.
Cholécystite (Rôle de la stase), MORRIS [25], 10.
Cholécystographie (Étude des voies biliaires), LE CANUET [55], 5.
— actuelle, KIRKLIN [148], 1.
Cholécysto-kinétiques (Mécanisme d'action) GLEY [170], 3.
Cholécystopathies (Point phrénique), YAGUE Y ESPINOSA [118], 2.
Cholédoco-gastrostomie (Résultats), GRAHAM [165], 8.
Cholépéritoine sans perforation, TORNEL [118], 3.
Chondromatose articulaire, BÖHNER [7], 37.
Chondrome périostique, NABER [126], 2.
Chondromyxosarcome, OTTOLENGHI [37], 20.
Chorio-épithéliomes, BRUHL [42], 4.
Chylothorax (Complication de la pneumolyse), LANGE [75], 3.
Chylurie, LOWGREN [134], 6.
Cicatrisation (Fibroplasie), SCHILLING [23], 15.
Circoncision immédiate du nouveau-né, R. L. MILLER [47 A], 1.
Circulation (Troubles) des moignons de jambe et de cuisse, A. N. WITT [5], 2.
— artificielle (Pompe diaphragmatique pour —), J. J. SOUTHWORTH [22], 6.
— cérébrale dans l'hypotension intra-crânienne post-opératoire, H. A. SHENKIN [71], 6.
— coronaire (Restauration); bases anatomo-histologiques et technique chirurgicale efficace, CH. P. BAILEY [63], 2.
— extra-corporéale expérimentale, MUSTARD [25], 26.
— sanguine (Maintien) durant les anastomoses vasculaires, VALENTINO [86], 4.
— veineuse (Rétablissement par greffe) KUNLIN [166], 20.
— — locale (Son comportement dans les varices), L. BARBIERI [129], 4.
Cirrhose portale (Chirurgie), MONTAGNANI [122], 7.
Clavicule [Extrémité sternale] en radiographie, KNETSCH [82], 6.
Clou de Kuntscher (Extension du cal), STRINGA [15], 21.
Coccidioïdomycose, DYKES [36], 2.
Cœur et chirurgie générale, J. PIERRON [92], 1.
— (Cathétérisme), DRY [152], 5; BURCHELL [152], 6; CONNOLLY [152], 7.
— (Décompensation); sympathectomie, FLOTHOW [25], 25.
— (Dynamique du —), dans la narcose, V. MALAMANI [129], 2.
— (Maladies congénitales); oxymétrie, JANOUSEK [138], 5.
— (Malformations congénitales); radiologie *post-mortem*, COLLISTER [80], 2.
— (Plaie); syndrome de compression, C. BENEDETTI [11], 2.
— (Ressuscitation dans la salle d'opérations), JUCA [161], 3.
— (— par massage), WEILER [7], 18; BADER [7], 19.
— (Sténose infundibulaire) avec septum intact, KIRKLIN [20], 11.
— [Cavité] (Assèchement), BINET [90], 7.
— [Cloison interauriculaire] (Malformation) JEANNE [150], 5.
— [Septum auriculaire] (Déficiences); fermeture chirurgicale, GROSS [23], 1.
— [Ventricule droit] (Pression); action du curare, BRENA [85], 2.
— droit (Lésions valvulaires), ISLER [137], 1.
— -Poumons (Appareil mécanique), JONGBLOED [110], 1.
Colectomie totale, MULLER [168], 12.
Colite segmentaire droite, TALLARIGO [12], 1.
— ulcéreuse, DUGAL [55], 1.
— — idiopathique (Complications fréquentes de son traitement chirurgical), CL. DENNIS [25], 39.
Côlon (Cancer après hystérectomie, TORRES [159], 3.
— (— perforé dans la vessie), TAYLOR [23], 23.
— (Carcinomes), GRINNEL [23], 3.
— (Diverticule perforé), SCHMITT [82], 9.
— (Hernie dans la bourse épiploïque), GANTS [20], 22.
— (Impaction fécale), SAMENIUS [135], 10.
— (Interposition phréno-hépatique), BOCCA [168], 16.
— (Occlusion aiguë) et nécrose pancréatique, ROSE [165], 14.
— (Perforation); abcès abdominaux, HAYMAN [60], 5.
— (Polypes), ENQUIST [25], 13; PETITCLERC [144], 3.
— (— papillomateux), FISHER [19], 4.

Côlon (Rupture); baryum intra-péritonéal, Zheutlin [25], 46.
— (Sténose) et occlusion; erreurs du radio-diagnostic, Cl. Olivier [86], 14.
— droit (Anomalies de position), Moro Campal [117], 1.
— sigmoïde (Distension), Ficarra [59], 3.
— — (Diverticulite), Morton [25], 22.
— — (Utilisation plastique vaginale), Serafino [41], 2.
— transverse (Éviscération), W. Neal [20], 21.
Colonne vertébrale (Arthrodèse); résultats, Trujillo [39], 4.
— — (Dysplasie fibreuse), G. Ledoux-Lebard [86], 15.
— — (Fractures-luxations), Almeida Rios [160], 2.
— — (Micro-traumatismes), Sollmann [108], 2.
— — (Traumatismes, Charnley [124], 5.
— — cervicale (Anomalie-déformation), Kremser [82], 22.
— — — (Blocage post-traumatique), Rœderer [72], 7.
— — lombaire (Affections périphériques); sympathectomie, Palumbo [23], 18.
— — — (Ostéophytose), Beresford [77], 3.
Colostomie sans sutures, Finochietto [157], 3.
Colpo-hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire, Tailhefer [2], 1.
Colposcopie et prophylaxie du cancer du col, Hinselmann [76], 1.
Commissurotomie mitrale, Schweizer [137], 2.
Contracture de Dupuytren (Pathogénie), Scholz [7], 5; Baumgart [7], 6.
Cordon spermatique (Kyste), O. Maciel [29], 3.
— — (Sarcome primitif), Pobil [50], 3.
Cordotomie pour douleur, Petit-Dutaillis [99], 1.
Corps étrangers (Granulome), Radice [156], 4.
— — bronchiques, Djordjevic [140], 4.
— — duodénaux, Boquien [55], 4.
— — maxillaires, Larochelle [143], 1.
— — rectaux, Seyffarth [7], 36.
— fibrineux extra-pleural, Di Benedetto [11], 11.
— jaune (Kyste), Wilder [148], 25.
Corpuscule carotidien (Tumeurs), Barrett Brown [25], 50.
Corset pour hyperextension dorsale, Wers-sowetz [37], 25.
Cortisone, Muller [168], 12.
— et survie des transplants surrénaux. H. Kay [25], 11.
— (Prévention des adhérences), Hubay [23], 6.
Costo-transversaire [Syndrome], Romanelli [16], 8.
Côte cervicale (Diagnostic), Dragojevic [140], 6.
Côtes (Fracture fermée); pneumothorax à soupape; emphysème généralisé; guérison après thoracotomie avec suture pulmonaire, P. Aumont [86], 10.
— (Ostéomyélite staphylococcique), P. Gautier [4], 3.
— [I^re] (Luxation vertébrale) Zeman [139], 13.
— [XII^e] (Résection) pour l'abord du rein, M. Nicol [2], 3.
Cou (Adénopathie tuberculeuse), Choffel [89], 2.
— (Dissection en bloc); pneumomédiastin et pneumothorax consécutifs, David Aiken [9], 5.
— (Évidement prophylactique), Dargent [86], 5.
— (Ganglions lymphatiques); tuberculose, Kaiser [137], 9.
Cou (Hygroma kystique), Schetlin [25], 52.
— (Tumeurs); greffes veineuses carotidiennes, Conley [20], 8.
Cou-de-pied (Fractures graves), Bistrom [17], 7.
Coude (Fractures sus-condyliennes) chez l'enfant, Mangini [15], 10.
— (Ostéo-arthrose syringomyélique grave bilatérale), Seiber-Daiker [82], 2.
— (Prothèse de nylon), Russell [19], 7.
Coxarthrie (Radiothérapie); résultats, Joly [81], 5.
Coxarthroses (Radiologie), Ruelle [72], 1.
Crampe épigastrique d'effort dans l'ulcère Frumusan [86], 9.
Crâne (Brèches); fermeture ultra-rapide acrylique, Woringer [8], 12.
— (Maladies néoplasiques); étude de 129 cas chez l'enfant, Martin Bodian [9], 12.
— (Métastases ostéolytiques) d'un cancer mammaire, Bützler [82], 13.
— (Traumatismes); encéphalographie, Planques [74], 2.
— (— contus); valeur de l'encéphalogramme, Faust [68], 2; Riedel [68], 3.
— [Cavité] (Anévrysmes), Mifka [112], 4.
— — (Néoplasmes); diagnostic par la diiodofluorescéine ou le sérum iodé, Yuhl [20], 5.
— [Fosse postérieure] (Méningiome), Russell [23], 22.
— [Voûte] (Fracture); hématome intra-crânien, Trillot [74], 1.
Crâniopharyngiome, Holub [68], 6.
Crase sanguine dans les cardiopathies congénitales, Caminiti [16], 2.
Cuir chevelu (Scalp complet), Legrand [97], 3.
Cuisse (Moignons d'amputation) et troubles circulatoires, A. N. Witt [5], 2.
Cul-de-sac de Douglas (Ponction); valeur diagnostique, Casullo [46], 4.
Culdoscopie (Technique), Frenkel [47], 8.
Culdotomie (Emploi du pelviscope), Doyle [148], 15.
— pour énervation utérine, Doyle [132], 1.
Curare (Action sur la pression ventriculaire droite), Brena [85], 2.
— (Réponses respiratoires), Dripps [20], 1.
— de synthèse pour tétanos, Boudin [169], 3.
Curiethérapie (Séquelles), Lainé [81], 15.
— (Succès de la —) dans les cancers avancés du col, K. Weghaupt [112], 3.
— buccale, Marquès [81], 1.
Cyclaine (Anesthésique), Hudon [143], 4.
Cystadénosarcome ovarien, Strauss [47], 17.
Cystectomie (Traitement de l'uretère), Mc Crea [52], 4.
— partielle, Zuckermann [26], 7.
Cystite et maladie de Reiter, Piora [134], 4.
— par iléite, Smith [25], 19.
Cystocèle vaginale (Traitement), M. E. Martin [104], 1.
Cystographie, Suder [25], 48.
Cytodiagnostic vaginal, Cuyler [23], 13.
Cytologie végétale avec filtrats de tumeurs, Emmrich [111], 6.

D

Décalogue du chirurgien, B. Naar [26], 10.
Dent (Incarcération linguale post-traumatique), Jacowski [56], 3.
Dermoïde médiastinal, Chvala [138], 3.
Désarticulation inter-ilio-abdominale, Guilleminet [167], 6.
Déshydratation en chirurgie, A. Albano Russi [29], 2.
Diaphragme (Éventration) et thromboses veineuses, Lian [86], 1.
— —; chirurgie, Jean Quénu [1], 1.
— (Hernie étranglée) guérie par thoraco-phréno-laparotomie, G. Lagache [4], 2.

Diaphragme (Paralysie temporaire post-opératoire), Gage [19], 18.
— (Relaxation à droite) avec contrôle laparoscopique et opération, Schmidt [82], 1.
— (Tumeur primitive), W. Rausch [82], 10.
Diaphyse (Éburnation algique post-traumatique), Courty [166], 23.
Dicoumarol, acétate d'éthyle, pour thromboses veineuses, Izarn [86], 2.
Difenidramine, Lo Jacono [85], 5.
Diiodofluorescéine, Yuhl [20], 5.
Discographie, Marchand [81], 3.
— (Accidents), de Sèze [72], 2.
Disques intervertébraux (Hernie), San Giorgi [126], 3.
— — (Maladie infectieuse); calcinose, Fiedler [82], 19.
— — cervicaux inférieurs (Lésions latérales) Spurling [148], 7.
— — lombaires (Chirurgie), Cloward [25], 32.
Diverticule de Meckel, cause d'iléus, C. Tavaras [29], 7.
— — (Myosarcome), O. Thomas [25], 9.
— — (Parasitose), Paul [19], 21.
— — (Ulcère pénétrant), Aitken [125], 1.
Diverticules coliques perforés, Schmitt [82], 9.
— duodénaux, Coldefy [89], 6.
— — (Syndrome gastralgique), Alieri [58], 5.
— épibronchique, Mialaret [166], 1.
— gastriques, Coldefy [89], 6; Toubiana, [102], 2.
— de traction, T. Greco [16], 3; M. Servello [16], 4.
— uréthraux, Khoury [52], 12; Silva de Assis [159], 1.
— vésicaux, Scardino [52], 9.
Diverticulectomie vésicale pour calcul géant, J. S. Dotta [27], 5.
Diverticulite cæcale, Case [19], 2; E. E. Jemerin [25], 34.
— meckelienne, Paul [19], 21.
— sigmoïdienne, Morton [25], 22.
Diverticulose jéjunale, J. H. C. Phillips [9], 9.
Doigts (Perte); reconstruction, Higgins [25], 15.
— (Prothèse de nylon), Russell [19], 7.
Donneurs de sang (Thrombose veineuse axillaire), Jennings [148], 20.
— — et receveurs universels, Röhling [7], 30.
Douleurs (Cordotomie), Petit-Dutaillis [99], 1.
— épigastriques droites (Sympathectomie thoracique), Bergmann [113], 9.
— faciales rebelles, E. A. Spiegel [70], 1.
— lombo-sacrées (Myélographie), Ford [25], 45.
— rebelles du membre fantôme, M. A. Falconer [122], 2.
— thoraciques (Reproduction); valeur diagnostique, Reeves [149], 1.
Drainage biliaire externe, Kourias [167], 3.
— transvatérien, Salembier [167], 2.
Duodéno-pancréatectomie pour néo (Ulcère peptique perforé), Muller [168], 13.
Duodénum (Diverticules), Coldefy [89], 6.
— ; syndrome gastralgique, Alieri [58], 5.
— (Hémorragies cryptogénétiques), Innocenti [15], 6.
— (Léiomyome), F. H. Straus [25], 35.
— (Sténose par malrotation), deux fois opérée et guérie, Laurence [31], 13.
— (Tumeur bénigne); hémorragie gastro-intestinale, J. O. Briggs [22], 2.
— (Ulcère) simulé par lacunes bulbaires, Gottlieb [60], 4.
— (— multiples), Rognon [168], 1.
— (Ulcus); états douloureux épigastriques, Bergmann [113], 9.
Duodénum [IV] (Ulcère), Geffroy [168], 2.
— [Bulbe] (Image lacunaire); corps étranger, Boquien [55], 4.
— — (Lacunes) dans le néoplasme pancréatique, Gottlieb [60], 4.
Dysménorrhée, Heizer [109], 3.
— (Succès du méthyl-testostérone ou du méthyl-androsténédiol pré-ovulatoire), Kupperman [47A], 10.
Dysostose cléido-crânienne, Leroy [170], 1.
— mandibulo-faciale de Franceschetti, R. Laplane [31], 5.
Dysphagie sidéropénique par carcinome hypopharyngien, Lindvall [84], 2.
Dystrophie adiposo-génitale (Facteur traumatique), Merli [131], 1.

E

Échinococcose osseuse, Kepetzis [10], 2.
— péritonéale pseudo-primitive, J. Bergarache [57], 6.
Échinocoque pulmonaire, Cee [138], 4.
Électroencéphalographie médico-légale, Planques [74], 2.
Élytrocèles, Ameline [166], 26.
Embolie graisseuse, Peltier [25], 17; Garneau [143], 5.
— — cérébrale. E. de Vries [126], 1.
— — massive consécutive à une fracture de fémur; guérison, Acherya [122], 3.
— de liquide amniotique, Dyer [154], 1.
— post-opératoire (Prophylaxie); données pratiques, A. Chalier [91], 4.
— pulmonaire post-opératoire, J. Pouzet [91], 3.
— — — (Risques d'—) au cours des hernies diaphragmatique, P. Santy [91], 7.
Emphysème généralisé après fracture de côte fermée, P. Aumont [86], 10.
Empyème pleural (Cavité résiduelle); phrénicectomie, Kothe [7], 24.
— tuberculeux, Vaksvik [135], 8.
— — (Pleuropneumonectomie), Daems [130], 6.
Encéphalocèle syncipitale, Zacharian [46], 5.
Encéphalogramme (Valeur dans les traumatismes), Faust [68], 2; Riedel [68], 3.
Enclouage centro-médullaire, Giraud [167], 1.
— médullaire (Embolie graisseuse), Peltier [25], 17.
— — avec les outils de menuisier, Wiltberger [37], 27.
Endomètre (Cancer), Herrera [157], 2.
— (Glycérophosphatase), Jones [47], 15.
Endométriose, Zuckermann [26], 4.
— (Hémorragies), Klawe [45], 2.
— chez la femme assez âgée, E. E. Bennett [47 A], 6.
— du col, Ranney [47], 11.
— ovarienne, Frederikson [46], 1; [46], 2.
Endothéliome pénien, Cornwall [52], 14.
Enfants infirmes (Protection aux États-Unis), Shands [37], 28.
Énervation utérine, Doyle [132], 1.
Entérocolite nécrosante, de Souza [61], 2.
Enzyme respiratoire, Schwartz [65], 2.
Éosinophiles chez les brûlés, Wight [20], 4.
Éosinophilie par état dysharmonique réactif, Cazzola [44], 1.
Épaule (Paralysie obstétricale), Lee Liebolt [37], 23.
— (Prothèse de nylon), Russell [19], 7.
— refroidie (A. C. T. H.), Stein [19], 12.
— (Tuberculose); synovectomie, Wilkinson [123], 3.
Épendymome, Laus [15], 14.
— calcifiant, Money [165], 12.
Épididyme (Réticulosarcome), Filipelli [15], 7.
Épididymite tuberculeuse, Delzotto [51], 1.

Épilepsie (Traitement chirurgical); expérience personnelle, S. Obrador [71], 7.
— par calcification cérébrale, Stewart Alexander [71], 9.
Épiploon [Grand] (Hernie diaphragmatique), Catalano [12], 11.
— — (Infarctus hémorragique), Zuckermann [26], 8.
— — (Torsion aiguë), Bayon [15], 17.
Épithélioma glandulaire, Gauducheau [81], 14.
Équilibre liquidien (Direction de l' —), A. J. Kreman [25], 37.
Érosions neurogénétiques, King [20], 13.
Espace sous-arachnoïdien (Hémorragie spontanée), H. R. J. Wolfe [9], 4.
— épidural (Abcès) dans l'infection généralisée, Jacobi [67], 1.
— sous-dural (Hydroma), M. Feld [31], 6.
— rétro-péritonéal (Tumeurs primitives). J. P. Herdman [9], 6.
— sous-phrénique (Abcès), Jardim [158], 2.
— paravertébral (Tumeur tératoïde), Lawson [148], 4.
— périvésical (Hémorragie) après herniorraphie, Suder [25], 48.
Estomac (Absorption de l'iodure de sodium), Cantiero [128], 5.
— (Cancer); 2 cas rares, U. Cocchi [82], 8.
— — forme rare simulant une tumeur bénigne, Roux [168], 4.
— — anémie hémolytique, Veflingstad [135], 2.
— —; chirurgie, Fernandez [156], 15.
— — coexistant avec un ulcère gastro-duodénal, A. C. Vergara [29], 6.
— —; perforation, Bellavia [58], 1.
— (— au début), Y. Boulakia [103], 3.
— (— perforé en péritoine libre), Heftman [133], 2.
— (— simulé) par une gastrite hypertrophique, Pricolo [78], 2.
— (— *in situ*) et ulcère, Osmond [165], 10.
— (Carcinome squirrheux), Feldman [59], 2.
— en cascade (Contractions musculaires spastiques), Naumann [82], 3.
— (Claudication intermittente) dans l'ulcère, Frumusan [86], 9.
— (Diverticule), Coldefy [89], 6.
— — simulant une niche ulcéreuse de la petite courbure, Toubiana [102], 2.
— (Dynamique antro-gastrique); gastroscopie, Celli [58], 4.
— (Érosions neurogéniques), King [20], 13.
— (Éviscération), W. Neal [20], 21.
— (Hémorragies), Kuntzmann [99], 3.
— (— cryptogénétiques), Innocenti [15], 6.
— (Hernie diaphragmatique), L. Leger [86], 17.
— (— dans la bourse épiploïque), Gants [20], 22.
— (Lésions bénignes); gastrectomie, Delort [168], 6.
— (Lymphosarcome), Casal [156], 18.
— (Myome); cas personnel, Pablos Abril [57], 4.
— (Opérations); examen post-opératoire, Keutel [7], 2.
— (Peptic ulcer); complications, Avery Jones [165], 3.
— (— — perforé), Rea [25], 6.
— (Perforation) chez le nouveau-né, W. Greene [36], 3.
— (Polype adénomateux), Rodkey [150], 4.
— (Résection) pour peptic ulcer, Rauch [25], 5.
— — pour ulcère perforé, Carayannopoulos [25], 23.
— (Réticulo-lymphoblastome ulcériforme), Monges [168], 3.
— (Réticulosarcome) après peptic ulcer, Bukurov [140], 2.
— (Sarcoïde de Bœck), Mc Kusick [60], 6.
— (Sarcome), Woimant [89], 8.
Estomac (Schwannome exogastrique), Hillemand [169], 4.
— (Sécrétion); mécanismes de stimulation, Sauvage [23], 14.
— (Transillumination), Celli [130], 11.
— Tuberculose pré-pylorique), Limentari [58], 2.
— (Ulcère); hémorragie mortelle, Fitzpatrick [149], 2.
— — traitement, Sanchez Cozar [120], 4.
— (— térébrant), H. Cottier [82], 7.
— [Partie pré-pylorique] (Stricture cicatricielle), Bober [133], 3.
— [Pôle supérieur] (Tumeurs), E. Delannoy [4], 1.
Éventration diaphragmatique (Traitement chirurgical), Jean Quénu [1], 1.
— — et thromboses, Lian [86], 1.
Évipan-curare (Narcose prolongée), Mellin [7], 28; Jirzik [7], 29.
Examen post-opératoire des opérés de l'estomac, Kentel [7], 1.
Exentération pelvienne (Survies), Brunschwig [167], 4.
Explosion due au bistouri électrique, Chevallier [166], 2; Sénèque [166], 3.
Extrapyramidotomie, Fénelon [65], 1.
Extrémités (Gangrène symétrique), Marques [159], 2.
Extubation suivie de mort, Mangiavacchi [85], 6.

F

Face (Blessures graves par arrachement); thérapeutique conservatrice, T. Bianco [13], 4.
— (Douleurs rebelles); mésencéphalotomie, E. A. Spiegel [70], 1.
Fascicule pariéto-frontal (Tomie), Astudillo [156], 7.
Fémur (Fracture); embolie graisseuse massive consécutive, Acherya [122], 3.
— —; enclouage, Wiltberger [37], 27.
— (— cervicales et pertrochantériennes); vissage, Schultz [6], 2.
— [Col] (Fractures externes); vissage, Schultz [6], 2.
— [Condyle] (Ostéochondrite), M. L. Mason [9], 14.
— [Diaphyse] (Fractures par coup de feu), Brav [37], 13; Carr [37], 14.
— [Extrémité sup.] (Néoplasme), Evans [123], 9.
— [Tête] (Luxation) avec fracture de l'acetabulum, Cenek [139], 2.
— — (Subluxation congénitale); soins de la hanche contro-latérale, Klein [37], 7.
Fibroadénomatose familiale, Hashemian [9], 8.
Fibrome du sinus maxillaire, Schwab [54], 2.
— vaginal, Nobili [43], 2.
Fibromyome rénal, R. A. C. Owen [9], 19.
— utérin, Bancroft-Livingston [9], 17.
Fièvre typhoïde (Perforation), Cheynet [93], 3.
Fissure anale post partum, Martin [121], 3.
Fistules anales (cancérisation), Rundle [20], 9.
— artério-veineuses cervicales pour inversion vasculaire cérébrale, Torkildsen [69], 3.
— — rénales, Hamilton [52], 2.
— biliaires spontanées, Dierckx [8], 5; [8], 7.
— — — externes, Drassdo [109], 4.
— broncho-pleurales, Vaksvik [135], 8.
— duodéno-cholécystiques, Bianchi [131], 2.
— gastro-jéjuno-coliques (Gastrectomie, entérectomie et colectomie segmentaire; guérison, R. Ganem [103], 1.
— — persistant pendant 8 ans sans symptômes, J. E. Richard [9], 15.
— génito-urinaires chez la femme, Orlando Vaz [28], 2.

Fistules internes digestives, Laux [82], 15.
— — et externes d'un abcès par congestion, Behrendt [82], 24.
— intestinales, Jonas [19], 14.
— œsophago-bronchiques, Boquien [55], 3.
— de la région de la tête et du cou, G. Lœbell [54], 8.
— thyréoglosses, Viaggio [156], 8.
— urétrales (Suppression opératoire), K. Martin [7], 12.
— urétro-vaginales par pression du tamponnement, Lehmacher [42], 3.
— vésico-vaginales post-opératoires, Strean [47], 9.
Foie et inhibiteur de l'hyaluronidase, Cole [25], 29.
— (Abcès); déplacement du pyélogramme, Yates [52], 15.
— (Adénome), Franco [117], 3.
— (— chez l'enfant), Stol [18], 3.
— (— mixte), Levenson [153], 6.
— (Cirrhose); kystes graisseux, Hartroft [80], 3.
— (Éviscération intra-thoracique), W. Neal [20], 21.
— [Fonction] (Troubles) chez les ulcéreux, Trautwein [111], 3.
— (Hamartome), Levenson [153], 6.
— (Hémangio-endothéliome), Brancadoro [12], 7.
— (Hémangiosarcome); métastases, Bauer [150], 2.
— (Kyste graisseux) dans la cirrhose, Hartroft [80], 3.
— (— hydatique simulé par hydronéphrose), Girard [168], 15.
— (Lésion) associée à la maladie cœliaque, Scott [165], 1.
— (Maladie polykystique), Girard [168], 14.
— (Métastases cancéreuses); diagnostic, Stirrett [23], 26.
— [Face convexe] (Plaie), Chiodi [156], 14.
— (Lobule aberrant), Astudillo [156], 13.
Fosse cérébrale postérieure (Méningiome) et lésions multiples des dernières paires crâniennes, Chavany [86], 11.
Fossette coccygienne (Indications), Donald [19], 5.
Fractures, Giaccai [15], 9; Mangini [15], 10; Sassoli [15], 13; Bradford [23], 31; G. Ménégaux [86], 13; Acherya [122]. 3; Bjorn Jensen [135], 5; Goyo [144], 7.
— (Boulonnage), Pierra [166], 18.
— (Complications graves), Biström [17], 7.
— (Consolidation vicieuse), Pires de Camargo [39], 3.
— — —; chirurgie, Lederer Outes [156], 11.
— (Enclouage), Wiltberger [37], 27.
— (— intra-médullaire), Brav [37], 13.
— (Effets endocriniens), Shepenek [23], 24.
— (Fixation intra-médullaire), vom Saal [37], 1.
— (Intervention mal choisie), Tryb [139], 11.
— (Processus de guérison); influence de la vitamine B6, P. Astorri [14], 7.
— (Retard de consolidation); ostéogènes, Mignogna [12], 12.
— (Traitement), Garofalides [10], 1.
— (Vissage), Schultz [6], 2.
— articulaires, Cagnoli [30], 4.
— de Colles, M. L. Mason [9], 7.
— fermées, P. Aumont [86], 10.
— spontanées, Katz [37], 22.
— du plateau tibial, Koralewski [5], 4.
— -luxations, Cerek [139], 2; Almeida Rios [160], 2.
Frottis vaginaux, Grasset [87], 1.
— — (Coloration), Veziris [73], 2.

G

Gaine synoviale du pouce (Dissociation sous-cutanée) dans le traitement de la contracture congénitale [7], 4.
Gangliectomie stellaire, Megias Velasco [118], 1.
Ganglion étoilé (Blocage) dans l'infarctus cérébral, Millikan [148], 10.
— — —; complications, Adriani [25], 2.
— — (Infiltration) dans le Volkmann, Bitar [86], 7.
— de Gasser (Infiltration anesthésique), Clemenschitsch [113], 2.
Ganglions articulaires (Chondromatose), Böhner [7], 37.
— latéraux du petit bassin (Curage), A. Taillhefer [2], 1.
— lymphatiques (Tuberculose); lésions des parties molles, Hasche-Klunder [108], 3.
— — cervicaux (Tuberculose), Kaiser [137], 9.
— sympathiques para-vertébraux (Blocage procaïnique), Betcher [148], 6.
Ganglioplégiques, Rizzi [128], 7.
— en chirurgie, Marche [89], 1.
— et chirurgie pulmonaire, Forti [85], 4.
— (Action sur la pression veineuse), Ciocatto [85], 1.
— (Effets), Franchi [131], 4.
Gangrène artério-scléreuse (Amputation pour —), L. Carp [22], 11.
— après sympathectomie, Woodhall [25], 54.
— cutanée, Pierret [98], 1.
— diabétique (Amputation à mi-hauteur pour —), L. Carp [22], 11.
— symétrique des membres, Marques [159], 2.
Gastralgie dans le diverticule duodénal, Alieri [58], 5.
Gastrectomie (100 cas), pour lésions bénignes, Delort [168], 6.
— (Rupture de l'anse jéjunale proximale), Smith [121], 7.
— au bistouri électrique, Chevallier [166], 2; Sénèque [166], 3.
— Entérectomie, Colectomie segmentaire en un temps pour fistule gastro-jéjuno-colique, R. Ganem [103], 1.
— simplifiée pour ulcère (Série de 150 cas sans décès), R. Ganem [103], 2.
— totale (Plastie iléo-colique), Mc Glove [148], 17.
— — Hépatectomie et Splénectomie, Defeo [156], 3.
— d'urgence, Heftman [133], 2.
Gastrectomisés (Liquides interstitiels), Poli [58], 3.
Gastries et gastro-bulbies (Œdème en pas de vis), Chevallier [168], 11.
Gastrite atrophique grave, Rodkey [150], 4.
— hypertrophique géante subtotale, Pricolo [78], 2.
Gastro-duodénale [Hémorragie massive]; poudre de gélatine et thrombine, McClure [25], 4.
Gastro-duodénaux [Ulcères] (Injections histamino-novocaïniques), Lozina-Lozynsky [58], 6.
— (— perforés), Baistrocchi [156], 16.
— — — (Résection), Carayannopoulos [25], 23.
Gastro-entérite (Hypokaliémie et iléus paralytique), B. Schlesinger [31], 9.
Gastro-entériologie (Actualités), Dupuy [89], 9.
Gastro-jéjuno-colique [Fistule], J. E. Richard [9], 15; E. Ganem [103], 1.
Gastroscopie dans les hémorragies digestives, Desneux [8], 2.
— de la dynamique gastrique, Celli [58], 4.
— (Agents anesthésiques), Atwater [60], 2.

Gaz intestinaux fâcheux (Prévention) dans la radiographie abdominale chez l'enfant, GYLLENSWARD [84], 1.
Gélatine (Poudre de) et thrombine pour hémorragie massive, McCLURE [25], 4.
Gelures (Suites lointaines), PERAZZINI [15], 24.
Genou (Arthrodèse par compression), CAMBEROGLOU [10], 5; FETT [37], 15.
— (Arthroplastie), CHARRY [167], 5.
— (Arthropneumographie), JUDÉT [166], 7.
— (Fractures sus-condyliennes), SASSOLI [15], 13.
— (Lésion méniscale); arthropneumographie, MERLE D'AUBIGNÉ [166], 12.
— (Luxation postéro-interne), PIERRA [166], 18.
— (Maladie de Hoffa); microcalcifications, GAUDICHAU [81], 13.
— [Fente articulaire] (Image spontanée), KRÖKER [82], 17.
— [Ménisque interne] (Déchirure en anse), VOLK [37], 26.
— — — (Interventions sur la corne postérieure), incision horizontale, F. MOMMSEN [7], 13.
— [— latéral] (Kystome); diagnostic précoce, W. RAYEK [113], 10.
Glande mammaire aberrante (Cancer); irradiation, GROS [81], 9.
— — (Maladie ou cancer); leurs rapports, LEWISON [22], 10.
— — chez l'homme (Chirurgie), BENZADON [27], 4.
— maxillaire (Ablation par voie endobuccale), J. BOURGUET [101], 2.
— sous-maxillaire (Tumeur mixte), POILISHER [156], 20.
— thyroïde (Cancer); diagnostic précoce, HUGUENIN [89], 4.
— — — et goitre nodulaire, MARTIUS [161], 2.
— — (Carcinome papillaire), MAC DONALD [20], 2.
— — (Fonctions) évaluées par fixation de radio-iode, GOFFRINI [130], 14.
— — (Rupture isolée), BARATTO [131], 3.
— — (Tératome), OTKEN [19], 20.
Glandes sébacées (Carcinome), LITRICIN-RADIN [140], 5.
— surrénales et hypertension, MOUQUIN [143], 6.
— — (Chirurgie), CAHILL [145], 4.
— — (Fonction corticale) en chirurgie, HAYES [25], 27.
— — (Hémangiosarcome métastatique), BAUER [150], 2.
— — (Hémorragie spontanée), BERTE [153], 2.
— — (Hyperfonction corticale par énervation sinu-carotidienne, BEKAERT [73], 1.
— — (Lésions corticales et médullaires, hyperfonctionnelles), SPRAGUE [148], 19.
— — (Réponse corticale) au microstress pré-laparotomique, MASSONE [44], 2.
— — (Transplantation); survie, H. KAY [25], 11.
— — (Tumeur) : analyse chimique, GONCALVES [158], 1.
Gliome nasal, KRISTENSEN [135], 1.
Globules rouges (Conservation), SLOVITER [147], 1.
Glycémie (Hypo) par hyperplasie insulaire, VOSSCHULTE [108], 1.
Glycérophosphatase de l'endomètre, JONES [47], 15.
Goitre (Calcifications), MARQUÈS [81], 19.
— (Ponction biopsie), SÖDERSTROM [134], 2.
— malin (Iode radio-actif), MÜLLER [137], 7.
— médiastinal, BRESSLER [19], 19.
— nodulaire et cancer, MARTIUS [161], 2.
Gonarthrose, COSTE [72], 3.
Granulome par corps étranger, RADICE [156], 4.
Granulome du beryllium, FLYNN [20], 18.
— éosinophile atypique, GARACHE [82], 5.
— mercuriel, CRIKELAIR [20], 19.
Greffes de banque et autogreffes (Comparaison), CURTISS [23], 17.
— cutanées pour palatoplastie, LEBOURG [56], 2; GINESTET [56], 4.
— — libres selon Rehn, R. GIESSE [7], 8.
— — en pastilles (Indications secondaires), P. FOURRIER [2], 5.
— vasculaires, DI MARIA [12], 5.
— veineuses, THERON [164], 1.
— — de 18 cm, KUNLIN [166], 20.
— — sur carotides, CONLEY [20], 8.
— (Auto-), NABATOFF [23], 9.
Grossesse, GREENE [23], 7; BURGER [41], 1; HIRST [47], 7.
— (Tétanos puerpéral), H. K. BOURNS [122], 11.
— et appendicite, RODENWALD [7], 25.
— et cancer du sein, ZUCKERMANN [26], 11.
— et coarctation aortique opérée, L. PETERSEN [47 A], 15.
— abdominale (6 cas), EASTERLING [154], 3.
— extra-utérine (Anesthésie), FINDERLE [140], 1.
— et extra-utérine associées, ZAROU [47], 12.
— ovarienne primitive, WHITELAW [122], 10.
Gynécologie (Pertes sanguines opératoires en —), BUCHMAN [47 A], 2.
Gynécomastie (Chirurgie), SCHARSACH [7], 9.
— (Problème de la —); conclusion, BORDASCH [7], 10.

H

« Hag-diverticul », TOUBIANA [102], 2.
Hamarto-chondromes broncho-pulmonaires, P. GALY [91], 6.
Hamartome, LEVENSON [153], 6.
— cérébral calcifié (Épilepsie consécutive), STEWART ALEXANDER [71], 9.
Hanche (Arthrite aiguë), GUILLEMINET [114], 3.
— (— chronique), MEYER [99], 8.
— (Arthroplastie) chez des amputés, GILLIS [123], 4.
— (Blocage ischio-fémoral), GARCIA DIAZ [39], 5; PETRACCHI [39], 6; MANUEL DEL SEL [39], 7.
— (Désarticulation); prothèse à ventouse, HUTTER [37], 24.
— (Fractures articulaires) à l'exception du col fémoral, CAGNOLI [30], 4.
— (Luxation congénitale); traitement orthopédique sous contrôle arthrographique, GUILLEMINET [30], 3.
— — —; arthroplastie, COLONNA [37], 17.
— — —; ostéotomie de rotation, PLATOU [37], 4.
— (— et subluxation congénitales); opération de butée, WIBERG [37], 6.
— (Tuberculose); synovectomie, WILKINSON [123], 2.
— [Articulation] (Développement) et plastie précoce, A. DUR [113], 7.
— — (Monstruosité); radiographie, DUCROQUET [72], 8.
— contro-latérale (Soins) dans la luxation congénitale unilatérale, KLEIN [37], 7.
Hémangio-endothéliome, BRANCADORO [12], 7.
— malin métastasiant, ROBERTSON [19], 15.
Hémangiome rénal, GARCIA SANCHEZ [50], 6.
Hémangiosarcome, BAUER [150], 2.
Hématémèse, LION-CACHET [164], 2.
— révélatrice d'une hernie diaphragmatique, L. LÉGER [86], 17.
Hématomes intra-cérébraux spontanés, P. BARBÉ [31], 11.
— musculaires et régénération du muscle, KONJETZNY [5], 1.
— spontanés, DEBRAY [87], 2.

Hématomes vulvaires, STARZEWSKI [45], 8.
Hématométrie après ménopause, WEBER [41], 3.
Hématurie et maladie de Reiter, PIORA [134], 4.
— essentielle par hémangiome, GARCIA SANCHEZ [50], 6.
Hémiplégie infantile (Convulsions); hémisphérectomie, MASON [145], 11.
Hémisphérectomie pour convulsions, MASON [145], 11.
Hémorragies et shock, CLARKE [124], 2.
— sous-arachnoïdiennes (Origine anévrysmale), 53 cas, W. B. HAMBY [71], 4.
— — spontanées, H. R. J. WOLFE [9], 4.
— cryptogénétiques, INNOCENTI [15], 6.
— digestives, DELANNOY [8], 1.
— — (Gastroscopie), DESNEUX [8], 2.
— de l'endométriose, KLAWE [45], 2.
— fessières, RAISCH [7], 23.
— gastriques, KUNTZMANN [99], 3.
— gastro-duodénales massives, MCCLURE [25], 4.
— gastro-intestinales par tumeur duodénale bénigne, J. D. BRIGGS [22], 2.
— — supérieures massives, CROHN [148], 18.
— massives de la plaie opératoire, FRIESEN [25], 3.
— mortelles d'un ulcère gastrique, FITZPATRICK [149], 2.
— nasales, KUSNJERCZYK [133], 1.
— post-opératoires, ALMANSA DE CARA [120], 2.
— surrénales, BERTE [153], 2.
— périvésicales, SUDER [25], 48.
Hémorroïdes (Accidents); pathogénie, OURY [55], 2.
— (Opération radicale), JANECEK [139], 7.
— internes (Chirurgie), W. GENTILE DE MELLO [28], 5.
Hémostase préventive, CARNEVALE [156], 19.
Héparine (Effets thérapeutiques), MERZ [137], 8.
Hépatocholédoque (Résection accidentelle), BAPTISTA FRANCO [61], 4.
Hernie abdominale étendue (Opération), CHYTILOVA [139], 6.
— crurale, HAGAN [23], 28.
— diaphragmatique, UNGER [148], 27.
— — révélée par hématémèse, L. LÉGER [86], 17.
— — et thrombose veineuse, LIAN [86], 1.
— — (Thrombose veineuse extensive, anémie et risques d'embolies pulmonaires post-opératoires), P. SANTY [91], 7.
— — congénitale du nouveau-né, TOLINS [20], 20.
— — droite, DORIGO [12], 6.
— — — (Contenu épiploïque), CATALANO [12], 11.
— — — traumatique, WALTER NEAL [20], 21.
— — étranglée (Guérison par thoraco-phréno-laparotomie, G. LAGACHE [4], 2.
— discale (Diagnostic), MONTRIEUL [99], 7.
— — (— en pratique), SAN GIORGI [126], 3.
— — (Réactions du liquide C. R.), FINESCHI [15], 11.
— — (Technique opératoire), CATALANO [15], 12.
— étranglée et cholépéritoine, TORNEL [118], 3.
— du hiatus (Chirurgie), SWEET [148], 9.
— du hiatus œsophagien, STEINE [145], 6; PEYCELON [168], 10.
— inguinale, HAGAN [23], 28.
— — et diverticule vésical, SCARDINO [52], 9.
— — et varicocèle, E. BRANCO RIBEIRO [29], 1.
— interstitielle, STANFORD HOWARD [121], 4.
— intestinale intra-thoracique, ROSSELET [136], 2.
Hernie du nucleus pulposus, POSTHUMUS MEYJÈS [126], 4.
Hibernation artificielle (Aspects endocrino-métaboliques), CISCATTO [130], 16.
— — (Fonction thyroïdienne), GOFFRINI [130], 14.
— — pour tétanos, BOUDIN [169], 3.
Histochimie du tissu conjonctif synovial, SCHEJOWICZ [39], 1.
Hoquet et vomissement, KAZDA [7], 32.
Hormones (Microstress prélaparotomique), MASSONE [44], 2.
Hormonothérapie du cancer mammaire récidivé, MOULONGUET [73], 3.
— prostatique, HUDSON [23], 29; BLUM [99], 5.
Humérus (Angiome), REBOUL [81], 17.
— (Fractures) traitées par écharpe, BJORN JENSEN [135], 5.
— [Épiphyse supérieure] (Fracture-luxation), JEFFERY [23], 25.
Hyaluronidase sérique non spécifique (Inhibiteur) et foie, COLE [25], 29.
Hydratation post-opératoire aux premières heures, E. MAURO [2], 4.
Hydroma sous-dural bilatéral opéré, M. FELD [31], 6.
Hydrométrocolpos congénital, LIDE [47], 5.
Hydronéphrose droite simulant le kyste hydatique du foie, GIRARD [168], 15.
Hygroma kystique, SCHETLIN [25], 52.
Hyperinsulinisme (Troubles neuro-musculaires), BARRIS [153], 4.
— par adénome langerhansien, YOVANOVITCH [87], 6.
Hypermélorrhées (Bleu de toluidine), LATHROP [47], 16.
Hypernéphrome (Métastase), DOLEZAL [139], 3.
Hyperostose corticale (Apparition in utero), BARBA [38], 1.
Hyperphalangisme, SHOUL [150], 3.
Hypertension artérielle et capsules surrénales, MOUQUIN [143], 6.
— — (Chirurgie), VAN GOIDSENHOVEN [115], 1.
— — (Étiologie), SIMPSON [165], 5; ISBISTER [165], 6.
— — (Sympathectomie), MORRISSEY [121], 5.
— — chez la femme (Sympathectomie); aversion obstétrical, P. MILLIEZ [86], 12.
— essentielle (Biopsie rénale), GÉLIN [8], 4; GÉLIN [8], 11.
— portale, SCHAFFNER [5], 9; CARDENAZ RODRIGUEZ [119], 1.
Hypokaliémie, SACREZ [32], 1.
Hypopharynx (Carcinome) dans la dysphagie sidéropénique, LINDVALL [84], 2.
Hypospadias (Chirurgie), PARIENTE [127], 3.
Hypotension contrôlée, COSTA [50], 4; JAMES [121], 6; MERLE D'AUBIGNÉ [166], 11.
— intra-crânienne post-opératoire (Circulation cérébrale dans l' —), H. A. SHENKIN [71], 6.
— sanguine dirigée, RUTKOWSKI [137], 10.
Hypothermie contrôlée et chirurgie des cardiopathies congénitales, CIOCATTO [130], 15.
Hystérectomie dans les états pelviens bénins, SMITH [47], 1.
— pour tuberculose (Résultats éloignés), PICOT [170], 5.
— (Cas inutiles), DOYLE [148], 8.
— abdominale avec ou sans suppositoires vaginaux à base de streptomycine-pénicilline et mordibité, SCHNALL [47 A], 4.
— totale, TYRONE [154], 2.
— sub-totale (Cancer colique), TORRES [159], 3.
Hystérogramme (Moyen de contraste hydrosoluble nouveau pour son étude), M. ROLAND [47 A], 5.

Hystéro-salpingogramme (Moyen de contraste hydrosoluble nouveau pour son étude), M. Roland [47 A], 5.

I

Ictère transfusionnel post-opératoire, Monges [93], 1.
Iléite régionale (Cause de cystite), Smith [25], 19.
Iléon (Cancer métastatique), Gerwig [19], 22.
— (Obstruction annulaire) par métastase, Gerwig [19], 22.
— séquestré (Expulsion spontanée); guérison; 2 cas, Benson [20], 17.
— terminal (Cancer), Vohnout [139], 12.
Iléus (Diagnostic), Freeb [82], 14.
— par diverticule de Meckel, C. Tavares [29], 7.
— paralytique, B. Schlesinger [31], 9.
— — par déficience potassique, Grieve [164], 5.
— traumatique, Schneider [6], 4.
— [Sub] par lipome, Foti [82], 21.
Ilion et fémur (Relations statiques et dynamiques), Plaghos [156], 2.
Ilots de Langerhans (Hyperplasie); hypoglycémie, Wossschulte [108], 1.
Implétol-Dépôt, Burckhart [108], 5.
Incisions abdominales, Knight [25], 12.
Incontinence d'urine chez la femme, Hartl [42], 2.
— — d'effort (Correction par écharpe du muscle ischio-caverneux, J. C. Goodwin [47 A], 3.
Infarctus hémorragique épiploïque, Zuckermann [26], 8.
Infections généralisées (Abcès épiduraux), Jacobi [67], 1.
— à histoplasma capsulatum, Fitzpatrick [149], 2.
— locales en Oto-rhino-laryngologie, Scheifarth [54], 6.
— par le muguet après antibiotiques, Nicora [43], 1.
— à ultravirus dans la maladie post-cholécystectomique, Oliver Pascual [57], 1.
— urinaires (Sulfamides), Rutenburg [25], 47.
Infiltrations anesthésiques, Clemenschitsch [113], 2.
— — post-opératoires, Hagberg [17], 5.
— stellaire, Bitar [86], 7.
Inflammations (Traitement consécutif fonctionnel), Wymer [107], 5.
Injections histamino-novocaïniques paravertébrales, Lozina-Lozynski [58], 6.
— intra-artérielles de procaïne, Oury [55], 2.
— intra-articulaires, Desmarais [77], 1.
— intra-spléniques pour veinographie portale, Milnes Walkes [9], 13.
— intra-veineuses de matériel à particules, Dobson [134], 3.
Innervation vésicale (Concepts nouveaux), L. E. McCrea [22], 9.
Insulinisme [Hyper-] expérimental (Altérations histologiques des organes et des tissus chez le lapin), B. Binda [14], 5.
Interligne radio-triangulo-carpien, Olivier [170], 2.
Interventions chirurgicales et fonction corticale surrénale, Hayes [25], 27.
Intestin et appareil génital chez la femme, Rachet [87], 8.
— (Anomalies de rotation), Gripenberg [17], 1.
— (Étranglement), par lacunes mésentériques, Köle [7], 20.
— (Fistules); arachis hypogaea, Jonas [19], 14.
— (Hernie intra-thoracique), Rosselet [136], 2.
— (Intubation), Mac Pherson [144], 9.
Intestin (Nécrose) en avant de l'anastomose, Breuer [139], 1.
— (Obstruction par étranglement), J. Cohn [22], 12.
— (Occlusion); thérapeutiques actuelles, Champeau [89], 7.
— — dans l'appendicite, G. Moran [61], 1.
— — par péritonite encapsulante, Courty [97], 1.
— — par sténose colique; erreurs du radiodiagnostic, Cl. Olivier [86], 14.
— (Perforation typhique); antibiotiques, Cheynet [93], 3.
— (Tumeurs invaginantes), Piacentini [15], 4.
— [Rotation] (Troubles chez l'enfant); chirurgie, Kafka [18], 2.
— grêle (Carcinome métastasiant), Isler [137], 1.
— — (Fibro-adénomatose familiale), Hashemian [9], 8.
— — (Iléus); diagnostic, Freeb [82], 14.
— — (Invagination) par métastase rénale, Johnson [25], 49.
— — (Motilité) dans les réactions émotionnelles, Roth [153], 3.
— — (Néoplasmes malins), Locke [19], 1.
— — (Obstruction) par kyste du corps jaune, Wilder [148], 25.
— — (Résection massive); survie, Johnston [25], 33.
— [Gros] (Lipome); iléus, Foti [82], 21.
— — (Utilisation intra-thoracique) après œsophagectomie pour cancer, Camara Lopes [63], 6.
Intolérance cutanée à la novocaïne, P. J. Michel [91], 5.
Intubation améliorée par le Celocurin, Zurn [5], 8.
— et curare en 1841 dans les interventions sur la cavité abdominale, Von Luttichau [5], 5.
— dans la paralysie respiratoire complète, Röhling [5], 7.
— intestinale, Mac Pherson [144], 9.
Invagination appendiculaire chez l'enfant (7 cas), I. Forshall [9], 2.
— intestinale, Johnson [25], 49.
— jéjunale, Hillemand [169], 7.
Iode radio-actif dans le goitre malin, Müller [137], 7.
— — (Fixation thyroïdienne) et fonction, Goffrini [130], 14.
Iodoxyl (Injection intra-veineuse); mort immédiate consécutive, Ramsay [122], 8.
Iodure de sodium (Absorption gastrique), Cantiero [128], 5.

J

Jambe (Amputation à mi-hauteur) pour gangrène, L. Carp [22], 11.
— (Ulcères chroniques); masse sanguine, liquides interstitiels, et bilan humoral, Watrin [100], 2.
— -Cuisse (Moignons d'amputation) et troubles circulatoires, A. N. Witt [5], 2.
— post-phlébitique (Chirurgie), Totten [65], 3.
Jéjunum (Carcinome primitif), A. M. Thomas [9], 10.
— (Diverticulose); aspects cliniques, J. H. C. Phillips [9], 9.
— (Léiomyosarcome): invagination, Hillemand [169], 7.
— (Double lumière), Steinberg [25], 8.
— (Obstruction par calcul biliaire), Viar Bayo [57], 5.
— (Ulcère) après anastomose, Steinberg [25], 8.
— (— multiples), Rognon [168], 1.
— [Anse proximale] (Rupture spontanée), Smith [121], 7.

K

Kaliémie [Hypo] et iléus paralytique au cours de la gastro-entérite, B. Schlesinger [31], 9.
Kystes de Bruner, Moreno de Orbe [34], 1.
— du cholédoque, Goldman [144], 8.
— congénitaux de la région de la tête et du cou, G. Lœbell [54], 8.
— du cordon spermatique, O. Maciel [29], 3.
— du corps jaune, Wilder [148], 25.
— dermoïde, Batson [154], 1.
— graisseux dans la cirrhose, Hartroft [80], 3.
— hydatique, Bensted [121], 2.
— — intra-abdominal, D. G. Morris [9], 18.
— — hépatique, Girard [168], 15.
— — pulmonaires, J. Houël [62], 2; Demirleau [166], 28.
— hypophysaires, Schurmann [67], 2.
— lymphatiques mésentériques multiples, Beyer [31], 8.
— osseux, Piccinini [15], 22; Hensley [37], 18.
— pulmonaires congénitaux, Giraud [31], 7.
— rénaux solitaires, Shivers [52], 1.
— thyréoglosses, Viaggio [156], 8.
Kystectomie, Demirleau [166], 28.
Kystome méniscal latéral (Diagnostic précoce), W. Rayek [113], 10.

L

Laparoscopie et relaxation diaphragmatique droite, Schmidt [82], 1.
Larynx (Amyloïde); sa composition chimique, R. Schröer [54], 5.
— (Cancer au début); chirurgie, J. M. Alonso [54], 4.
Léiomyosarcome, Johnson [25], 53; Hillemand [169], 7.
— (Carcinome) : opération, Kroath [76], 3.
Léiomyome duodénal, F. H. Straus [25], 35.
Léonard de Vinci, anatomiste et physiologiste, J. Aron [101], 1.
Lèvres (Reconstruction), Brizio [15], 23.
— [Grandes] (Myoblastome à cellules granuleuses), F. M. Valentine [47 A], 19.
Ligament de la tête fémorale (Interposition), Cenek [139], 2.
— gastro-épiploïque (Lacune); hernie gastro-colique, Gants [20], 22.
— large (Néoplasies), Robecchi [44], 5.
Ligaments coraco-claviculaires (Ossification post-traumatique), Prouzet [81], 18.
Ligature artérielle, Raisch [7], 23; Milnes [25], 14.
Lipome douloureux prépatellaire, Burman [145], 9.
— intradural médullaire, M. N. Crosby [71], 12.
— intestinal, Foti [82], 21.
— intra-rénal, Thalheimer [166], 22.
Lipurie après destruction médullaire expérimentale, Hermann [49], 1.
Liquemine-Dépôt, König [137], 5.
Liquide amniotique (Embolie), Dyer [154], 1.
— céphalo-rachidien (Injections médicamenteuses); réactions méningo-encéphaliques, Bulgarelli [35], 1.
— — (Réaction), dans la hernie discale. Fineschi [15], 11.
Liquides (Équilibre), Kreman [25], 37.
— interstitiels chez les gastrectomisés, Poli [58], 3.
— — dans les ulcères chroniques de jambe, Watrin [100], 2.
Lithiase biliaire (Récidives), Stutzbach [106], 2.
— cholédocienne (Interventions) d'après 100 cas, Mallet-Guy [166], 13.
Lithiase pancréatique, Mallet-Guy [166], 14; Vachon [168], 7.
Lobectomie pulmonaire supérieure combinée avec une thoracoplastie de 5 côtes, W. W. Stead [63], 5.
Lombo-sciatique (Chirurgie) d'après 1000 cas, Guillaume [86], 6.
Luxation, Zeman [139], 13.
— congénitale, Guilleminet [30], 3; Platou [37], 4; Wiberg [37], 6; Klein [37], 7.
— — (Réduction sanglante), Colonna [37], 17.
Lymphatiques mammaires, Giacomelli [78], 1.
Lymphosarcome, Stich [38], 3; Bluefarl [149], 3.
— gastrique, Casal [156], 18.

M

Main (Blessures), Kinmonth [124], 6.
— (Chirurgie), W. Duben [5], 3.
— (Contracture ischémique), St Bunnell [37], 8.
— (Déformations) consécutives aux lésions musculaires, Goldner [37], 11.
— (Granulomes du béryllium), Flynn [20], 18.
— (Perte des doigts); reconstruction, Higgins [25], 15.
— (Pseudo-tumeurs collagènes), Kestler [77], 2.
— (Traumatismes), Flynn [87], 12.
Mal de Pott (Chirurgie vertébrale directe), Johnson [37], 2.
Maladie d'Albers-Schönberg, Plotz [145], 10.
— de Baastrup, Erler [7], 22.
— de Besnier-Bœck-Schaumann (Localisations osseuses), Bonfils [90], 2.
— bleue (Opération de Blalock-Taussig), M. Campbell [122], 4.
— cœliaque, Scott [165], 1.
— de Dupuytren, Scholz [7], 5; Baumgart [7], 6; W. Pflüger [112], 5.
— — (Discussion sur la —), J. James [30], 7.
— — et spasmes vasculaires, André-Thomas [86], 16.
— fibro-kystique du pancréas, Scott [165], 1.
— de Hirschsprung, Ficarra [59], 3.
— — (Physiopathologie), Coers [115], 2.
— de Hodgkin (Extension médullaire), Lawes [165], 7.
— de Hoffa, Gauduchau [81], 13.
— hydatique, Bensted [121], 2.
— de Jaffe-Lichtenstein (Localisations vertébrales), G. Ledoux-Lebard [86], 15.
— de Lobstein, R. Debré [31], 2.
— Pierre Marie et Sainton, Leroy [170], 1.
— de Morquio, Farrington [123], 6.
— de Paget osseuse, Guillaume [66], 2; Coste [72], 3; Lièvre [72], 4.
— de Perkes-Jungling, Bonfils [90], 2.
— polykystique, Girard [168], 14.
— post-opératoire (Blocage neuro-végétatif), Bobbio [130], 12.
— de Reiter, Piora [134], 4.
— Simmond (Cancer périphérique), Archer [145], 7.
— de Sprengel, Kirsch [81], 2.
— thrombotique (Héparine), Merz [137], 8.
— de Volkmann (Infiltration stellaire), Bitar [86], 7.
Maladies chirurgicales (Abdomen aigu dans les —), K. Huber [113], 11.
— post-cholécystectomiques, Oliver Pascual [57], 1.
— infectieuses discales (Calcinose secondaire), Fiedler [82], 19.
Maladies inflammatoires pelviennes, H. Close Hesseltine [21], 7.
— thrombo-emboliques, Allen [23], 12.
Malformation d'Ebstein, Broadlent [152], 8.
Manométrie biliaire, Joris [8], 8.

Martel [Thierry de], 1875-1940. Menegaux [166], 17.
Massage du cœur. Weiler [7], 18; Bader [7], 19.
Masse épigastrique (Ptose rénale). Straus 148 [ ].
– [illegible] dans les ulcères chroniques de [illegible]. Watrin [100], 2.
Massif maxillo-facial (Dysostose). R. Lapeyre [81].
Médiastin (Hernie du). Cevala [138], 3.
– (Lymphosarcome du). Stahl [38], 3.
— antéro-supérieur (Neurofibrome). De Matteis [11], 8.
— postérieur (goitre). Bressler [19], 19.
Médiateur nerveux (Métabolisme). Svec [138], 6.
Médulloblastome au cours de la période néonatale. A. B. King [71], 11.
Mélanomes cutanés malins (Revue de cas). R. B. Wright [9], 11.
— malins. Berry [52], 11.
— — prépubertaires. Trucax [20], 16.
Membre inférieur (Attelle en abduction). Janes [152], 4.
— — (Prothèse) et appareillage. J. C. Scholder [30], 1.
— — (Tumeur maligne): désarticulation inter - ilio - abdominale Guilleminet [167], 6.
Membres (Affections articulaires); oscillométrie. Basso [12], 3.
— (Brûlures profondes): indications. Colson [167], 7.
— (Chirurgie); hémostase, anesthésie locale, Carnevale [156], 19.
— fantômes (Douleur rebelle); chirurgie. M. A. Falconer [122], 2.
— (Syndromes douloureux). Ruggieri [128], 1.
Méningiomes. Russell [23], 22.
— de la fosse cérébrale postérieure. Chavany [86], 11.
Méningo-encéphaliques (Réactions) aux injections dans le liquide C. R.. Bulgarelli [35], 1.
Ménorrhagies (Phosphore radio-actif dans les —). McLaren [122], 5.
Menstruation (Troubles); radiothérapie. Bonar [47], 13.
— —; succès du méthyl-testostérone ou du méthyl - androstenediol pré - ovulatoire). Kupperman [47 A], 10.
Mésencéphalotomie dans les douleurs faciales rebelles. E. A. Spiegel [70], 1.
Mésenchyme (Fonctions); leurs rapports avec le cancer. A. Mahnert [112], 1.
Mésentère (Kystes lymphatiques multiples) chez un enfant de 2 ans. Beyer [31], 8.
— (Lacunes); cause d'étranglement. Köle [7], 20.
— (Thrombose veineuse). Lion-Cachet [164], 2.
— — —; anticoagulants. Koller [137], 4.
— commun. Moro Campal [117], 1.
Mesenterium commune (Radio-diagnostic). Drexler [82], 16.
Métabolisme basal après brûlure. Cope [20], 3.
— carbohydraté. Hayes [25], 28.
— du médiateur nerveux. Svec [138], 6.
Métacarpiens [Ier] (Fractures de la base). G. Ménégaux [86], 13.
Métastases multiples ostéo-cutanéo-pulmonaires du cancer mammaire chez l'homme. Allonche [102], 4.
Méthantéline [Bromide] (Ses effets dans les affection urologiques). J. Lapides [22], 1.
Méthédrine dans le shock traumatique. Ruggiero [12], 2.
Méthode de Lowenfisz, Kusnierczyk [133], 1.
— de Papanicolaou. Tesauro [11], 12.
Méthodes de coloration des tumeurs. Gattner [111], 2.
Méthyl-andro-sténédiol (Action thérapeutique. Lehfeldt [47], 14.
Méthyl-testostérone-Méthyl androstènédiol (Administration pré-ovulatoire) dans la dysménorrhée et les troubles menstruels, Kuppermann [47 A], 10.
Métrorragies après curiethérapie, Lainé [81], 15.
— par hypersympathicotonie, Haran [157], 5.
Miel [Solutions isotomiques de —] (Perfusion): sa valeur dans les suites opératoires, M. Pestel [86], 19.
Moelle épinière (Destructions expérimentales); lipurie. Hermann [49], 1.
— — (Lésions) par fracture cervicale, Carpentier [166], 24.
— — (Lipome intra-dural), M. N. Crosby [71], 12.
— — (Maladie de Hodgkin), Lawes [165], 7.
Moignons d'amputation de jambe et de cuisse (Troubles circulatoires). A. N. Witt [5], 2.
— d'avant-bras (Élongation). Spira [141], 1.
Mongolisme (Brachydactylie héréditaire dans un cas de —). J. Weill [31], 12.
Monilias, W. J. Reich [47 A], 14.
Mort à l'extubation. Mangiavacchi [85], 6.
— subite après injection d'iodoxyl, G. S. Ramsay [122], 8.
Mortaise tibio-tarsienne (Traumatisme). Mayer [23], 11.
Mortalité gynécologique (Étude de 205 cas), Felmus [47], 4.
Moutarde à l'azote, Lawes [165], 7.
Moyens de contraste (Leur action sur la barrière sang-cerveau). R. C. Bassett [71], 5.
– et voies biliaires. Pequignot [87], 5.
— — hydrosolubles nouveaux dans l'étude des hystérogrammes et des hystérosalpingogrammes. M. Roland [47 A], 5.
Mucocèle géante. Castelli [15], 18.
Muguet (Infection post-opératoire) après antibiotiques. Nicora [43], 1.
Muqueuse gastrique (Aspects fonctionnels endoscopiques). Stempien [60], 1.
— — (Prolapsus bénin), Lichstein [148], 23.
— — (— bulbaire). Baistrocchi [156], 12.
— — (— duodénal). Keat [164], 4.
— — (— transpylorique); symptômes, Rappaport [153], 7.
— — (Polypes) et cancer. Kremer [76], 2.
Muscle grand droit abdominal (Hématome spontané). Debray [87], 2.
— ischio - caverneux (Procédé d'écharpe du —) dans l'incontinence d'effort, J. C. Goodwin [47 A], 3.
— psoas (Abcès tuberculeux), Golubovic [140], 3.
— scalène antérieur (Syndrome). Blain [25], 51.
— squelettique (Rhabdomyosarcome), Pack [25], 57.
Muscles (Hématome), pathogénie, Konjetzny [5], 1.
— (Hyper-relaxation) dans le traitement des fractures du calcanéum, H. Wendt [7], 14.
— (Régénération). Konjetzny [5], 1.
Myélogrammes lombaires suivi d'opération, Ford [25], 45.
Myélographie, Marchand [81], 3.
Myélome diffus décalcifiant, Monesi [15], 25.
Myélopathie involutive consécutive à une carcinose osseuse, N. Lopez [129], 1.
Myoblastome à cellules granuleuses, F. M. Valentine [47 A], 19.
Myomes gastriques, Pablos Abril [57], 4.
Myosarcome, O. Thomas [25], 9.
Myosite ossifiante progressive, Stringa [15], 20).

N

Narcose (Dynamique du cœur pendant la —), V. Malamani [129], 2.
— par intubation (Est-elle uniquement réservée aux grandes cliniques ?), Weskott [5], 6.
— prolongée à l'évipan-curare, Mellin [7], 28; Jirzik [7], 29.
Nécrose pancréatique, Rose [165], 14.
Néoplasies intra-crâniennes de l'enfance (Étude clinique et pathologique de 129 cas), Martin Bodian [9], 12.
— du ligament large, Robecchi [44], 5.
Néoplasmes intra-crâniens (Diagnostic et localisation), Yuhl [20], 5.
— fémoraux, Évans [123], 9.
Néphrectomie pour néphropathie unilatérale, Tremblay [87], 7.
— sous-capsulaire, Kimbrough [23], 30.
— thoraco-abdominale, Wesolowski [133], 4.
Néphropathie (Diagnostic), Weyeneth [50], 2.
Néphropexie au Perlon, Müller [7], 21.
Nerfs (Section); durée de la fonction neuro-musculaire après, W. M. Landau [71], 8.
— intercostaux (Blocage bilatéral) dans la chirurgie de l'abdomen supérieur, R. W. Bartlett [25], 44.
— crâniens [Dernières Paires] (Atteintes multiples) par méningiome, Chavany [86], 11.
— splanchniques (Blocage), Dale [25], 1.
Neurinome acoustique (Fonctions acoustique et vestibulaire), Kristensen [69], 1.
— du plexus brachial (Cas rare), P. Mosetti [14], 3.
— de la paroi thoracique, Carrozzini [14], 2.
Neurochirurgie (Hypotension contrôlée), James [121], 6.
— des mouvements anormaux, Fénelon [66], 1.
— trigéminale, Philippides [99], 4.
Neurofibromatose diffuse, Hensley [37], 18.
Neurofibrome, de Matteis [11], 8.
Neuromusculaire sous-scapulaire (Dispositif), Castellanos [120], 3.
Neuropathie sensorielle et cancer œsophagien, Dodgson [153], 5.
Névralgie du trijumeau (Neurochirurgie), Philippides [99], 4.
Nez (Gliome), Kristensen [135], 1.
Novocaïne (Intolérance cutanée à la —); cas nouveau démonstratif (P. J. Michel [91], 5.
Nucleus pulposus (Hernie lombaire); symptômes et résultats du traitement, Posthumus Meyjés [126], 4.

O

Obstruction intestinale par étranglement, J. Cohn [22], 12.
Occlusion intestinale, G. Moran [61], 1; Champeau [89], 7; Courty [97], 1.
Œdème cérébral, Trillot [74], 1.
— en pas de vis, Chevallier [168], 11.
Œsophage (Atrésie congénitale) opérée et guérie par voie transpleurale, B. Duhamel [31], 4.
— (Cancer), Palmisano [128], 3; Dodgson [153], 5; Daniels [145], 8.
— — radiothérapie, Glaninger [76], 4.
— — opération à 2 équipes, Goni Moreno [166], 19.
— ectomie subtotale, Camara Lopes [63], 6.
— (— avancé); gastrectomie totale, hépatectomie, splénectomie, Defeo [156], 3.
— (Dilatation cardiotonique) dans une syringomyélie associée à une ostéo-arthrose grave des coudes, Seiber-Daiker [82], 2.
Œsophage (Diverticule épibronchique), Mialaret [166], 1.
— (Érosions neurogéniques), King [20], 13.
— (Fistule bronchique), Boquien [55], 3.
— (Hernie du hiatus), Steine [145], 6.
— (Néoplasme), Leger [166], 16.
— (Perforation spontanée), J. Y. W. Russell [9], 3.
— (Reflux) après cardioplastie, Forster [81], 6.
— (Rétrécissements cicatriciels), Buisseret [8], 3; [8], 10.
— (Sténose peptique chez une enfant de 4 semaines), B. Duhamel [31], 3.
— (Tumeurs), Ayas [156], 1.
— (Brachy) chez l'adulte, Antoine [81], 7.
— (Méga) acquis par fakirisme, Benzecry [155], 2.
— — et antipéristaltisme, Lacroix [81], 12.
— — (Cardioplastie), Forster [81], 6.
— inférieur (Sténose bénigne); pathogénie et détermination nosologique, V. Consiglio [129], 5.
— thoracique (Diverticules); mécanismes de formation, M. Servello [16], 4.
— — (— de traction) et péri-œsophagite T. Greco [16], 3.
Œsophagectomie subtotale pour cancer, Camara Lopes [63], 6.
Œsophagite [Péri] et diverticules de traction, T. Greco [16], 3.
Œstrogènes (Carence en —); sténose du col, Weber [41], 3.
— dans la vaginite sénile, Zornacki [45], 3.
— et androgènes dans le syndrome ménopausique, Watteville [137], 3.
Ombilic (Adéno-carcinome métastatique), Riemenschneider [47], 18.
Omoplate (Surélévation congénitale); néoformations osseuses, Kirsch [81], 2.
Omphalocèle, Shannon [25], 16.
Opération de Blalock-Taussig dans la maladie bleue, M. Campbell [122], 4.
— de Brittain, Petracchi [39], 6; Manuel del Sel [39], 7.
— de butée, Wiberg [37], 6.
— de Coffey, Heller [99], 9.
— de dérivation porto-cave, Theron [164], 1.
— de Doleris, Crosetti [166], 4.
— de Ekehorn, Starklint [135], 3.
— de Freyer, Echevarria [119], 3.
— de Hegar, Milewicz [45], 5.
— d'interposition, Rosenfeld [47 A], 9.
— de Jacobœus, Gramazio [11], 9.
— de Millin, Zennaro [51], 4.
— de Rehn, Giese [7], 8.
— de Stein-Estlander-Abbe, Brizio [15], 23.
— de Swensod, Breuer [139], 1.
— de Wangensteen, Finochietto [157], 3.
Opérations (Pronostic), Blanz [7], 7.
— (Radiologie *in situ*), Aurig [7], 17.
Opérés gastriques (Examen post-opératoire), Keutel [7], 1.
Orifice mitral (Mesure), Bayer [64], 2.
Orthopédie (Congrès de Londres 1951), Cavadias [10], 6.
— (Erreurs diagnostiques), Zimmermann [107], 2.
— sous contrôle arthrographique, Guilleminet [30], 3.
Os (Carcinose) et myélopathie involutive consécutive, N. Lopez [129], 1.
— (Coccidioïdiomycose), Dykes [36], 2.
— (Constitution minérale de l' —), T. Conti [129], 3.
— (Dysplasie fibreuse); localisation vertébrale, G. Ledoux-Lebard [86], 15.
— (Echinococcose), Kepetzis [10], 2.
— (Hyperostose corticale), Barba [38], 1.
— (Kyste sous-périosté), Hensley [37], 18.
— (Lésion du scorbut), Silverman [37], 21.
— (Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann), Bonfils [90], 2.

Os (Maladie congénitale) sous l'aspect d'un granulome éosinophile, Garache [82], 5.
— (— de Lobstein) avec cals hypertrophiques, R. Debré [31], 2.
— de marbre, Plotz [145], 10.
- (Néoformations) dans la surélévation de l'omoplate, Kirsch [81], 2.
— (Radiographie); agrandissement, Layani [169], 1.
— (Tumeurs à cellules géantes), Peinado [119], 2.
- iliaque (Lésion), Evans [123], 8.
- de la main et des doigts (Fractures); fixation intra-médullaire, Vom Saal [37], 1.
— tubulaires (Kystes); résection et greffe osseuse, Piccinini [15], 22.
Oscillométrie dans les affections articulaires, Basso [12], 3.
Ossification enchondrale (Trouble), Gruhl [82], 18.
— glénoïdale, Ziegler [82], 25.
— post-traumatique, Prouzet [81], 18.
Ostéite déformante (Dégénérescence maligne), Lièvre [72], 4.
— syphilitique, Layani [72], 6.
Ostéo-arthrite (Injections intra-articulaires), Desmarais [77], 1.
Ostéoarthropathie hypertrophique, Ray [153], 8.
Ostéoarthrose syringomyélique gravissime, Seiber-Daiker [82], 2.
Ostéo-articulaire (Blessure); traitement fonctionnel, Wymer [107], 5.
— (Tuberculose); acide isonicotinique, Harzigeorges [10], 3.
Ostéochondrite disséquante, Green [37], 3.
— du fémur, M. L. Mason [9], 14.
Ostéochondrodystrophie, Farrington [123], 6.
Ostéodystrophie fibreuse, Lhotka [138], 2.
Ostéogènes (Stimulation du cal), Mignogna [12], 12.
Ostéolyse du pied blessé, K. Reinhardt [82], 12.
Ostéomyélite aiguë (Antibiotiques intra-artériels), Righini [15], 15.
— — hématogène (Thérapeutique chez l'enfant), Nuhsbaumer [113], 6.
— subaiguë et chronique, F. D. Dickson [22], 7.
- costale staphylococcique, P. Gautier, Gautier [4], 3.
— simulée par sarcome du péroné, J. N. Wilson [9], 16.
— intra-utérine, Abesser [82], 20.
Ostéopétrose, Plotz [145], 10.
— chez l'adulte, Callender [37], 19.
Ostéophytose vertébrale, Beresford [77], 3.
Ostéopœcilie, Fisk [123], 7.
Ostéoporose, Ryckwaert [87], 4.
- douloureuse post-traumatique, Heyate [87], 3.
Ostéopsathyrose, R. Debré [31], 2.
Ostéose disséminée familiale, Fisk [123], 7.
Ostéotomie de rotation, Platou [37], 4.
Oto-Rhino-Laryngologie (Infections locales en —), Scheiffarth [54], 6.
Ovaire (Arrhénoblastome), Smilley [47 A], 18; Arenas [48], 1.
— (Cystadénosarcome), Strauss [47], 17.
— (Endométriose), Friedersкson [46], 1; [46], 2.
- (Irradiation); arrêts de développement, Portmann [148], 26.
- (Kyste dermoïde), Batson [154], 4.
— (Maladie maligne secondaire), Lloyd-Williams [165], 2.
— (Séminome), Pertynski [45], 6.
— (Tumeurs), A. E. Kanter [21], 8.
— (— à cellules de la thèque); malignité, Rogers [47], 6.
— (— endocrines), A. R. Greene [21], 9.
— (— malignes) et endométriose, Frederikson [46], 2.
Ovaire (Tumeurs masculinisantes), Sieroszewski [45], 7.
Oxygène par sonde nasale, Schmitt [7], 31.
Oxymétrie, Kanousek [138], 5.

P

Padutin-Dépôt en chirurgie, Burckhart [108], 5.
Palais (Brèches), fermeture par greffe cutanée, Lebourg [56], 2.
— (— congénitales); fermeture cutanée, Ginestet [56], 4.
Panaris médical, Morel Fatio [90], 6.
Pancréas (Adénome hyper-insulinique), Barris [153], 4.
— (—langerhansien), Yovanovitch [87], 6.
— (Carcinome), traitement, Th. G. Orr [25], 41.
— (Pseudohypertrophie lipomateuse), Robson [60], 3.
(Lithiase); stéatorrhée, Vachon [168], 7.
- (Maladie fibro-kystique), Scott [165], 1.
— (Nécrose aiguë), Rose [165], 14.
(Néoplasme); influence bulbaire, Gottlieb [60], 4.
— (Rupture sous-cutanée), Havlojova [18], 5.
— (Queue) (Enroulement) dans l'ulcère térébrant de l'estomac, H. Cottier [82], 7.
— annulaire, H. J. Oterdoom [126], 6.
Pancréatite aiguë, Stefanini [15], 1; Fallis [123], 10.
— — (Blocage splanchnique), Dale [25], 1.
— — (Diagnostic), Cantelmo [127], 2.
hémorragique (Albumine sérique humaine), Kenwell [23], 19.
- nécrotique-hémorragique (Mort subite), Burger [41], 1.
Pancréatotomie pour lithiase, Mallet-Guy [166], 14; Vachon [168], 7.
Pancytopénie splénique, Peluffo [40], 2.
Paraganglíome non chromaffine, Barr [148], 16.
Paralysie diaphragmatique post-opératoire, Gage [19], 18.
— infantile (Orthopédie), Exner [107], 1; [107], 3.
— obstétricale, Lee Liebolt [37], 23.
— respiratoire complète (Intubation), Rönling [5], 7.
Paraphimosis (Réduction), Pirner [7], 35.
Paraplégique [Enfant] (Fractures spontanées), Katz [37], 22.
Parotidectomie totale élargie, J.-L. Roux-Berger [1], 2.
Parties molles (Blessures), Traitement fonctionnel, Wymer [107], 5.
— — (Maladies) dans la tuberculose ganglionnaire, Hasche-Klunder [108], 3.
P. A. S. et temps de prothrombine, Novet [79], 1.
Paupières (Cancer des glandes sébacées), Litricin-Radin [140], 5.
Peau (Gangrène du nourrisson), Pierret [98], 1.
— (Greffes en pastilles); indications secondaires, P. Fourrier [2], 5.
— (Mélanomes malins), R. B. Wright [9], 11.
Pelvi-péritonite (Stérilité consecutive), Gomes [48], 2.
Pelviscope pour culdotomie, Doyle [148], 15.
Pénicilline-Sulfamides (Emploi oral) dans les infections pelviennes banales, W. H. Penman [47 A], 13.
Pénis (Cancer); radium, Nicolov [76], 5.
— (Endothéliome), Cornwall [52], 14.
Pénicillinothérapie de l'actinomycose, Lawonn [111], 1.
Peptic ulcer (Chirurgie), Daintree Johnson [121], 1.
— - (Complications), Avery Jones [165], 3.

Peptic ulcer (Résection), Rauch [25], 5.
— — suivi de réticulosarcome, Bukurov [140], 2.
— — perforé, Rea [25], 6.
Péricardectomie, Rapant [139], 9.
Péricardite constrictive (Ectomie), Rapant [139], 9.
— cryptogénétique, Raynaud [169], 6.
Période post-opératoire (Hypertension artérielle), Sazavsky [139], 10.
— — (Ictère transfusionnel), Monges [93], 1.
— — (Métabolisme carbohydraté), Hayes [25], 28.
— — (Perfusion des solutions isotoniques de miel en —), M. Pestel [86], 18.
— — (Urgences abdominales), Cavé [19], 3.
— — (Volvulus cæcal), Jordan [20], 14.
Périoste (Chondrome), Naber [126], 2.
Péritoine (Adhérences); prévention, Hubay [23], 6.
— (Échinococcose pseudo-primitive), J. Bergarache [57], 6.
— [Cavité] (Effets du baryum), Zheutlin [25], 46.
(Granulome mercuriel), Crikelair [20], 19.
Péritonisation [Extra] haute, Bompart [166], 9.
Péritonite aiguë (Antibiotiques intra-aortiques), Carrai [15], 16.
— chyleuse aiguë, Zdenkovic [7], 33.
— encapsulante (Occlusion), Courty [97], 1.
— purulente (Prophylaxie et traitement), H. Kunz [112], 2.
— tuberculeuse (Sténose de la veine splénique), Cruz Hernandez [33], 1.
Perlon [Réseau de —) pour néphropexis, Müller [7], 21.
Péroné [Extrémité supérieure] (Sarcome simulant l'ostéomyélite), J. N. Wilson [9], 16.
Pertes sanguines pendant les opérations gynécologiques, Buchman [47 A], 2.
Pessaire (Son utilisation), W. U. Colmer Jr [47 A], 12.
Phalanges digitales (Autogreffes totales), Arnulf [166], 25.
Phéochromocytome, Peiper [108], 6; [108], 8; Maggio [128], 4.
— (Analyse chimique), Goncalves [158], 1.
— (Physiopathologie), Schermann [161], 1.
Phlébite (Prévention), Nard [96], 1.
— (Séquelles), P. Wertheimer [91], 1.
— post-opératoire (Prophylaxie); données pratiques, A. Chalier [91], 4.
— superficielle chez les tuberculeux, Battesti [94], 1.
Phlébographie dans les artériopathies, Giovannini [15], 3.
Phlébopathies aiguës, Sapiesochin [156], 5.
Phlegmatia cerulea révélant une thrombose ilio-cave, Devambez [4], 6.
— — dolens, Janes [144], 6.
Phosphore ardio-actif dans les ménorrhagies, Mc Laren [122], 5.
Phrénicectomie, Kothe [7], 24.
Physiothérapie respiratoire, Serrano [11], 1.
— utérine (Pseudo-cancer rectal), Reboul [81], 21.
Pied-bot varus équin (Anatomie pathologique), Flinchum [37], 10.
— — — — congénital (Discussion du traitement), J. Cabanac [30], 6.
— brûlé, P. S. London [9], 1.
— (Ostéolyse) après blessure nerveuse par coup de feu, Reinhardt [82], 12.
Pince pour biopsie cervicale, F. Crainz [26], 9.
Plaies opératoires (Hémorragie massive) dues à la transfusion, Friesen [25], 3.
Plasma (Hypertonie), Bénazet [169], 5.
— animal (Administration parentérale), Weitz [108], 7.
Plasmocytome pulmonaire, L. D. Hill [63], 4.
— du vagin, Appelberg [84], 4.
Plastie acrylique tibiale, Chigot [166], 10.
— cutanée pour tendons, Kilian [139], 8.
— — libre de Rehn, Giese [7], 8.
— iléo-colique après gastrectomie, Mc Glove [148], 17.
— précoce de l'articulation de la hanche, A. Dur [113], 7.
— trachéo-bronchique latérale (Vaisseaux conservés pour —), Cadili [14], 6.
Pleuropneumonectomie, Daems [130], 6.
Plèvre (Épanchement) simulé par hernie diaphragmatique, Unger [148], 27.
— (Tuberculose) avec fistule bronchique, Vaksvik [135], 8.
Plexus brachial (Neurinome inclus); cas rare, P. Mosetti [14], 3.
Pneumolyse (Chylothorax), Lange [75], 3.
— (Résultats et complications), Brugger [75], 2.
— consécutive au drainage cavitaire, Lemberger [75], 1.
— extra-pleurale (Hémorragies), Almansa de Cara [120], 2.
— mixte, Brun [130], 7.
Pneumomédiastin consécutif à la dissection en bloc du cou, David Aiken [9], 5.
Pneumonectomie (Dispositifs régulateurs des artères pulmonaires), Cecchi [11], 5.
— pour sarcome, Johnson [25], 53.
Pneumothorax artificiel (Équilibre acido-basique, M. Pepe [16], 6.
— extra-pleural (Corps fibrineux), Di Benedetto [11], 11.
— à soupape après fracture de côte, P. Aumont [86], 10.
— traumatique consécutif à la dissection en bloc du cou, David Aiken [9], 5.
Pneumoventricule spontané non traumatique, Pfeil [148], 24.
Poignet (Angiome); radiumthérapie; difformité, Bayon [15], 8.
— (Difformité de Madelung) après radiumthérapie, Bayon [15], 8.
Point phrénique, Yague y Espinosa [118], 2.
Poitrine (Blessures) chez les civils, Helsey [124], 4.
— (— par écrasement), Noland Carter [23], 5.
— (Traumatismes fermés); opération immédiate, Windsor [165], 9.
Pollakiurie incoercible, Crosetti [166], 4.
Polypes gastriques, Rodkey [150], 4.
papillomateux, Fisher [19], 4.
— recto-coliques, Enquist [25], 13.
Polypose colique et rectale, Petitclerc [144], 3.
Pompe diaphragmatique pour circulation artificielle, J. L. Southworth [22], 6.
Tyson-Bouman pour circulation artificielle, Southworth [22], 6.
Ponction-biopsie du goitre, Süderstrom [134], 2.
— prostatique, Veenema [52], 16.
— rénale, Saad [86], 3.
chirurgicale pour kystes pulmonaires congénitaux, Giraud [31], 7.
— du Douglas (Valeur diagnostique), Casullo [46], 4.
Potassium (Déficience); iléus paralytique, Grieve [164], 5.
Pouce (Contracture congénitale); traitement par dissociation sous-cutanée de la genu synoviale, K. Chiapé [7], 4.
— (Reconstruction), P. Merle d'Aubigné [30], 2.
Poumon (Affections malignes); ostéo-arthropathie, Ray [153], 8.
— (Atélectasie), Baggott [19], 10.
— (Cancer); diagnostic, Œser [106], 1.
— état actuel du diagnostic, Gomez Pimienta [26], 5.

Poumon (Cancer); cytodiagnostic, Tesauro [11], 12.
— — formes pseudo-tuberculeuses, Baudot [90], 1.
— — syndromes douloureux des membres, Ruggieri [128], 1.
— (— opérable), de Muylder [8], 9.
— (— primitif), M. E. de Bakey [25], 38.
— (— professionnel), Boccia [156], 6.
— (Cavernes géantes); chirurgie, Agostini [11], 4.
— — pneumothorax extra-pleural, Zorzoli [130], 9.
— (— tuberculeuses), fermeture de la bronche de drainage, Lezius [130], 5.
— (Collapsus massif), Baggott [19], 10.
— (Échinococcose), cavité résiduelle, Sabbatini [12], 10.
— (Échinocoque), Skrivanek [138], 4.
— (Embolie post-opératoire), P. Santy [91], 7.
— — diagnostic, J. Pouzet [91], 3.
— (Exérèse); histo-anatomie bronchique consécutive, Borelli [11], 6.
— (Hamarto-chondromes), Galy [91], 6.
— (Kystes congénitaux pleins guéris par ponction) chez un nourrisson, Giraud [31], 7.
— (— hydatiques), aspects anatomo-radiologiques, J. Houël [62], 2.
— — —; ectomie, Demirleau [166], 28.
— (Léiomyosarcome), Johnson [25], 53.
— (Maladies chroniques); effet du travail musculaire, V. Martinelli [13], 5.
— (Métastase solitaire); radiothérapie, Gros [81], 10.
— (Plasmocytome), L. D. Hill [63], 4.
— (Plombage au polystan), Abruzzini [11], 3.
— (Résection), l'équilibre acido-basique, M. Pepe [16], 6.
— — pour tuberculose, F. H. Young [122], 1.
— (Tuberculose); chirurgie, Laumonier [96], 5.
— —; chirurgie et ganglioplégiques, Forti [85], 4.
— — plombage, Abruzzini [11], 3.
— — pneumolyse mixte, Brun [130], 7.
— — exérèse, Weiss [99], 2; Biancalana [130], 4; Métras [130], 10.
— — exérèse ou thoracoplastie, de Winter [130], 3.
— — thoracoplastie, Price Thomas [130], 1.
— — état actuel de la résection, J. H. Young [122], 1.
— — résection segmentaire, O. Monod [130], 2.
— —; stellectomie, Megias Velasco [118], 1.
— (— fibro-caséeuse), Golubovic [140], 3.
— (Tumeurs); étude statistique et clinique à l'Institut d'Anatomie pathologique de l'Hôpital de Crémone [1928-1951], Mariani [16], 5.
— (— primitives); aspect radiologique des cavités associées, V. Bollini [83], 2.
— (— simulées par cardiospasme), Reske-Nielsen [135], 9.
— (Valvulotomie), Bendetti-Aprosio [27], 1; H. B. Schumacker Jr [63], 3.
— [Lobe azygos]; opération de Jacobœus, Gramazio [11], 9.
Pression artérielle rétinienne (Élévation unilatérale dans une tumeur cérébrale, A. L. Drew [71], 10.
— cérébrale intra-vasculaire (Étude de la —), B. Woodhall [71], 3.
— veineuse dans les varices essentielles et symptomatiques, Impallomeni [14], 1.
— — périphérique (Variations) par ganglioplégiques, Ciocatto [85], 1.
Priapisme chez l'enfant, E. Menzel [7], 2.
Procaïne intra-artérielle, Oury [55], 2.
Pronostic opératoire (Amélioration), W. Blanz [7], 7.
Prostate et mélanome malin, Berry [52], 11.
— (Abord par voie sacrée), Fabre [166], 15.
— (Adénomectomie sans hypotension contrôlée), Costa [50], 4.
— (— périnéale), Cols Baques [50], 5.
— (Affections); hormonothérapie, Blum [99], 5.
— (Cancer); métastase testiculaire, Potts [165], 11.
— (Hypertrophie); castration, Schmid [7], 11.
— (Ponction biopsie); voie périnéale, Veenema [52], 16.
Prostatectomie (Fermeture vésicale totale), Echevarria [119], 3.
— rétro-pubienne, Zennaro [51], 4; Hrdlicka [139], 5.
— — (Technique), Presman [25], 20.
Prothèse à coiffe ventouse, Hutter [37], 24.
— du membre inférieur, Scholder [30], 1.
— de nylon pour épaule, coude et doigt, Russell [19], 7.
Prothrombine [Temps de] et P. A. S., Norvüt [79], 1.
Protides animales et végétales et constitution minérale de l'os, T. Conti [129], 3.
Pseudarthroses (Traitement), Garofalides [10], 1.
Psycho-chirurgie (Aire du cingulaire et précingulaire), Le Beau [69], 2.
Puberté précose, Hawthorn [93], 2.
Purpura thrombo-pénique, Schrijver [134], 1.
Pyélogramme (Distorsion) par lésion extra-rénale, Yates [52], 15.
Pyéloplastie, Eberhart [52], 3.
Pylore (Hypertrophie) chez l'adulte, Gripenberg [17], 2.
— (Invagination bulbaire) par squirrhe, Feldman [59], 2.
— (Sténose) et hypokaliémie, Sacrez [32], 1.
Pyruvicémie après travail musculaire chez les pulmonaires chroniques (Action de la carboxylase), V. Martinelli [13], 5.

Q

Queue de cheval (Épendymome), Laus [15], 14.

R

Rachis (Cancer métastatique), Young [37], 5.
Radio-cobalt (Rayons thérapeutiques), Broda [76], 6.
Radio-diagnostic des maladies biliaires améliore par acides biliaires, A. M. Berg [25], 42.
— de l'occlusion par sténose colique (Erreurs de radio-diagnostic), Cl. Olivier [86], 14.
— des tumeurs vésicales, A. Pereira [29], 5.
Radiographie abdominale, Gyllenswärd [84], 1.
— biliaire, Joris [8], 8.
— de l'extrémité sternale de la clavicule, Knetsch [82], 6.
— osseuse (Agrandissement), Layani [169], 1.
— per-opératoire, Thalheimer [166], 27.
Radiologie du canal de la veine diploïque frontale, Baruzzi [83], 1.
— des cavités pulmonaires associées aux tumeurs primitives, V. Bollini [83], 2.
— du système cave inférieur, Cernès [81], 1.
— *in situ* per-opératoire, Aurig [7], 17.
Radiomanométrie biliaire par fonction transpariéto-hépatique pré-opératoire, M. Kapandji [3], 1.
Radiothérapie de la périarthrite, Gros [8], 11.
— du cancer mammaire, Gros [81], 9.
— du cancer œsophagien, Glaninger [76], 4.
— des cancers radio-résistants, Grynkraut [160], 1.

Radiothérapie de métastase pulmonaire, Gros [81], 10.
— pré-opératoire dans le cancer, Potié [97], 2.
Radiumthérapie du cancer pénien, Nicolov [76], 5.
— du poignet (Difformité consécutive), Bayon [15], 8.
Radius [Extrémité inf.] (Fractures vicieusement consolidées), Pires de Camargo [39], 3.
Rate (Chirurgie), O. A. Siqueira [29], 4.
— (Métaplasie myéloïde); ectomie, Green [150], 1.
— (Pancytopénie), Peluffo [40], 2.
— (Rupture tardive), Attenborough [122], 6.
Réactions émotionnelles Motilité intestinale), Roth [153], 3.
Recto-colique (Pseudo-mélanose); réversibilité, Casal [61], 3.
— ((Pseudo-polypose), Soullard [168], 5.
Recto-colite hémorragique, Soullard [168], 5; Muller [168], 12.
Rectographie, K. Frech [82], 4.
Rectopexie, Starklint [135], 3.
Recto-sigmoïde (Cancer); chirurgie conservatrice. J. Monereo [57], 7.
Rectum (Cancer); statistique, Grinnel [23], 3.
— — — —; préparation rétrograde intramurale Quer [23], 2.
— — (— sus-ampullaire); ablation abdominale Palma [12], 9.
— (Pseudo-cancer) par amibiase, Vachon [168], 8.
— — après physiothérapie utérine, Reboul [81], 21.
— (Corps étrangers), Seyffarth [7], 36.
— (Impaction cæcale), Samenius [135], 10.
— (Polypes), Enquist [25], 13; Petitclerc [144], 3.
— (— papillomateux), Fisher [19], 4.
— (Résection avec continence); nécrose en amont, Brener [139], 1.
Réflexes vaso-moteurs cutanés (Effets de l'infiltration anesthésique), Hagberg [17], 5.
Reflux urétéral, Rieger [23], 10.
Rein (Biopsie) dans l'hypertension, Gélin [8], 4; [8], 11.
— (Blessures récentes) (Indications), H. Moser [113], 4.
— (Cancer); métastases, Johnson [25], 49.
— (Chylurie unilatérale), Löwgren [134], 6.
— (Défaillance) par kyste hydatique intra-abdominal, D. G. Morris [9], 18.
— (Ectopie), Linton [144], 5.
— (Excision); voie thoraco-abdominale, Wesolowski [133], 4.
— (Fibromyome), R. A. C. Owen [9], 19.
— (Kystes solitaires), Shivers [52], 1.
— (Lipome); rupture sous-péritonéale, Thalheimer [166], 22.
— (Nécrose) dans la splénomégalie, Hladik [18], 4.
— (Ponction-biopsie), Saad [86], 3.
— (Ptose interne); masse épigastrique, Straus [148], 13.
— (Sécrétions endocrines hypertensives), Tremblay [87], 7.
— (Transplantation expérimentale), Dempster [134], 5.
— (Tuberculose); évolution actuelle du traitement, Ducassou [102], 1.
— — urétérite, vessie saine, Küss [86], 8.
— (— expérimentale), Valentino [51], 2.
— (Tumeur de Grawitz) et anémie, A. Hulst [126], 5.
— unique congénital et méga-uretère, Lazarus [52], 5.
— (Voies d'abord) par résection de la XII[e] côte, M. Nicol [2], 3.
Réno-uretéraux (Déplacements), Majone [51], 5.
Résine acrylique autopolymérisable, Woringer [8], 12.
Ressuscitation cardiaque, Juca [161], 3.
Réticulc-lymphoblastome, Monges [168], 3.
Réticulc-sarcome, Filipelli [15], 7; Rilliet [136], 1; Bukurov [140], 2.
Rhabdomyosarcome, Pack [25], 57.
Rhumatisme et cancer, Mazabraud [72], 9.
— chronique (Chirurgie), Pouyanne [96], 6.
Rotule (Duplicité), Wutschke [82], 23.

S

Sacrum (Tuberculose), Piccoli [128], 6.
Sang total (Conservation), Sloviter [147], 1.
Sarcoïde de Bœck, Mc Kursick [60], 6.
Sarcoïdose et purpura, Schrijver [134], 1.
Sarcome botryoïde, Richmond [47 A], 16; Spademan [47 A], 17.
— du cordon spermatique, Pobil [50], 3.
— gastrique, Woimant [89], 8.
— de Kaposi, Bluefarb [149], 3.
— du péroné, J. W. Wilson [9], 16.
Scalp complet, Legrand [97], 3.
Schwannome exogastrique, Hillemand [169], 4.
Sciatique (Myélographie), Ford [25], 45.
Scie et drille électriques, Moreash [144], 10.
Sclérose multiple et traumatisme, Schliack [68], 1.
Scoliose, Galmiche [72], 10.
Scorbut (Séquelle osseuse), Silverman [37], 21.
Sécrétions hypertensives rénales, Tremblay [87], 7.
Sein (Cancer), Flabeau [90], 4.
— — diagnostic précoce, Huguenin [89], 3.
— — et grossesse, Zuckermann [26], 11.
— — dans la maladie de Simmond, Archer [145], 7.
— — diffusion métastatique mammaire interne, Giacomelli [78], 1.
— — opérations élargies, J. L. Brenier [86], 19.
— (— — Tuberculose associés), R. Mineo [13], 3.
— (— occulte), Goulsten [165], 13.
— (— opéré); récidive, Moulonguet [73], 3.
— (— primitif); métastases crâniennes ostéolytiques, Bützler [82], 13.
— (— chez l'homme); métastases multiples, pulmonaires, osseuses, cutanées, Allouche [102], 4.
— (Carcinomes latents), Rabinovitch [19], 9.
— (Tumeurs), Rennie [144], 2.
Selle turcique (Méningiomes du tubercule), Philippides [53], 2.
Séminome ovarien, Pertynski [45], 6.
Séquelles phlébitiques, P. Wertheimer [91], 1.
Sérum albumine humaine iodée, Yuhl [20], 5.
Shock et hémorragie, Clarke [124], 2.
— opératoire (Équilibre calcium-potassium), Perazzo [15], 2.
— traumatique (Blocage sinu-carotidien), Wojtek [6], 3.
— — (Blocage neuro-végétatif), Goffrini, [130], 13.
Sigmoïdite diverticulaire (Étude), L. Piccinni [13], 1.
Sigmoïdoscopie (Appareillage), Blair [23], 32.
Signe de Nesbit, Ratliff [52], 10.
Sinus carotidien (Blocage) dans le shock, Wojtek [6], 3.
— — (Énervation) et hyperfonction surrénale, Bekaert [73], 1.
— — (Réflexe) et sympathicolyse, Lottenbach [64], 1.
— coronaire (Artérialisation), Bailey [148], 11.
— crânio-faciaux (Anomalies); radiologie, Bertolotti [127], 1.

Sinus frontal [Paroi postérieure] (Projection latérale), Ferreri [127], 4.
— maxillaire (Corps étranger), Larochelle [143], 1.
— — (Fibrome vrai), W. Schwab [54], 2.
— — (Infection secondaire), Richter [54], 3.
Sonde nasale à oxygène, Schmitt [7], 31.
Sphincter d'Oddi (Hypertomie); syndromes radiomanométriques de profil, M. Kapandji [3], 1.
— vésical (Mesure du tonus) dans l'incontinence, Hartl [42], 2.
Sphincters de l'anus (Chirurgie conservatrice) dans le cancer recto-sigmoïdien, J. Monereo [57], 7.
— — (Tonus au repos), Inberg [17], 3.
Spina bifida occulta douloureux (Littérature), F. Jelsma [71], 2.
Splénectomie pour métaplasie myéloïde, Green [150], 1.
— pour pancytopénie, Peluffo [40], 2.
— pour purpura, Schrijver [134], 1.
— pour splénomégalie, Sanchez-Cozar [120], 1.
Splénomégalie (Ectomie), Sanchez Cozar [120], 1.
— (Nécrose rénale), Hladik [18], 4.
Spondylite tuberculeuse (Abcès par congestion fistuleux), Behrendt [82], 24.
— (Formation osseuse), Lerch [75], 4.
Squelette (Développement) dans la carence nutritive chronique, Spies [36], 1.
Staphylococcie, P. Gautier [4], 3.
Stérilité chez la femme (Radiothérapie), Bonar [47], 13.
— par pelvi-péritonite, Gomes [48], 2.
Sternum Division verticale); méthode de réparation, O. F. Noël [25], 43.
Streptokinase-streptodornase, Smith [23], 20.
(Action fibrinolytique), Elias Costa [157], 1.
— — intra-veineuse locale, Blaustein [19], 16.
Streptomycine (Son action toxique sur l'appareil cochléaire et vestibulaire), H. Greven [54], 7.
— -Pénicilline (Suppositoires vaginaux) dans l'hystérectomie abdominale et morbidité, Schnall [47 A], 4.
Substances endocriniennes (Effets sur les fractures), Shepanek [23], 24.
antithrombotique, Thiess [108], 4.
Sulfadimétine, Rutenburg [25], 47.
Sulfamidothérapie urinaire, Rutenburg [25], 47.
Suppurations (Streptokinase-streptodornase), Elias Costa [157], 1.
Sympathectomie pour décompensation cardiaque, Flothow [25], 25.
— pour hypertension, Morrissey [121], 5.
— dorso-lombaire chez la femme hypertendue (Son avenir obstétrical), P. Milliez [86], 12.
— lombaire, Palumbo [23], 18.
thoracique pour douleur épigastrique droite, et l'ulcus duodénal en particulier, Bergmann [113], 9.
Sympathique périphérique (Lésions localisées); effets à distance, Champy [170], 4.
Sympatholytiques (Action anticoagulante), Uhry [169], 2.
Syndactylie cicatricielle dorsale, Spadafora [156], 10.
Syndrome d'Arnold Chiari (Malformations vestibulaires), R. Mayoux [53], 1.
— du bassinet postérieur, Carando [51], 3.
— du canal artériel ouvert (Hypertension pulmonaire et dérivation sanguine), Dammann [151], 1.
— de la ceinture scapulaire, J. W. Lord [22], 8.
— post-cholécystectomique, Troppoli [20], 15.
Syndrome de compression cardiaque, C. Benedetti [11], 2.
— costo-transversaire, Romanelli [16], 8.
— génito-colitique, Caffaretto [44], 4.
— hernie diaphragmatique et thromboses veineuses, Lian [86], 1.
— iléal par compression artérielle, Pérez Fontana [40], 1.
— de Looser-Debray-Milkman chez une jeune femme, R. Collet [102], 3.
— de Meigs, Hilliard [148], 28.
— ménopausique (Œstrogènes et androgènes), Watteville [137], 3.
— de niche sans ulcère, Gattner [111], 4.
— péritonéal, Raynaud [169], 6.
— du scalène antérieur et pleurésie, Blain [25], 51.
— de Stein, Heizer [42], 5.
— toxique après transplantation rénale Dempster [134], 5.
Synovectomie coxale, Wilkinson [123], 2.
— scapulaire, Wilkinson [123], 3.
Synoviale (Histochimie), Schejowicz [39], 1.
Synovite villeuse pigmentée, Slullitel [39], 2
Syphilis, Layani [72], 6.
Syringomyélie (Étude radio-clinique), A. Pierazzini [14], 4.
— et dilatation cardio-tonique de l'œsophage, Seiber-Daiker [82], 2.
Syringospora albicans et stellatoïdes (Trouvailles cliniques en leur présence), L. G. Feo [47 A], 8.
Système cave inférieur (Radiologie), Cernès [81], 4.
— neuro-végétatif, (Blocage), Bobbio [130], 12; Goffrini [130], 13.
fonction thyroïdienne, Goffrini [130], 14.
— — (Dystonie); syndrome génito-colitique, Caffaretto [44], 4.

T

Tampons chirurgicaux, Biederman [19], 13.
Technique de Mc Indoe, Pariente [127], 3.
Tendinite, Burman [37], 16.
Tendon d'Achille (Rupture sous-cutanée), anatomo-pathologie et chirurgie, P. Chigot [30], 5.
Tendons (Plastie cutanée), Kilian [139], 8.
— extenseurs des doigts (Tendinite), Burman [37], 16.
Tension artérielle (Élévation) pré- et post-opératoire, Sazavsky [139], 10.
Tératome thyroïdien, Otken [19], 20.
Testicule (Biopsie), Nelson [148], 12.
— (Cancer métastatique prostatique), Patts [165], 11.
— (Descente incomplète), Hamm [145], 2.
— (Ectopie); chirurgie, Kuhne [7], 34.
— (Luxation inguinale traumatique), Rudler [166], 8.
(Tumeurs); pronostic, Thompson [52], 13.
— — traitement, Leadbetter [148], 5.
Tétanos (Anesthésie potentialisée), Bénazet [169], 5.
— (Hibernation et curare); guérison, Boudin [169], 3.
(Indications diagnostiques et thérapeutiques), R. P. Schmidt [70], 2.
— (Zones tétanigènes) en France, Chavannaz [166], 6.
— puerpéral d'origine rare, H. K. Bourus [122], 11.
Tête et cou (Fistules et kystes congénitaux), G. Loebell [54], 8.
Tétraéthylammonium intra-veineux, Inberg [17], 3.
Thoracopages, Idzior [45], 1.
Thoraco-phréno-laparotomie, G. Lagache [4], 2.
— droite, Leger [166], 16.
Thoracoplastie (Cavités résiduelles), Jachia [130], 8.

Thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire, PRICE THOMAS [130], 1.
— apico-axillaire (Temps préparatoire), VALLI [11], 7.
portant sur 5 côtes, W. W. STEAD [63], 5.
Thoracotomie, P. AUMONT [86], 10.
Thorax (Actinomycose); pénicilline, LAWONN [111], 1.
— (Chirurgie); étude physiologique, W. W. STEAD [63], 5.
— — physiothérapie respiratoire, SERRANO [11], 1.
— (Difformités congénitales), LESTER [38], 2.
— en entonnoir, THERKELSEN [135], 7.
— (Interventions); calcul de la perte de sang per-opératoire dans ses rapports avec la transfusion pré-opératoire substitutive, R. ROSSI [16], 7.
— [Paroi] (Neurinome); histopathologie, clinique, radiologie, V. CARROZZINI [14], 2.
Thrombo-angéite oblitérante, R. L. RICHARDSON [122], 9.
— — (Embolie pulmonaire), MURPHY [146], 1.
— — chez le Noir, JOHNSTON [19], 17.
Thrombo-embolies (Prévention), NARD [96], 1.
— (Prophylaxie), SCHWENZER [42], 1.
— (— percutanée), GOOSSENS [109], 2.
— en chirurgie, ALLEN [23], 72.
— en gynécologie, KÖNIG [137], 5.
Thrombo-endartériectomie, A. FASCE [27], 6; GOTFRYD [139], 4.
Thrombo-phlébite (Streptokynase-S. Dornase), BLAUSTEIN [19], 16.
— profonde (Embolie), MURPHY [146], 1.
Thrombose (Substance antithrombotique), THIESS [108], 4.
— ilio-cave révélée par phlegmatia cerulea, DEVAMBEZ [4], 6.
— pulmonaire, JEANNE [150], 5.
— veineuse (Dicoumarol), IZARN [86], 2.
— — et hernie diaphragmatique, LIAN [86], 1.
axillaire, BORETTI [27], 3; GERVAIS [142], 1; JENNINGS [148], 20.
— — extensive au cours des hernies diaphragmatiques, P. SANTY [91], 7.
— — mésentérique, KOLLER [137], 4; LION-CACHET [164], 2.
— — opératoire (Prévention et traitement), TRUCHET [91], 2.
Thyréose (Hyper-) (Thyroïdectomie); étude de 100 cas, GUIHÉNEUC [2], 2.
Thyroïdectomie pour hyperthyréose (100 cas), GUIHÉNEUC [2], 2.
— totale, MAC DONALD [20], 2.
Thyroïdite à cellules géantes, DELANNOY [4], 1.
Tibia (Agénésie); plastie acrylique, CHIGOT [166], 10.
— (Enclouage centro-médullaire), GIRAUD [167], 1.
— [Épiphyse inférieure] (Tuberculose), VERHAEGHE [4], 5.
— [Extrémité sup.] (Éclatement), PIERRA [166], 18.
— [Plateau] (Fractures), GOYO [144], 7.
— — — traitement, KORALEWSKI [5], 4.
Tibio-tarsienne [Mortaise] (Traumatismes), MAYER [23], 11.
Torticolis spastique (Chirurgie), SCAGLIETTI [15], 19.
Trachée-Bronches (Plastie) par vaisseaux conservés), G. CADILI [14], 6.
Trachéotomie dans les blessures de poitrine, NOLAND CARTER [23], 5.
Tractotomie de Fracassi, CARRERAS [156], 17.
— pariéto-frontale, ASTUDILLO [156], 7.
Tractus digestif (Hémorragies); radiologie d'urgence, DELANNOY [8], 1.
— — (— aiguës); gastroscopie, DESNEUX [8], 2.
— gastro-intestinal supérieur (Hémorragie massive), CROHN [148], 18.
Tractus thyréoglosse (Kystes et fistules), VIAGGIO [156], 8.
Transfusion de sang (Appareils pour —), BOSSY [95], 1.
— — (Dispositif), SCADUTO [128], 3.
— — (Usage et abus), STRAUS [148], 21.
— — (Cause d'hémorragie), FRIESEN [25], 3.
— — (Ictères post-opératoires), MONGES [93], 1.
— — intra-artérielle, NABEL [7], 16.
— — pré-opératoire substitutive dans les interventions thoraciques, R. ROSSI [16], 7.
Transillumination gastrique, CELLI [130], 11.
Traumatismes (Chirurgie), CH. G. JOHNSTON [25], 36.
— (Embolie graisseuse), GARNEAU [143], 5.
— et carcinome, KOCH [6], 1.
— et dystrophie adiposo-génitale, MERLI [131], 1.
— et sclérose multiple, SCHLIACK [68], 1.
— abdominaux, WALTER NEAL [20], 21; OLDHAM [124], 3.
— cérébraux, STOVELL [24], 1.
— crâniens, FAUST [68], 2; RIEDEL [68], 3; TRILLOT [74], 1; PLANQUES [74], 2.
— de la guerre atomique (Chirurgie), OGILVIE [124], 7.
— de la main, FLYNN [37], 12.
— osseux, HEYATE [87], 3.
— — (Éburnation algique), COURTY [166], 23.
— pelviens, CHARNLEY [124], 5.
— testiculaires, RUDLER [166], 8.
— thermaux (Fonction thyroïdienne), COPE [20], 3.
— thoraciques, WINDSOR [165], 9.
— tibio-tarsiens, MAYER [23], 11.
— vertébraux, ROEDERER [72], 7; CHARNLEY [124], 3.
— — [Micro], SOLLMANN [108], 2.
— vésicaux, BRODSKY [18], 6.
Travail musculaire chez les pulmonaires chroniques et pyruvicémie secondaire, MARTINELLI [18], 5.
Trichloréthylène (Sa valeur en anesthésie et analgésie), NOWILL [22], 4.
Trilogie de Fallot, PROVENZALE [16], 1.
Trochanter [Grand] (Tuberculose), MICHALATOS [10], 4.
Tromexane, KÖNIG [137], 5.
Trompe de Fallope (Blocage partiel), A. CAMPOS DA PAZ [28], 3.
— — (Implantation intra-utérine) pour occlusion, SWENDSON [47 A], 11.
Tronc porte (Interruption); conséquences, LEGER [166], 21.
Troubles vestibulaires dans le syndrome d'Arnold Chiari et dans les malformations de la charnière occipito-vertébrale, R. MAYOUX [53], 1.
Tubage de caoutchouc de la voie biliaire, LARY [25], 24.
Tube endotrachéal à double lumière, RIBERI [85], 7.
Tuberculeux (Phlébites superficielles), BATTESTI [94], 1.
Tuberculose (Chirurgie), VEYRE [105], 1.
— et appendicite, MANFREDI [128], 2.
— annexielle (Idées actuelles sur la), J. WOOD W. [26], 2.
— coxale (Synovectomie), WILKINSON [123], 2.
— épididymaire, DELZOTTO [51], 1.
— ganglionnaire (Lésions des parties molles), HASCHE-KLUNDER [108], 3.
— — cervicale, CHOFFEL [89], 2.
— — — (Chirurgie), KAISER [137], 9.
— gastrique, LIMENTANI [58], 2.
— génitale chez la femme (Hystérectomie), résultats, PICOT [170], 5.
— ostéo-articulaire (Hydrazide de l'acide isonicotinique), HARZIGEORGES [10], 3.
— pelvienne, BORROW [47], 3.

Tuberculose pleurale (Pleuropneumonectomie), Daems [130], 6.
— — avec fistule bronchique, Vaksvik [135], 8.
— pulmonaire, F. H. Young [122], 1.
— — (Effet d'un abcès du psoas), Golubovic [140], 3.
— — (Chirurgie), Forti [85], 4; Laumonier [96], 5.
— — (— des cavernes), Agostini [11], 4.
— — (Exérèse), Weiss [99], 2; Biancalana [130], 4; Metras [130], 10.
— — (— ou thoracoplastie), de Winter [130], 3.
— — (Plombage au polystan), Abruzzini [11], 3.
— — (Pneumolyse mixte), Brun [130], 7.
— — (Résection segmentaire), O. Monod [130], 2.
— — (Stellectomie), Megias Velasco [118], 1.
— — (Thoracoplastie), Price Thomas [130], 1.
— rénale, Ducassou [102], 1.
— — (Acide isonicotinique), Valentino [51], 2.
— — (Diagnostic), Weyeneth [50], 2.
— — (Thérapeutique), Quénu [86], 8.
— sacrée, Piccoli [128], 6.
— scapulaire (Synovectomie), Wilkinson [123], 3.
— du tibia, Verhaeghe [4], 5.
— trochantérienne, Michalatos [10], 4.
— vertébrale, Lerch [75], 4.
Tuméfactions endo-abdominales, Majone [51], 6.
Tumeurs (Diagnostic), Gattner [111], 2.
— (Filtrats) et cytologie végétale, Emmrich [111], 6.
— bronchiques, Sichel [81], 8.
— buccales, Marquès [81], 1.
— carotidiennes, Barrett Brown [25], 50.
— à cellules géantes, Peinado [119], 2.
— cérébrales, A. L. Drew [71], 10; Ameli [163], 1.
— cervicales, Conley [20], 8.
— du chiasma, Tiwisina [68], 5.
— dermoïdes, Perez Castro [50], 1.
— diaphragmatiques primitives, W. Rausch [82], 10.
— duodénales bénignes, J. D. Briggs [22], 2.
— endocrines, R. R. Greene [21], 9.
— expérimentales, Svec [138], 6.
— gastriques, Delannoy [4], 1.
— de Grawitz, A. Hulst [126], 5.
— invaginantes, Piacentini [15], 4.
— malignes (Étiologie), Blumlein [54], 1.
— mammaires, Rennie [144], 2.
— masculinisantes, Sieroszewski [45], 7.
— à myéloplaxes (Infection), Merle d'Aubigné [166], 11.
— intra-orales, Pilheu [157], 3.
— ovariennes, A. E. Kanter [21], 8 Rogers [47], 6.
— rétro-péritonéales primitives, J. P. Herdman [9], 6.
— pulmonaires (Étude statistique et clinique) [1928-1951], P. L. Mariani [16], 5.
— — primitives, V. Bollini [83], 2.
— rénales, Higgins [20], 7.
— salivaires mixtes, Poilisher [156], 20.
— surrénales, Goncalves [158], 1.
— tératoïdes, Lawson [148], 4.
— testiculaires, Thompson [52], 13; Leadbetter [148], 5.
— urétérales, Keen [52], 6; Senger [52], 7.
— utérines bénignes, L. D. Odell [21], 2.
— vasculaires cérébrales, J. Sommelet [100], 1.
— du IIIe ventricule, R. W. Rand [71], 1.
— vésicales, A. Pereira [29], 5; de Surra Canard [52], 8.
— villeuses, Fisher [19], 4.
— [Pseudo] collagènes, Kestler [77], 2.

U

Ulcération peptique, Sullivan [165], 4.
Ulcère et cancer gastriques, Osmond [165], 10.
Ulcère du diverticule de Meckel, Aitken [125], 1.
— duodénaux multiples, Rognon [168], 1.
Ulcères gastriques térébrants, H. Cottier [82], 7.
— gastro-duodénaux (Crampe épigastrique d'effort); claudication intermittente gastrique, Frumusan [86], 9.
— — (Gastrectomie simplifiée); série de 150 cas sans décès, R. Ganem [103], 2.
— — et cancer gastrique associés, A. C. Vergara [29], 6.
— — perforés, Baistrocchi [156], 16.
— gastro-jéjunaux (Étiologie), Shutkin [59], 4.
— hémorragiques, Sanchez Cozar [120], 4.
— de jambe (Effets d'un enzyme respiratoire), Schwartz [65], 2.
— — chroniques, Watrin [100], 2.
— jéjunaux après anastomose, Steinberg [25], 8.
— peptiques perforés après duodéno-pancréatectomie, Muller [168], 13.
Ulcéreux gastriques (Troubles hépatiques), Trautwein [111], 3.
Ulcus duodénaux, Bergmann [113], 9.
Uretère après cystectomie, Mc Crea [52], 4.
— (Tumeurs primitives), Keen [52], 6; Senger [52], 7.
— [Méga] et rein unique, Lazarus [52], 5.
Urétérocèle bilatérale, Rossi [51], 7.
Urétéro-hydronéphrose; dans les lésions gynécologiques, Klempner [47], 2
Urètre (Diverticule), Khoury [52], 12.
— (Fistules); suppression opératoire, K. Martin [7], 12.
— (Rupture sous-cutanée chez l'enfant), Kafka [18], 7.
— féminin (Diverticule), de Assis [159], 1.
— (Fistules vaginales) par pression du tamponnement, Lehmacher [42], 3.
Urologie (Progrès), Creevy [25], 21.
Utérus (Adéno-carcinome); métastase, Riemenschneider [47], 18.
— (Cancer); diagnostic, Walker [47], 12; Tesauro [114], 1.
— — chirurgie, Bompart [166], 9.
— (Carcinome), Schmitz [21], 6.
— (Duplicité), Lide [47], 5.
— (Énervation) par culdotomie, Doyle [132], 1.
— (Fibromyome); cas rare, Bancroft-Livingston [9], 17.
— (Hémorragie fonct.), Haran [157], 5.
— (Opération d'interposition), S. S. Rosenfeld [47 A], 9.
— (Polypes) et cancer, Kremer [76], 2.
— (Prolapsus total); opération plastique, Milewicz [45], 5.
— (Tumeurs bénignes); traitement, L. D. Odel [21], 2.
— (Ventro-fixation), Crosetti [166], 4.
— [Col] (Cancer); diagnostic, Hirst [47], 7.
— — — étapes de croissance, Zuckermann [26], 1.
— — — groupement par stades; sa validité, Heyman [46], 3.
— — prophylaxie par colposcopie, Hinselmann [76], 1.
— — — métastase iléale, Gerwig [19], 22.
— — — physiothérapie; pseudo-cancer rectal, Reboul [81], 21.
— — — limites chirurgicales, A. F. Lesh [21], 4; Villar [96], 4.
— — — chirurgie élargie, Huguier [90], 5.
— — (— avancé); succès de lacuriéthérapie, K. Weghauft [112], 3.
— — (— stade O), Lachapele [96], 3.
— — (— intra-épithélial), Grasset [87], 1.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS-VIe

LES VOIES BILIAIRES

Par

Guy ALBOT
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Félix POILLEUX
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

et

G. F. BONNET, M. CHAMPEAU, M. CHIRAY, CH. DEBRAY, R. DUPUY,
R. A. GUTMANN, J. HEPP, CL. HOUDARD, CL. OLIVIER, J. TOULET

ACTUALITÉS HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIQUES DE L'HOTEL-DIEU (1952)

Un volume de 290 pages, avec 161 figures. . . . . **2.200** fr.

ATLAS D'HYSTÉROGRAPHIE

Par

P. BROCQ
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

P. MOULONGUET-DOLÉRIS
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

R. MARÍCOT
Attaché de gynécologie à la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

H. HARTMANN
Attaché de consultation de gynécologie à l'Hôpital Tenon.

Un volume de 106 pages, avec 140 figures. . . . . **1.440** fr.

La baisse de 4 0/0 est déduite de ces prix.

Utérus [Col] (Cancer *in situ*), Bourg [8], 6.
— — — — biopsies, Hoffman [148], 14.
— — (Carcinome pré-invasif); pendant la grossesse, Greene [23], 7.
— — (Endométriose), Ranney [47], 11.
— — (Épithélioma glandulaire), Gaudu-cheau [81], 14.
— — (Pince pour biopsie), F. Crainz [26], 9.
— — (Sarcome botryoïde), Richmark [47 A], 16; Spademan [47 A], 17.
— — (Sténose) par carence œstrogène, Weber [41], 3.
— (— anormal), Ch. E. Gallaway [21], 3.
— [Corne] (Occlusion), implantation intra-utérine de la trompe selon la technique de dilatation, Swendson [47 A], 11.
— [Corps] (Adéno-carcinome), Mac Cartney [21], 5.

V

Vagin (Absence congénitale); plastie sigmoïdienne, Serafino [41], 2.
— (Brûlures caustiques), Carney [47 A], 7.
— (Cancer); de Moraes [28], 1.
— (Fibrome), Nobili [43], 2.
— (Lésions malignes); cytologie, Kenneth Cuyler [23], 13.
— (Malformation congénitale), Lide [47], 5.
— (Plasmocytome), Appelberg [84], 4.
Vaginite à monilias (Traitement par acide caprylique), W. J. Reich [47 A], 14.
— sénile (Œstrogènes), Zornacki [45], 3.
Vaisseaux (Anastomose) avec maintien de la circulation, Valentino [86], 4.
— (Chirurgie), Hughes [19], 8.
— (Greffes), Di Maria [12], 5.
— (Spasmes) et maladie de Dupuytren, André-Thomas [86], 16.
— axillaires (Vaisseau anastomotique); morphostructure, Rocca-Rossetti [11], 10.
— — (Variation), Rocca-Rossetti [11], 10.
— conservés (Leur emploi pour plastie trachéo-bronchique latérale), Cadili [14], 6.
— fessiers (Hémorragies), Raisch [7], 23.
— périphériques (Artério-sclérose); gangrène après sympathectomie, Woodhall [25], 54.
— pulmonaires (Augmentation du volume sanguin), Baggott [19], 10.
— rénaux (Fistule artério-veineuse), Hamilton [52], 2.
Valvule tricuspide (Malformation d'Ebstein), Broadbent [152], 8.
Valvules mitrales (Mesure de l'orifice), Bayer [64], 2.
— — (Sténose), Govaerts [114], 2.
— — — chirurgie, Varco [25], 56.
— — — chirurgie actuelle, D. Manfredi [13], 2.
— — — — 44 cas opérés, David [143], 2.
— — — commissurotomie, Schweizer [137], 2.
Valvulotomie mitrale (Technique), D. A. Cooley [25], 40.
— pulmonaire, Bendetti Aprosio [27], 1; H. B. Schumacker Jr [63], 3.
Varices (La circulation veineuse locale dans les —), L. Barbieri [129], 4.
— essentielles et pression veineuse, Impallomeni [14], 1.
Varicocèle et hernie, Br. Ribeiro [29], 1.
Vascularisation cérébrale (Inversion), Torkildsen [69], 3.
Vaso-activité des anticoagulants, P. Matis [113], 1.
Veine axillaire (Thrombose), Boretti [27], 3; Gervais [142], 1.
— — — chez un donneur de sang, Jennings [148] 20.
— cave (Autogreffes), Nabatoff [23], 9.
— — inférieure (Résection expérimentale), Nabatoff [23], 9.
Veine cave splénique (Sténose) après péritonite, Cruz Hernandez [33], 1.
Veines (Extracteur), Zollinger [25], 31.
— (Injection de particules), Dobson [134], 3.
— variqueuses (Pathogénie), Pinlachs [65], 4.
Veinographie portale par injection intra-splénique, Milnes Walker [9], 13.
Ventricule cérébral latéral droit (Épendymome), Money [165], 12.
Ventricules cérébraux [III^e] (Tumeurs de la partie supérieure), R. W. Rand [71], 1.
Ventilation-Circulation (Étude comparée dans les cancers broncho-pulmonaires), R. Kourilsky [62], 1.
Ventrofixation utérine (Complications), Crosetti [166], 4.
Vertèbres [Corps] (Chirurgie directe), Johnson [37], 2.
— cervicales [III^e] (Fractures de l'arc postérieur), Carpentier [166], 24.
Vésicule biliaire (Cancer), Huerta [57], 2.
— — (Carcinoïde), Barnes [25], 18.
— — (Fistule duodénale), Bianchi [131], 2.
— — (Radiologie) sans opacification, Stevenson [148], 2.
Vessie (Blessures), Prather [145], 5.
— (Caillots de sang); évacuation, Smith [23], 20.
— (Calcul diverticulaire), Dotta [27], 5.
— (Diverticule), Scardino [52], 9.
— (— calcul géant), J. S. Dotta [27], 5.
— (Exstrophie), Heller [99], 9; Harlin [145], 1.
— (Innervation), Mc Crea [22], 9.
— (Traumatismes), Brodsky [18], 6.
— (Tumeurs); diagnostic, Pereira [29], 5.
— (— chez l'enfant), de Surra Canard [52], 8.
— (— dermoïdes), Perez Castro [50], 1.
— [Col] (Abord rétro-pubien chez l'enfant), Young [23], 16.
Vitamine A. (Prophylaxie du cancer), Seeger [109], 1.
— B2 (Déficience tératogène), Günd [31], 1.
— B6 (Son influence sur le processus de guérison des fractures, Astorri [14], 7.
Voie biliaire commune (Anastomoses); effets du tubage, Lary [25], 24.
— — — (Occlusion) après exploration, Edwards [20], 6.
— — — (Valeur post-opératoire), Sterling [59], 1.
— — principale (Sténose); drainage externe prolongé, Kourias [167], 3.
Voies aériennes et digestives supérieures (Cancer), Turcot [143], 3.
— biliaires (Affections aiguës); indications opératoires ? Starlinger [113], 5.
— — (Calculs); destruction spontanée, W. Rausch [82], 11.
— — (Drainage externe), Kourias [167], 3.
— — (— transvatérien), Salembier [167], 2.
— — (Dyskinésies); syndromes radiomanométriques de profil, M. Kapandji [3], 1.
— — (Fistule externe spontanée), Drassdo [109], 4.
— — (— spontanée), Dierckx [8], 5;
— — (Lithiase); récidive, Stutzbach [106], 2.
— — (Maladies); radio-diagnostic amélioré par acides biliaires, A. M. Berg [25], 42.
— — (Manométrie, radiologie), Joris [8], 8.
— —(Réactions aux moyens de contraste), Pequignot [87], 5.
— — extra-hépatiques (Atrésie congénitale), Moore [23], 27.
— — et intra-hépatiques (Étude cholécystographique), Le Canuet [55], 5.
— digestives (Fistules int.), Laux [82], 15.
Vomissement post-opératoire (Difenidramine), Lo Jacono [85], 5.
Vulve (Hématome), Starzewski [45], 8.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

MARS 1953

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 273.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. 69, n° 3, Mars 1953. — **H. Redon** et **J. Lacour.** Technique d'amputation large du sein avec ablation des muscles pectoraux et triple curage mammaire interne, sus-claviculaire et axillaire (1). — **G. Cerbonnet** et **Cl. Couinaud.** Rupture spontanée de l'œsophage (2). [1]

Revue de Chirurgie (PARIS), an. 72, n° 3-4, Mars-Avril 1953. — **R. Fontaine, P. Warter, R. Raber** et **C. Bollack.** Contribution à l'étude des vrais et faux diverticules sous-cardiaques de l'estomac. A propos de deux observations personnelles (1). — **J. L. Brenier.** La chirurgie élargie du cancer du sein. Essai de classification (2). — **A. Dujardin** et **M. Nicol.** Contribution à l'étude des cancers multiples primitifs du gros intestin. A propos de sept observations inédites (3). [2]

Lyon Chirurgical, t. 48, n° 2, Février-Mars 1953. — **P. Wertheimer** et **G. Allègre.** Sur le traitement chirurgical des hémorragies intra-cérébrales non traumatiques (1). — **P. Frank** et **R. Kieny.** Diverticule vrai de la 1re portion du duodénum (2). — **P. Mallet-Guy** et **M. Gangolphe.** Le risque opératoire dans la lithiase cholédocienne ; mode de détermination (3). — **M. Lopez Esnaurrizar.** Traitement chirurgical de l'asthme dit essentiel (4). — **J. Marion.** Enquête sur les résultats éloignés du traitement chirurgical des fractures de la rotule ; indications et modalités de la patellectomie (5). [3]

Marseille Chirurgical, an. 4, n° 4-5, Septembre-Décembre 1952. — **J. Lamy, H. Sarles, A. Cartier** et **C. Guigou.** Valeur comparée des différentes explorations fonctionnelles des voies biliaires (1). — **M. Salmon.** La splénectomie d'indication médicale tactique, résultats ; indications, réflexions (2). — **A. Picaud** et **J. Poucel.** Quelques vérités premières applicables aux fractures fermées des deux os de la jambe (3). — **X. Sérafino.** Essai de justification des thérapeutiques sympathiques dans les ostéopathies infectieuses ostéolysantes (4). [4]

Bordeaux Chirurgical, fasc. 4, Octobre 1952. — **Dufour, Castaing, Conardeau** et **Bricaud.** Hernie diaphragmatique avec mégadolichocôlon, opérée ; résultat fonctionnel pulmonaire éloigné (1). — **J. Magendie.** 125 cas de rachianesthésie à la tétracaïne (2). — **R. Tingaud.** 10 cas de thrombo-angéites traités par surrénalectomie (3). — **Tajan** et **Cl. Massé.** Description d'un électropiézographe enregistreur (4). [5]

[*Supplément*] 1er **Congrès du Chapitre Français du Collège International des Chirurgiens.** — **E. Aubertin.** Point de vue du médecin sur le problème du traitement chirurgical de l'hypertension (5). — **R. Bahuet.** Les anesthésies potentialisées (6). — **Broustet** et **Dubourg.** Chirurgie de l'hypertension artérielle (7). — **R. Darmaillacq.** Résultats à distance de sympathectomies dorso-lombaires pour hypertension (8). — **Darricau** et **Colbert.** Un curieux anévrysme (9). — **M. Iselin.** Us et abus des antibiotiques dans les plaies et infections chirurgicales (10). — **H. Laborit.** L'hibernation artificielle ; notions générales (11). — **J. Ma-**

[5] **gendie.** 125 cas de rachianesthésie prolongée à la tétracaïne (12). — **G. Pélot.** Nouveau procédé d'anastomose vasculaire (13). — **Riser, Lazorthes, Ribaut, Lacapère et Gleizes.** Chirurgie de l'hypertension artérielle maligne par sympathectomie et surrénalectomie associées (14). — **J. Auché.** Des évidements du cou pour cancer bucco-pharyngé (15). — **B. O. Guihéneur.** Soins pré-, per- et post-opératoires des thyroïdectomies pour hyperthyréose (16). — **G. Portmann.** Chirurgie du carrefour aéro-digestif (17). — **Ch. M. Gros.** Chirurgie et radiographie du sein (18). — **P. Laumonier et J. Depaulis.** Kystes bronchogéniques du médiastin (19). — **W. Babcock.** Mesures réduisant la mortalité et la morbidité en chirurgie abdominale (20). — **H. D. Trimpi.** Colite ulcéreuse inguérissable médicalement ; problème chirurgical (21). — **L. Brodny et H. Hershman.** L'énigme des tumeurs rétro-péritonéales (22). — **J. Bouvier.** Occlusion par étranglement transmésocolique de la totalité du grêle et du côlon droit (23). — **J. Cahen.** La voie abdominale dans le cancer du rectum ; résultats (24). — **F. B. Campbell et R. B. Samson.** Colostomie du transverse dans la colite ulcéreuse (25). — **L. Diamant-Berger.** La gastrectomie de sécurité (26). — **U. Grant-Dailey.** La phréno-vagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique (27). — **H. Grenet.** Intérêt des dosages de masse sanguine dans le traitement des hémorragies graves des ulcères gastro-duodénaux (28). — **Ch. Mirallié.** La place de la chirurgie dans le traitement des ptoses gastro-coliques (29). — **L. Leger.** La phlébographie portale par injection transpariétale intra-mésenchymateuse splénique (30). — **Mousseau.** Résection recto-sigmoïdienne pour angiomatose (31). — **J. G. Probstein.** Le rôle de la chirurgie dans la pancréatite (32). — **A. Ameline.** Les hernies du Douglas (33). — **W. Diethelm.** Le programme de Toledo pour la détection précoce du cancer utérin (34). — **J. Magendie.** La triple opération périnéale dans la cure des prolapsus génitaux (35). — **V. P. Mazzola, N. J. Mazzola, Mitchell et Bottone.** Fistule vésico-vaginale après hystérectomie abdominale totale (36). — **S. O. Moseley.** Hystérectomie rétrograde pour gros myomes adhérents pelviens (37). — **Darget et Ballanger.** Radiumthérapie de l'hypertrophie prostatique (38). — **R. Darget et Ballanger.** Anastomose latéro-latérale de l'uretère et de l'intestin (39). — **R. Darget.** Chirurgie des plaies chirurgicales de l'uretère (40). — **Darget, Meyer et Ballanger.** Implantation intra-testiculaire de pellets d'œstrogène dans le cancer prostatique (41). — **J. Lange** Calculs de l'uretère pelvien (42). — **Létac.** L'anastomose urétéro-sigmoïdienne latéro-latérale; technique personnelle (43). — **Neveu et Jonadet.** Un cas de suture de l'uretère (44). — **G. Pélot.** Ruptures de l'uréthre membraneux (45). — **J. F. Brailsford.** Ostéo-arthrite des articulations coxales (46). — **A. Chauvenet et A. Colas.** Fracture luxation exceptionnelle du rachis dorsal ; intégrité médullaire (47). — **Diamant-Berger.** L'arthrodèse vertébrale au greffon souple (48). — **Dorbes.** Luxation de la colonne vertébrale atteinte de spondylarthrite ankylosante antérieure (49). — **R. Guérin.** Greffes vertébrales vissées (50). — **L. Pouyanne.** Greffe vertébrale et laminectomie (51). — **A. Ricard.** Laminectomie et greffe vertébrale (52). — **A. Wallet.** Cure chirurgicale de l'arthrose goutteuse du gros orteil (53).

[6] **Der Chirurg** (Berlin), an. 24, fasc. 3. Mars 1953. — **M. Schwaiger.** Les limites de l'indication du traitement par la résection du cancer bronchique (1). — **H. Vietzen.** Problème du diagnostic broncho-graphique des tumeurs (2). — **P. Wilflingseder.** Observations nouvelles et expériences du blocage ganglionnaire médicamenteux pendant l'opération (3). — **P. Gang et H. Franke.** Sur les tumeurs du thymus et leur importance chirurgicale (4). — **F. Rehbein.** Le traitement opératoire de l'atrésie congénitale de l'œsophage (5). — **N. Stober.** La crampe musculaire tétanique et l'influence sur elle de l'injection intra-lombaire de gluconate de calcium (6). — **F. Hollenbach.** Technique de l'opération radicale du cancer gastrique (7). — **H. Junghanns.** Résection gastrique dans la maladie ulcéreuse avec demi sommeil au scophedal (8).

[7] **Monatschrift für Unfallheilkeilkunde** (Berlin), an. 56, fasc. 3, Mars 1953. — **F. Dubitscher.** Constatation sur 1 000 traumatisés cérébraux à la base de procès-verbaux de soins (1). — **E. Wildbolz et F. Jenny.** Idées sur l'hypertension rénale post-traumatique (2). — **H. Greiner.** Commotion du cœur en cas d'hypertrophie du cœur. Contribution clinique (3).

[8] **Zentralblatt für Chirurgie** (Leipzig), an. 78, nº 8, 1953. — **M. Krabbel.** Technique de l'opération du goitre (1). — **C. Vohnout.** Léiomyome de la portion inférieure de l'œsophage (2). — **K. Kremser.** Volvulus chronique « en pendule » de l'estomac (3). — **F. Ziegler et W. D. Wahl.** Évolution du tableau clinique dans le passage d'un calcul du bassinet dans l'espace rétro-péritonéal avec large intégrité des fonctions rénales (4). — **H. Seyfarth.** Transplantation de tissu spongieux selon Matti (5). — **F. Dammann.** Les stimuli additifs et leur signification pour la pathogénie et la thérapeutique (6). — **K. H. Köhler.** Valeur de la scopolamine pour combattre la douleur avant les interventions chirurgicales (7).

[9] **Bruns Beitrage zur klinischen Chirurgie** (Munich), vol. 186, fasc. 1, 1953. — **W. Felix.** Sur la relaxation diaphragmatique (1). — **W. Gaertner.** Les atrésies et sténoses de l'intestin dans le cadre de l'iléus chez les nouveau-nés (2). — **A. Ravelli.** Le triangle du calcanéun comme siège de kystes-hématomes (3). — **M. Goes.** Classification des sarcomes des parties molles selon le stade de la maladie (4). — **U. Graff.** Anastomoses du gros intestin en tant que maladie (5). — **H. Kühne.** Contribution à la connaissance des vaisseaux lymphatiques (6). — **E. Ungeheuer.** Expériences de l'extirpation rectale abdomino-sacrée en deux temps (7). — **K. Adams.** Tumeurs des glandes sudoripares. Contribution à la clinique et à la pathologie des tumeurs rares de la face (8). — **H. Marwege.** Hernie épigastrique et hémorragie gastrique (9). — **M. A. Schmid.** Le comportement des phosphatases basiques du sérum au cours de la formation du cal dans les fractures (10). — **G. Meins et A. Manz.** Effets de la transplantation de la muqueuse vésicale dans les pertes de substance osseuses expérimentales (11).

Fasc. 2. — **G. H. Gruber.** Orifices du diaphragme, hernies diaphragmatiques et pertes de substance du diaphragme (12). — **E. Melchior.** Guérison d'une fistule pancréatique externe par union spontanée gastro-pancréatique (13). — **H. Wild.** Fistules dans la sphère abdominale (14). — **W. Lechtenberg.** Chimiothérapie intra-péritonéale avec du Ladogal (15). — **A. Ochmann.** Neuromes diverticulaires du tractus gastro-intestinal (16). — **H. W. Planitz.** Appendicite chronique (17). — **H. Kühne.** Carcinome gastrique au niveau du pylore (18). — **F. Bandmann.** Carcinome au niveau de l'anneau de gastro-entérostomie (19).

— **W. Wepler et A. Kluge.** Anatomie et pathologie des trous intervertébraux de la colonne lombaire chez l'homme. Contribution au problème de la protrusion discale lombaire (20). — **U. Graff.** Nouveaux résultats du traitement des pseudarthroses par apposition de fragments osseux selon Phemister (21). — **F. Pirner.** Métastase cancéreuse des nerfs périphériques (22). — **J. Keudel.** Prolapsus anal chez les enfants. Traitement conservateur ou opération (23). [9]

Acta Chirurgica Belgica (Bruxelles), nº 1, Janvier 1953. — **W. Cloetens, D. De May et P. Wiringen.** Résultats cliniques, indications et complications de la ligature de la veine cave inférieure dans les cardiopathies décompensées (1). — **A. van Wien.** Un geste utile : l'opération de Noble (2). — **G. Desenfans.** A propos de la maladie du semi-lunaire (opération de Persson) (3). — **Ch. de Muylder.** Les cancers du poumon opérables (4). — **M. E. Lauwers.** A propos du traitement des ulcères perforés (5). [10]

Nº 2, Février. — **F. de Clercq, A. de Coster, G. Melot, A. Bollaert, A. Dumont et A. Duprez.** L'angiopneumographie dans le cancer bronchique. Critères d'opérabilité (6). — **J. Lorthioir Jr.** La suture immédiate dans la réparation des tendons de la main (7). — **E. Joris.** Deux années de manométrie et de radiographie biliaires (8). — **R. Van Hove.** Bases physiques de la chirurgie des phlébites (9). — **E. Henrotin et R. Veroft.** Greffes vasculaires et banque d'artères. Étude expérimentale (10).

Cirugia Ginecologia y Urologia (Madrid), vol. 5, nº 1, Janvier 1953. — **J. Pi-Figueras.** La chirurgie des tumeurs du rectum (1). — **J. Miguel Urrutia et O. L. de Goycoechea.** Bronchectasie, indications et résultats du traitement chirurgical (2). — **T. A. Moreno Lopez.** Réponse étrange à la pénicilline (3). — **L. Dominguez Navarro.** Lymphosarcome du pancréas (4). — **M. G. Portela et C. Roca Garcia.** Plaie par corne de taureau du ventre avec éviscération et déchirure du pédicule vasculaire et urinaire du rein ; hémostase spontanée (5). — **J. Picatoste y Picatoste.** Lithiase multiple simultanée de l'appareil urinaire (6). — **J. L. de la Mano Marcos.** Lésions multiples rénales, cancer, tuberculose et lithiase d'un seul rein (7). — **A. de la Pena et J. L. de la Mano.** Néphrectomie transthoracique pour lithiase géante du rein (950 gr) (8). [11]

The British Journal of Surgery (Londres), vol. 40, nº 163. Mars 1953. — **J. A. Shepherd.** États angiomateux du tractus gastro-intestinal (1). — **J. D. Fergusson et L. M. Franks.** Réponse du carcinome prostatique au traitement par les œstrogènes (2). — **A. J. M. Reese.** Carcinome mammaire bilatéral (3). — **A. V. Bird et R. A. Krynauw.** Maladie de Lindau (4). — **R. E. P. Tagart.** Cæcite phlegmoneuse aiguë (5). — **I. Mackenzie et H. A. R. Hamilton.** Artériographie (6). — **I. M. Hill.** Une méthode d'angiocardiographie (7). — **W. J. Dempster.** Homotransplantation rénale (8). — **D. Tibbs.** Hémangiomes métastasiants (9). — **J. E. Richardson.** Prolapsus chronique du jéjunum après gastro-entérostomie (10). — **H. Orishejolomi Thomas et D. B. Jelliffe.** Neurofibrome géant du grand épiploon (11). — **M. V. P. Peiris et G. H. Cooray.** Léiomyosarcome de la vessie (12). — **A. L. Goodall et R. C. Curran.** Un cas de cystosarcome phyllodes (13). — **M. L. Mason.** Fractures intra-capsulaires du col du fémur (14). — **R. Smith et N. F. C. Gowing.** Carcinome œsophagien avec une apparence histologique simulant un « carcino-sarcome » (15). — **P. H. T. Thorlakson, I. W. Monie et F. K. Thorlakson.** Encapsulation péritonéale anormale de l'intestin grêle (16). — **J. W. P. Gummer.** Sarcome rétro-péritonéal (17). — **R. E. Gibbins et W. St. C. Symmers.** Invagination chronique consécutive à l'inversion du diverticule de Meckel contenant un « peptic ulcer » chronique, des tissus hétérotopiques et un lipome (18). — **G. F. Cassie.** Mastite à cellules plasmatiques (19). — **D. R. Barnes et B. J. Dreyer.** Hernie interne supravésicale (20). — **I. W. MacPhee.** Pancréas annulaire (21). — **V. S. Brookes.** Hernie diaphragmatique intra-péricardique (22). — **J. L. Emery et S. A. Doxiadis.** Angiome caverneux du médiastin chez l'enfant (23). — **H. B. Young.** Phytobézoard peu banal avec des complications multiples (24). [12]

Archivum Chirurgicum Neerlandicum (Arnhem), vol. 5, fasc. 1. 1953. — **H. J. Groenendijk, W. A. Bax et J. Ten Kate.** Vésicule biliaire double (1). — **A. J. Cohen.** Lésions du carpe (2). — **E. J. Moeys.** Chirurgie de la sténose aortique isolée (3). — **M. W. Van Weel.** Importance de la pancréatico-duodénectomie dans le traitement des tumeurs de la région de la tête pancréatique et de l'ampoule de Vater (4). — **L. A. Boere.** Nouvelles méthodes de contrôle de la douleur post-opératoire (5). — **W. F. Suermondt et J. W. Ijdens.** Traumatismes rénaux (6). — **W. F. Suermondt.** Achalasie du cardia (7). — **M. J. Kingma.** Observations sur la résection dans le traitement des tumeurs malignes du squelette (8). — **J. H. Zaaijer.** Vérification opératoire des discogrammes (9). [13]

Il Policlinico [*Sezione Chirurgica*] (Rome), vol. 60, nº 1, Février 1953. — **F. Baisi.** Faits et hypothèses au sujet de la pathogénèse de la bile opaque (1). — **G. Marcozzi.** Fréquence et diagnostic précoce de la phlébothrombose post-opératoire des membres inférieurs (2). — **E. Chiarolanza.** Artérites allergiques expérimentales (3). — **M. De Sanctis.** La résection gastrique et ses complications (4). — **F. Jorio.** Sur le traitement des abcès froids de la paroi thoracique (5). [14]

Giornale Italiano di Chirurgia (Naples), vol. 9, nº 1, Janvier 1953. — **R. Nicolono.** Sur l'ictère post-opératoire des gastrectomisés pour ulcère duodénal (1). — **L. Marogna.** Sur l'hydronéphrose bilatérale par vaisseaux polaires ; pathogénèse, diagnostic et thérapeutique (2). — **B. Rocco et G. Collini.** L'influence de la pénicilline sur la coagulation du sang (3). — **L. Peruzzo et U. Stringa.** Le facteur diffuseur dans le traitement des hématomes traumatiques (4). — **C. Sabbatini.** Le syndrome hyperpyrétique post-opératoire chez l'adulte (5). — **F. Castellano et G. Ruggiero.** Méningiomes de la fosse postérieure (6). [15]

Chirurgia (Milan), vol. 7, fasc. 6, 1952. — **G. Oselladore, C. Gagliardi et G. Luzzatti.** Quelques vérités méconnues au sujet du soi-disant goitre postérieur (1). — **L. Peruzzo et F. P. Scopetta.** L'action des ganglioplégiques sur le rythme cardiaque dans les interventions endothoraciques (2). — **A. Giberti.** La thyréopathie de Hashimoto (3). — **O. Colombo.** Traitement des fractures rotuliennes ; résultats (4). — **L. Molinengo.** Chorio-épithélioma de l'utérus (5). — **G. Taccani.** Granulome éosinophile de l'iléon (6). [16]

[17] **Minerva Chirurgica** (Turin), an. 8, nº 2, 31 Janvier 1953. — **P. F. Angelino, A. Actis-Dato et V. Levi.** Modifications électrocardiographiques au cours de l'angiocardiographie (1). — **L. L. Bracco.** Circulation artérielle de la main ; anatomie chirurgicale (2). — **N. Masera.** Un cas de tuberculose isolée du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche (3). — **T. Uberti.** De l'hémangiome caverneux des muscles squelettiques ; problème diagnostique (4). — **C. Cavallini, Francolini et E. Lodigiani.** Recherches expérimentales sur l'emploi de la streptodornase-streptokinase et des ferments pyolytiques et fibrinolytiques d'origine pancréatique dans la prophylaxie des adhérences péritonéales post-opératoires (5). — **A. Pirovano.** La leucotomie pré-frontale dans l'intoxication morphinique expérimentale (6). — **V. Sommariva.** L'influence de l'héparine sur l'œdème pulmonaire aigu expérimental (7).

Nº 3, 15 Février. — **C. Taddei.** Nouvel appareil automatique pour l'exsanguino-transfusion (1). — **G. Oldano et F. Brandimarte.** Antithrombine et complément de l'héparine en période post-opératoire (2). — **G. Catalano.** Importance des facteurs lipotropiques (choline) sur le comportement des lipides dans l'ossification hétérotopique (3). — **A. Riberi.** Diverticulose intestinale. Un cas rare de diverticulose multiple de la première portion de l'iléon (4). — **L. Castello.** Tableau radiologique rare de calculose intestinale (5). — **M. Seveso.** Traitement pré- et post-opératoire et anesthésie dans l'abdomen aigu (6).

Nº 4, 28 Février. — **L. Morelli.** La deshydratation dans l'occlusion intestinale expérimentale (7). — **B. Binda et B. Possenti.** Étude histologique des artères chez les lapins soumis à l'hypersurrénalisme expérimental avant et après surrénalectomie unilatérale avec association ou non d'une médullosclérose contro-latérale (8). — **C. Ricca.** Greffes de cartilage conservé en rhinoplastie correctrice (9). — **D. Foti.** Sur l'hyperazotémie chloropénique de Blum (10). — **L. Giordano.** Hernie inguinale droite étranglée avec diverticule de Meckel (11). — **A. Guerra.** Syndrome cicatriciel douloureux après appendicectomie (12).

[18] **Bolletino e Memorie de la Società Piemontese di Chirurgia** (Turin), vol. 23, nº 25, Février 1953. — **M. Agrifoglio.** Aspects actuels de la pathologie sigmoïdienne (1). — **L. Debernardi.** Étiopathogénèse des sigmoïdites (2). — **V. Bergonzelli, C. Orecchia et D. Riffero.** Le comportement du système histiocytaire dans les greffes osseuses et cutanées autoplastique et homoplastiques (Étude expérimentale) (3). — **L. Solerio et C. Sinistrero.** Sur le comportement morphologique et fonctionnel de l'estomac thoracisé (Recherches sur des sujets ayant subi l'anastomose œsophago-gastrique transthoracique supra-aortique depuis deux ans (4).

[19] **Archivio Italiano di Chirurgia** (Bologne), vol. 76, fasc. 1, 1953. — **M. Forni.** Les arachnoïdites spinales et optochiasmatiques. Leur intérêt en chirurgie (1). — **D. Manfredi et C. D'angelo.** Contribution à l'étude histologique des ganglions du sympathique lombaire dans les artérites des membres inférieurs (2). — **A. Valentino.** Cas rare de liponécrose sous-cutanée multiple (3). — **G. Bocchetti et I. Novi.** A propos de 4 cas de greffe urétéro-colique pour exstrophie vésicale (4).

[20] **Annali Italiani di Chirurgia** (Bologne), vol. 30, nº 1, Janvier 1953. — **C. Morone, et F. Cesarani.** Le rétropneumopéritoine associé à la stratigraphie pour l'étude des glandes surrénales dans les artériopathies chroniques juvéniles (1). — **G. Favacchio.** Recherches expérimentales sur l'emploi de l'éponge de gélatine comme hémostatique dans la néphrorésection (2). — **S. Cassina.** Les suites éloignées de l'ulcère gastro-duodénal perforé et suturé (3). — **A. Dauri.** L'anesthésie dans la chirurgie de la myasthénie grave (4). — **M. Mini et V. Zaffagnini.** Observation radiologique d'une invagination haustrale du cæcum (5).

[21] **Chirurgia Italiana** (Bellune), vol. 6, nº 5, Septembre-Octobre 1952. — **D. Baratto.** Ablation des corps étrangers radio-opaques non cavitaires (1). — **A. Bertieri.** Polype géant de l'œsophage (2). — **I. Pasqualetti.** Fréquence du diverticule de Meckel et l'importance de sa recherche au cours des laparotomies (3). — **E. Ruggeri.** La splénectomie dans les échinococcoses primitives de la rate (4). — **A. Picaro.** La résection hépatique (5).

[22] **Polski Przeglad Chirurgiczny** (Krekov), t. 25, nº 1, Janvier 1953. — **W. Sitkowski.** Toilette de l'arbre bronchique dans les complications pulmonaires post-opératoires (1). — **B. Macheta.** Contribution au traitement opératoire du kyste pulmonaire (2). — **J. Oszacki et M. Lenczyk.** Ulcères gastrique et duodénal perforés (3). — **K. Smolarski.** Une observation de hernie amniotique (4). — **A. Przewoski.** 3 cas d'obstruction intestinale aiguë due au diverticule de Meckel (5). — **J. Kucera.** Néphropexie au moyen d'un réseau de silon (6). — **St. Bak.** Procaïne en injections intra-veineuses dans les affections chirurgicales (7).

T. 26, nº 2, Février. — **St. Bak et Zygulska.** Recherches sur le comportement du glycogène et de l'acide lactique dans le sang des malades après résection gastrique pour « peptic ulcer » (8). — **M. Cegielski.** Les altérations pathologiques du pylore par « peptic ulcer » gastrique éloigné (9). — **J. Kowalczyk.** Traitement de la tuberculose chirurgicale avec l'acide hydrazide isonicotinique (isoniacide) (10).

T. 27, nº 3, Mars. — **K. Michejda et St. Bak.** Diagnostic précoce du carcinome de l'estomac (11). — **T. Fialkowski.** Occlusion intestinale après appendicite (l'occlusion tardive) (12). — **M. Juszczynski.** Un enfant de 3 ans avec gangrène focale des deux pieds (13). — **J. Kucera.** Insufflation de l'espace rétro-péritonéal et son importance dans le diagnostic différentiel des tumeurs rétro-péritonéales (14). — **E. Latala.** Complications pendant et après la prostatectomie de Millin (15).

[23] **Acta Chirurgica Scandinavica** (Stockholm), vol. 104, fasc. 5, 1952. — **L. Troell.** Gastrectomie totale ou non dans le cancer ? (1). — **J. Adams-Ray.** Un cas opéré de ptose hépatique totale fixée (2). — **F. Therkelsen.** Valvulotomie pour sténose pulmonaire pure (3). — **T. Sodergaard.** Valvulotomie pour sténose pulmonaire pratiquée par le tronc principal de l'artère pulmonaire en utilisant un clamp annulaire spécial (4). — **A. Langenskiöld.** La vertèbre d'ivoire dans la tuberculose (5). — **S. Backman.** Luxation-rotation dans les fractures du col fémoral (6). — **L. Löfgren.** Ostéome-ostéoïde (7). — **R. Sandhal.** Rupture du tendon du biceps brachial à son insertion à la tubérosité radiale (8). — **C. Forssell et B. Gothman.** Anesthésie au narcotal-oxyde nitreux et curare en chirurgie générale (9). — **G. Ekström.** Chirurgie du canal artériel ouvert (10). — **F. Franzas.** La tuberculose urogénitale en Finlande avant l'introduction de la streptomycine (11).

Helvetica Chirurgica Acta (Bale), vol. 20, fasc. 1, Mars 1953. — **P. Decker** et **R. Mosimann.** Le traitement chirurgical du cancer du rectum et du bas du sigmoïde (1). — **M. Richard.** Expériences de 7 000 opérations thyroïdiennes (2). — **H. Nigst.** La névrite traumatique du nerf cubital (3). — **J. P. Crosetti, C. A. Muller** et **J. Pettavel.** La clearance du thiosulfate ; épreuve pré-opératoire de la fonction rénale (4). — **G. Grundmann.** Expériences de la thérapeutique par l'alcool intra-veineux (5). — **Z. Seiwerth.** Préparation pré-opératoire et alimentation parentérale post-opératoire avec l'alcool éthylique (6). — **P. Francioi.** La chirurgie des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage (7). [24]

Rozhledy V Chirurgii (Prague), vol. 32, fasc. 2, 1953. — **F. Burian.** L'importance et le développement de la question du traitement des lésions causées par les hautes températures (1). — **V. Kubacek.** Le shock des brûlures (2). — **Vera Hajkova.** Le traitement du shock des brûlures (3). — **Karfik.** L'excision dans le traitement des brûlures (4). — **R. Erdélyi.** Brûlures dues à l'électricité (5). — **Marie Chytilova.** L'éphithélisation des zones étendues dans les brûlures (6). [25]

The American Journal of Surgery (New York), vol. 85, nº 3, Mars 1953. — **A. R. Metz.** L'avenir du traitement du trauma (1). — **Ch. S. Neer, Th. H. Brown Jr** et **H. L. McLaughlin.** Fracture du col huméral avec luxation du fragment de la tête (2). — **C. J. Wagner.** Claviculectomie partielle (3). — **S. R. Gaston, Fr. M. Smith** et **O. D. Baab.** Lésion traumatique épiphysaire de la tête et du col du radius (4). — **W. H. Cassebaum** et **R. B. Hamilton.** Fractures itératives chez les enfants (5). — **W. T. Fitt Jr, B. Roberts** et **I. S. Ravdin.** Fractures dans les carcinomes métastatiques (6). — **F. P. Maibauer** et **W. H. Honor.** Pièges et complications dans l'enclouage de la hanche (7). — **K. Speed.** Luxation traumatique simultanée bilatérale de la hanche (8). — **R. K. Ghormley** et **R. Sullivan.** Luxation traumatique de la hanche (9). — **J. L. Posch.** Ténorraphies secondaires et greffes tendineuses dans les traumatismes de la main (10). — **H. C. Marble** et **Ch. B. Burbank.** Greffes nerveuses dans les mains (11). — **G. F. Crikelair, R. T. Crowley** et **H. Miller.** Conduite à tenir dans le cas d'une atteinte traumatique sévère des extrémités distales des doigts (12). — **R. E. Carroll.** Kyste épidermoïde (épithélial) du squelette de la main (13). — **B. E. McConville.** Traitement conservateur de la douleur lombo-sacrée (14). — **G. E. Haggart** et **W. R. Grannis.** Traitement de la douleur lombo-sacrée et de la douleur sciatique (15). — **D. C. Conzett.** Synoviome malin de la cheville (16). — **J. J. Moorhead.** Traumatisme et rétraction de Dupuytren (17). — **Ch. L. Fox Jr, W. L. Mersheimer, S. Lasker** et **J. M. Winfield.** Études expérimentales sur le traitement du shock traumatique (18). — **W. W. Glas, T. D. Grekin** et **M. M. Musselman.** Embolie graisseuse (19). — **W. Sc. Nettrour.** 2 cas de tétanos à issue fatale, après traumatisme (20). — **H. G. Reiser, L. Roettig** et **G. M. Curtis.** Décapage physiologique sélectif à l'aide d'enzymes tryptiques à effet topique (21). — **S. F. Seeley** et **E. J. Pulaski.** Les substituts plasmatiques. Vue d'ensemble sur les progrès accomplis (22). — **J. P. North.** Le juste milieu dans la substitution sanguine et liquidienne chez les traumatisés (23). — **Cl. L. Kiehn** et **A. Grino.** Greffes osseuses iliaques remplaçant les plaques de tantale dans le traitement des blessures par armes à feu du crâne (24). — **J. Barrett Brown** et **M. P. Fryer.** Greffes osseuses pour larges brèches du maxillaire inférieur (25). — **F. McDowell.** Excision accélérée et greffe dans les brûlures profondes et peu étendues (26). — **A. H. Whittaker.** Traitement des brûlures par excision et greffe cutanée immédiate (27). — **Ch. C. Guy** et **W. A. Wichowski.** Rupture des vaisseaux sanguins par suite d'effort physique intensif (28). — **P. Jordan Jr, T. Hiertonn** et **Ch. G. Johnson.** Remplacement artériel dans les affections traumatiques (29). — **W. W. Greene** et **N. J. Howard.** Rapports entre le traumatisme et les lésions du sein chez l'homme (30). — **J. C. Drye** et **G. Schuster.** Blessures par armes à feu (31). — **M. R. Urist** et **F. C. McLean.** Physiologie locale osseuse, particulièrement en ce qui concerne le processus de néoformation osseuse par induction (32). — **L. G. Herrmann.** Complications vasculaires et séquelles de l'atteinte traumatique du squelette (33). — **O. P. Hampton Jr.** Complications et séquelles infectieuses de l'atteinte traumatique du squelette (34). — **F. Glenn.** Évaluation de la priorité et conduite à tenir dans les lésions traumatiques multiples (35). [26]

Annals of Surgery (Philadelphie), vol. 137, nº 3, Mars 1953. **F. D. More.** Les changements corporels dans la convalescence chirurgicale (1). — **E. M. Aronstam, Cl. H. Schmidt** et **E. Jenkins.** Changements des liquides corporels, métabolisme du sodium et du potassium chez les malades soumis à la chirurgie thoracique (2). — **W. B. Neal Jr, E. R. Woodward, A. E. Kark, P. V. Harper Jr** et **L. R. Dragstedt.** Résection abdomino-périnéale du rectum par la technique des 2 équipes (3). — **C. Reid Edwards** et **G. R. Jennings.** Peptic ulcer; revue de 5 ans (4). — **J. J. McAleese** et **W. K. Steber.** Le problème chirurgical du peptic ulcer de l'estomac et du duodénum dans l'enfance et la jeunesse (5). — **J. J. Noland** et **J. Gordon Lee.** Les duplications du tractus alimentaire chez l'adulte, 3 cas (6). — **R. E. Gross** et **C. C. Ferguson.** Incisions abdominales des enfants et des jeunes ; étude de l'éviscération (7). — **H. A. Davis.** Etudes de la maladie thrombo-embolique. Embolie pulmonaire aiguë au début (48 premières heures), après opération, traumatisme et hémorragie (8). — **W. G. Bigelow** et **J. E. Mc Birnie.** Expériences nouvelles de l'hypothermie pour chirurgie intra-cardiaque chez les singes et les marmottes (9). — **E. D. Grady, S. Krantz** et **P. F. Brown.** Le traitement du cancer par l'injection intermittente de nitrogen Mustard par artères munies de canules (10). — **G. A. Andrews, S. W. Root, H. D. Kerman** et **R. R. Bigelow.** L'or radioactif colloïdal intra-cavitaire dans le traitement des épanchements causés par des néoplasmes malins (11). — **P. W. Hoffert.** Hémorragie gastro-intestinale massive après pancréatico-duodénectomie ; 1 cas et littérature (12). **A. M. Davids** et **G. J. Lesnick.** Reconstruction expérimentale des uretères par substitution de segments d'intestin grêle (13). — **O. F. von Werssowetz** et **C. W. Painter.** La réhabilitation physique d'un amputé par hémipelvectomie (14). — **J. D. Hardy.** Excision d'un anévrysme syphilo-artériosclérotique ; technique et physiopathologie ; 1 cas (15). — **E. A. Bering Jr** et **D. D. Matson.** Technique pour la prévention d'une hypothermie sévère au cours de la chirurgie chez l'enfant (16). — **L. H. Manheimer.** Kyste solitaire non parasitaire du foie (17). — **A. R. K. Matthews** et **E. H. Quandt.** Léiomyome malin du jéjunum (18). — **R. Kerdasha.** Infarctus segmentaire spontané idiopathique du grand épiploon (19). — **J. K. Berman** et **J. E. Hull.** La circulation dans le foie normal ou cirrhotique (20). [27]

[28] **Archives of Surgery** (CHICAGO), vol. 66, nº 2, Février 1953. — **W. J. Reich, M. J. Nechtow, H. E. Silverman, A. Kurzon, J. B. Reich et M. W. Rubenstein.** Vagin artificiel (1). — **H. W. Mayo Jr et L. B. Jenkins.** Transfusion sanguine dans les hémorragies à partir d'une artère isolée (2). — **R. E. Gross, G. W. Holcomb Jr et H. Swan.** Traitement de l'incontinence urinaire et fécale neurogéniques chez l'enfant (3). — **S. Pearson.** Hernie diaphragmatique étranglée (4). — **P. J. Burnham.** Occlusion intestinale aiguë (5). — **F. Ciampa, G. St. Miles et L. Andreson.** Abcès appendiculaire aigu simulant un néoplasme du cæcum (6). — **W. B. Neptune, B. A. Cookson, Ch. P. Dailey, R. Appler et F. Rajkowski.** Transplantation complète homologue du cœur (7). — **J. K. Narat et L. A. Manelli.** Rétrécissement de l'anse efférente après gastrectomie et son traitement (8). — **L. T. Palumbo, L. J. Fox et P. J. Monnig.** Cancer du côlon et du rectum (9). — **St. W. Ascherman.** Carcinome du côlon et du rectum (10). — **E. C. Peirce et J. L. Southworth.** Circuit de pompe pour la chirurgie intra-cardiaque expérimentale du cœur gauche (11). — **J. D. Hardy A. E. Borum, E. J. Pavsek, J. K. Robinson, J. E. Smith et A. F. Zimmerman.** Insuffisance du potassium chez le chien (12). — **L. Walk.** Ponction diagnostique du disque lombaire (13). — **W. Walters.** Adrénalectomie subtotale pour syndrome de Cushing (14). — **J. E. Sutton.** Résection gastrique suivie de gangrène du duodénum et du jéjunum. Guérison (15). — **R. R. Renner, F. Roemer et L. O. Telle.** Résection du lobe hépatique gauche pour kyste échinococcique (16). — **J. L. Yon et L. G. Bell.** Fistule cholédoco-duodénale après ulcère duodénal (17).

[29] **Surgery, Gynecology and Obstetrics** (CHICAGO), vol. 96, nº 3, Mars 1953. — **W. Mathisen.** Méthode nouvelle d'anastomose urétéro-intestinale (1). — **W. H. Bickel, J. Gordon Bateman et W. E. Johnson.** Traitement de l'ostéomyélite chronique hématogène par curettage et greffes osseuses (2). — **H. K. Ransom.** Cancer de l'estomac (3). — **H. A. Young et A. F. Jonas.** Chirurgie combinée et irradiation dans le traitement du cancer du moignon cervical (4). — **B. R. Heinzen, J. C. Kovach et M. Pifer.** Volume du liquide extra-cellulaire chez les malades chirurgicaux (5). — **H. L. Popper et H. Necheles.** Prévention de la stéato-nécrose pancréatique ; étude expérimentale (6). — **J. E. M. Thomson, C. F. Ferciot, W. W. Bartels et F. S. Webster.** Prothèse en forme d'ampoule électrique pour la tête fémorale (7). — **W. E. De Muth Jr.** Utilisation expérimentale du fascia dans la réparation de pertes de substance importantes des viscères creux (8). — **V. K. Pierce, P. Boyan et J. G. Masterson.** Etudes sur la pression veineuse chez les malades ayant à supporter des opérations d'importance (9). — **W. Fry.** Substitution expérimentale intra-pleurale du côlon droit à l'œsophage réséqué (10). — **R. E. Keating, T. E. Weichselbaum, M. Alanis, H. W. Margraf et R. Elman.** Mouvements du potassium dans l'acidose et alcalose expérimentales chez le chien néphrectomisé (11). — **J. B. Graham.** Graduation histologique du cancer du col (12). — **E. M. Colvin et W. M. Morrison.** Valeur de la trachéotomie dans les cas chirurgicaux aigus (13). — **E. A. Ryan.** Hernies récidivantes : analyse de 369 cas successifs de hernies inguinales et crurales récidivantes (14). — **E. B. Helwig et A. Ranier.** Polypes fibroïdes inflammatoires de l'estomac (15). — **M. W. Strearns Jr et G. E. Binkley.** Influence de la localisation sur le pronostic du cancer rectal opérable (16). — **E. E. Wollaeger.** Procédés de laboratoire dans le diagnostic de la pancréatite (17).

[30] **The Journal of the International College of Surgeons** (CHICAGO), vol. 19, nº 1, Janvier 1953. — **R. Charry.** Reconstruction plastique de la hanche au nylon (1). — **M. K. O'Heeron, R. Riddel, J. Bozzell, J. Robison et R. Satterlee.** Maladie maligne de la vessie (2). — **C. F. Storey et B. F. Rothmann.** Résection segmentaire dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (3). — **O. S. Lowsley et A. Rueda.** Suite des expériences d'une opération pour certains types d'impuissance (4). — **F. B. McGlone.** Problèmes médicaux dans les maladies de la vésicule biliaire (6). — **D. H. Witte, D. W. Ovitt et J. D. Conway.** Conduite chirurgicale à tenir dans les diverticulites (6). — **V. H. Raisman et J. Schneiderman.** Traitement orthopédique de la poliomyélite aiguë et subaiguë avec extension précoce à l'aide du curare (7). — **V. P. Mazzola, N. J. Mazzola et F. V. Mitchell.** Complications après hystérectomie vaginale (8).

Nº 2, Février. — **Ch. G. Lenhart et J. P. Fleming.** Chirurgie des diverticulites sigmoïdiennes (9). — **E. Lehmann et J. Schapira.** Kyste échinococcique rétro-péritonéal avec « rein de Goldblatt » (10). — **K. C. Sawyer.** Volvulus de l'intestin moyen et défaut de rotation de l'intestin (11). — **G. Diaz F.** Ectopie rénale. Ectopie croisée sans fusion ; fixation du rein en position normale par voie extra-péritonéale (12). — **H. I. Harris.** Avantages de la technique de Biesenberger pour la plastie mammaire dans les seins hypertrophiques et pendants (13). — **H. v. Leden.** Conception nouvelle de la trachéotomie. Prévention des complications pulmonaires et de l'asphyxie (14). — **M. L. Brodny et S. A. Robins.** La cavité prostatique après intervention chirurgicale. Etude d'anatomie topographique (15). — **L. Averett.** Approche vaginale en chirurgie pelvienne (16). — **G. H. Ewell, H. W. Bruskewitz et J. R. Steeper.** Arrachement traumatique de la peau du penis et du scrotum (17). — **A. H. Iason et H. E. Shaftel.** Contrôle de la douleur post-opératoire (18). — **B. House et A. Behrend.** Ganglioneurome médiastinal (19). — **G. M. Dack.** Aspects bactériologiques de la colite ulcéreuse idiopathique chronique (20). — **H. Goldman.** Luxation complète du genou avec rupture des vaisseaux poplités (21). — **G. A. Hahn.** Affection maligne de l'utérus. Méthode thérapeutique (22). — **J. A. Gowans.** Rupture traumatique de l'iléon simulant une torsion testiculaire (23). — **Th. H. Sweetser.** Choix de la voie d'approche dans les opérations pour tumeurs rétro-péritonéales (24).

Nº 3, Mars. — **R. J. Behan.** La douleur et sa signification pour le chirurgien (25). — **N. Alders.** Les causes de « l'hématogynaulos » (26). — **M. Lee.** Indications de l'utilisation de la greffe de fascia dans la cure des hernies inguinales (Opération de Gallie) (27). — **J. A. Bollinger et H. F. Mars.** Lymphosarcome du grêle. Une observation et littérature (28). — **W. M. Delaney et D. M. Street.** Fracture de la diaphyse fémorale avec fracture du col du même fémur. Traitement par enclouage médullaire et clous de Knowles dans le col (29). — **Ch. C. Guy, C. Y. Werelius et D. H. Dexter.** 5 années d'expérience sur la vagotomie et la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère duodénal (30). — **J. L. Wilkey, E. Nora, F. A. Lagorio et L. J. Barson.** Pancréatite aiguë nécrosante avec syndrome du néphron inférieur après résection prostatique transuréthrale (31). — **H. W. Halfman.** Utilisation d'os homogènes réfrigérés. Etude suivie (32). — **R. M. Hosler.** Traitement d'urgence de l'arrêt du cœur (33). — **R. B. Cloward.** Un rétracteur cérébral nouveau. Un instrument mécanique

pour l'ablation des lésions intra-crâniennes profondes (34). — **A. H. Whittaker et W. D. Butt.** Observations sur le traitement des brûlures (35). — **S. A. Rachlin.** Infarctus segmentaire idiopathique primaire du grand épiploon (36). — **K. L. McShane.** Adéno-acanthome gastrique (37). — **F. R. Cole.** Rupture du ligament infra-rotulien ; reconstruction plastique (38). — **F. W. McDowell.** Phéochromocytome. Diagnostic et conduite à tenir spéciale avant, pendant et après l'opération (39). — **E. Branco Ribeiro.** Considérations sur la chirurgie de l'ulcus gastro-duodénal (40). [30]

Surgery (St-Louis), vol. 33, nº 1, Janvier 1953. — **S. Wallensten** et **L. Göthman.** Valeur de l'opération Billroth I, dans le « peptic ulcer » (1). — **R. R. Rauch** et **R. N. Bieter.** Limites de l'utilité clinique de la banthine dans le peptic ulcer (2). — **E. P. Lehman** et **C. W. Figueira.** Quelques aspects de la gangrène sénile (3). — **R. S. Alexander** et **A. Kantrowicz.** Réduction du pouls artériel périphérique par le spasme des grandes artères (4). — **E. J. Jahnke, F. N. Cooke** et **S. F. Seeley.** Pince bouledogue de Pott modifiée pour dérivation porto-cave (5). — **F. J. Lewis** et **M. Taufic.** Fermeture des pertes de substance de la cloison des oreillettes à l'aide de l'hypothermie. Résultats expérimentaux et un cas heureux (6). — **M. C. Miller, W. S. Blakemore** et **R. L. Tondreau.** Obturation du duodénum comme aide de la cholangiographie (7). — **J. M. Beal** et **H. Schapiro.** Action de la N-Allylnormorphine sur la motilité gastro-intestinale (8). — **R. N. Grant, E. J. Tabah** et **F. E. Adair.** Signification chirurgicale du plexus lymphatique sous-aréolaire dans le cancer mammaire (9). — **A. Mayer.** Relations du temps de saignement et du temps de coagulation avec les transfusions massives de sang citraté (10). — **E. A. Barbieri, Ch. D. Cottrell Jr, E. B. Cooley, A. Brody, A. C. Nichols, H. Ellis** et **H. A. Zintel.** Influence d'auréomycine, chloromycétine, terramycine et pénicilline procaïnée parentérales sur la mortalité de la péritonite expérimentale (11). — **J. R. Levitas** et **G. L. Baum.** Aspects chirurgicaux de la blastomycose (12). — **A. F. Cipolla, L. G. Khedroo** et **Ph. A. Casella.** Epreuve à la fluorescéine pour la rupture intra-péritonéale de la vessie (13). — **E. W. Hoag** et **K. A. Merendino.** Table d'opération satisfaisante pour chirurgie expérimentale (14). — **Th. C. Moore** et **G. E. Stokes.** Fente abdominale (15). — **F. J. Lewis.** Atrésie intestinale chez des jumeaux vrais (16). — **P. Hanson** et **R. J. McCullock.** Cholangio-jéjunostomie intra-hépatique (17). — **I. A. Bigger** et **K. Keller Van Slyke.** Thyroïdectomie linguale. Une technique améliorée (18). — **C. D. Creevy.** Inconvénients de l'urétéro-sigmoïdostomie (18). — **Th. C. Moore.** Pancréas annulaire (19). — **B. Eiseman.** Progrès récents de l'étude du shock (20).

Nº 2, Février. — **Th. N. P. Johns, G. R. Williams** et **A. Blalock.** Anatomie de la sténose pulmonaire et atrésie. Commentaires sur la thérapeutique chirurgicale (21). — **Th. C. Moore** et **H. B. Schumacker.** La non-convenance des écharpes transventriculaires autogènes pour diminuer l'insuffisance valvulaire (22). — **F. N. Cooke, C. W. Hughes, E. J. Jahnke** et **S. F. Seeley.** Greffes artérielles homologues et greffes veineuses autogènes utilisées pour combler les pertes de substance d'importance chez l'homme (23). — **E. J. Schmitz, E. A. Kanar, L. R. Sauvage, E. H. Storer** et **H. N. Harkins.** Influence de la disproportion du diamètre et de la longueur sur la fréquence des complications des greffes veineuses autogènes de l'aorte abdominale (24). — **J. Johnson, Ch. K. Kirby** et **J. D. Hardy.** Formation d'anévrysmes au niveau des greffes veineuses expérimentales de l'aorte thoracique (25). — **R. A. Deterling, M. S. Parshley** et **J. W. Blunt.** Etude critique des critères actuels présidant à la sélection et utilisation des greffes vasculaires (26). — **R. J. Izant, Ch. A. Hubay** et **W. D. Holden.** Dérivation aortique sans suture. Etude expérimentale (27). — **R. R. Linton** et **R. Warren.** Traitement d'urgence des hémorragies massives des varices œsophagiennes par suture trans-œsophagienne de ces vaisseaux au moment de l'hémorragie aiguë (28). — **J. A. Kirtley Jr, S. Y. Garrett** et **R. S. Martin.** Valeur de la sympathectomie lombaire dans 200 observations consécutives de troubles vasculaires périphériques (29). — **L. N. Atlas.** Augmentation de la circulation artérielle collatérale dans la jambe artério-scléreuse sympathectomisée. Etude d'oscillométrie (30). — **R. P. Jepson** et **F. A. Simeone.** Effets du diodraste, thorotraste et de l'iodide sodique intra-artériel sur le volume du pouls périphérique du membre inférieur (31). — **R. W. Gifford, E. A. Hines** et **J. M. Janes.** Analyse et étude suivie de 100 anévrysmes poplités (32). — **J. W. Lord Jr** et **G. Burke.** Traitement chirurgical compréhensif des embolies aortiques « en selle » (33). — **W. J. Potts, A. Deboer** et **F. R. Johnson.** Diverticule congénital du ventricule gauche (34). — **P. B. Hudson** et **A. L. Finkle.** Cancer prostatique : blocage anesthésique pour biopsie chirurgicale, périnéale ouverte de la glande prostatique (35). — **S. C. May** et **E. S. Brintnall.** Hernie étranglée transmésentérique chez un nouveau-né avec érythroblastose (36). [31]

Revista Brasileira de Cirurgai (Rio de Janeiro), vol. 24, nº 4, Octobre 1952. — **C. Monteiro.** Chirurgie de l'hypertension portale (1). — **J. Teixeira.** Les résections pulmonaires (à propos de 38 cas consécutifs) (2). — **A. Lasala.** Lithiase du canal hépatocholédoque. Tactique chirurgicale pour l'extraction des calculs enclavés dans la portion terminale du cholédoque et dans la papille (3). — **S. Kaplan** et **V. Baptista Franco.** Hyperparathyroïdisme primaire (1 cas) (4). — **D. Aderaldo Chaves.** Sur certains aspects de la tuberculose ostéo-articulaire (5). — **V. Baptista Franco.** Bassinet et uretère doubles, et abouchement de l'uretère supérieur dans le vagin. Traitement par hémi-néphrectomie (6). [32]

The Australian and New Zealanf Journal of Surgery (Melbourne), vol. 22, fasc. 3, Février 1953 **F. Douglas Stephens.** Rectum, imperforation congénitale. Fistules recto-uréthrale et recto-vaginale (1). — **N. Waddle** et **R. Rodda.** Maladie polykystique du foie (2). — **F. C. Courtice.** Œdème pulmonaire (3). — **T. Y. Nelson.** La hernie hiatale chez les adolescents et les enfants (4). — **G. Godfrey.** L'uretère après hystérectomie radicale (5). — **R. A. Hayes.** Grossesse ovarienne (6). — **R. Webb.** Kyste thyréo-glosse (7). — **R. B. Maynard.** Un cas de chordome avec métastases pulmonaires (8). — **J. M. Yeates.** Gangrène bactérienne extensive de la peau ; une observation (9). — **M. Paul.** Kyste dermoïde rétro-péritonéal (10). — **J. Freiden.** Tumeurs argentaffines du grêle et de l'appendice iléo-cæcal (11). [33]

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[34] **Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil locomoteur** (Paris), t. 39, nº 1, Janvier-Mars 1953. — **M. Guilleminet** et **R. Ricard.** Sur le traitement de la pseudarthrose congénitale du tibia. Valeur de la double greffe vissée (1). — **P. Lombard.** L'ostéite fibreuse et mutilante de la hanche chez l'enfant (2). — **F. Boever** et **Hennebert. P.** Les Luxations non traumatiques de la colonne cervicale (3). — **F. Poilleux** et **Raynaut.** Etude sur 50 fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras (4). — **M. R. Francillon.** L'examen cinétique dans les affections musculaires (5). — **A. Contargyris.** Paralysie tardive post-traumatique du nerf cubital (6). — **F. de Moraes** et **G. Perricone.** Cou de pied ; varus (7). — **P. Lombard.** Dans le spondylolisthésis l'intervention chirurgicale est-elle vraiment justifiée (8). — **J. P. Meunier** et **J. Benard.** Tentatives de récupération fonctionnelle par la streptomycine dans la tuberculose du genou (9). — **R. Fontaine, J. N. Müller** et **W. Montorsi.** La résection diaphysaire des deux os de l'avant-bras dans le traitement du syndrome de Volkmann invétéré chez l'enfant et chez l'adulte. A propos de 8 cas personnels (10).

Nº 1 *bis* (supplémentaire). — **P. Scholder.** Vascularisation osseuse et pseudokystes du poignet (11).

[35] **Archives Françaises de Pédiatrie** (Paris), t. 10, nº 3, 1953. — **J. E. Marcel.** Grosse hydronéphrose par uretère rétro-cave (1). — [*Sociétés*] **G. Laurence, A. Prochiantz, P. Masse** et **M. Dubois.** Granulome éosinophile disséminé à début vertébral (2). — **J. et M. Polletty.** Remarques sur le traitement du prolapsus rectal du nourrisson et du jeune enfant (3). — **J. Marie, C. Koupernik, J. Salet, J. Lepintre** et **J. Hazard.** Abcès du lobe temporal droit à début aigu pseudo-encéphalitique et à symptomatologie psychique (4). — **R. Didier.** Maladie synoviale familiale (5).

[36] **Revue du Rhumatisme et des Maladies ostéo-articulaires** (Paris), an. 20, nº spécial, 21 Mars 1953. — **S. de Sèze** et **Maitre.** Historique des arthroses (1). — **S. de Sèze** et **A. Djian.** L'anneau atloïdien de la vertébrale ; la déhiscence transversaire de l'axis (2).

[37] **Pédiatrie** (Lyon), an. 42, nº 2, 1953. — **L. Caussade, N. Neimann** et **A. Guinoiseau.** Le cancer à la Clinique Médicale infantile de Nancy (1). — **M. Bernheim, P. Marion, J. Lanternier** et **M. Bethenod.** Les sténoses duodénales du nourrisson par anomalies péritonéales (2). — [*Sociétés*] **A. M. Dogliotti.** Notre expérience chirurgicale dans le traitement des cardiopathies congénitales (3). — **C. Cattaneo, M. Pellini, T. Porcelli** et **V. Saputo.** Notre contribution au diagnostic et au traitement de quelques cardiopathies congénitales (4). — **M. Genesi.** Considérations sur les abcès intra-crâniens dans les cardiopathies congénitales. Un cas anatomo-clinique d'abcès cérébelleux à flore mixte (staphylocoque et actinomices) associé à une tétralogie de Fallot (5).

[38] **Acta Orthopedica Belgica** (Bruxelles), vol. 19, fasc. 1, Février 1953. — **Et. De Doncker, A. Thyes** et **Van Gaver.** L'articulation sacro-iliaque (1).

[39] **Pediatria** (Barcelonne), [*Bulletin de la Société Catalane de Pédiatrie*], vol. 13, nº 49, janvier-Mars 1952. — **L. Gubern-Salisachs.** Quelques problèmes posés par les malformations congénitales (1). — **E. Roviralta-Astoul** et **J. Picanol-Peirato.** Corps étranger enclavé dans le duodénum d'un enfant de 9 mois (2).

Nº 50, Avril-Juin. — **E. Roviralta-Astoul.** Occlusion congénitale par ectopie gastrique partielle (3). — **N. Pouliquen.** De l'intérêt du lavement baryté dans le diagnostic et le traitement de l'invagination intestinale (4). — **Gubern-Salisachs** et **Martinez-Mora.** Notre expérience de l'aspiration intestinale dans l'enfance (5).

Nº 51, Juillet-Septembre. — **A. Olive Badosa** et **J. Puig Sureda.** L'anémie de la hernie du hiatus : clinique, hématologie, guérison (6).

Nº 52, Octobre-Décembre. — **Gubern-Salisachs.** L'appendicite dans les premières années de la vie (7).

[40] **Revista Espanola de Pediatria** (Zaragoza), t. 9, nº 49, Janvier-Février 1953. — **A. Raventos Moragas** et **J. Dargallo Reventos.** Pour la connaissance de la dolichosténomélie (1).

[41] **Archives of Diseases in Childhood** (Londres), vol, 28, nº 137, Février 1953. — **J. Aitken.** Restes du canal omphalo-mésentérique ; 88 cas (1). — **P. Skjelbred.** Agénésie ovarienne ou syndrome ptérygoïdien (2). — **E. J. Gallagner, M. E. MacGregor** et **M. Israelski.** Chondrodistrophie et déficiences ectodermiques (3). — **H. Jackson, I. Kessel, S. N. Javett** et **P. Kushlick.** Ostéite typhique dans l'enfance (4). — **C. Blaxland, Levick** et **J. Rubie.** Hémangio-endothéliome du foie simulant une cardiopathie congénitale chez un enfant (5). — **W. S. Killpack.** Duplication de l'iléon (6).

[42] **Annales Scientifiques de l'hôpital Asclepiion de Voula** (Athènes), vol. 2, nº 2, Juillet 1952. — **Th. Garofalides.** Le traitement des fractures et des pseudarthroses des os (1). — **Képetzis** et **Zarkadoulas.** 4 nouveaux cas d'échinococcose osseuse (2). — **A. Hadzigeorges** et **Ch. Chrussanthakis.** Sur les résultats éloignés du traitement de certains cas de tuberculose osseuse par l'hydrazide de l'acide isonicotinique (3). — **G. Michalatos.** La tuberculose du grand trochanter (4). — **G. D. Camberoglou.** Arthrodèse par compression du genou (5).

[43] **Ortopedia e Traumatologia dell'Apparato Motore** (Rome), vol. 20, fasc. 4, Octobre-Décembre 1952. — **F. Jorio.** La synovectomie dans la tuberculose du genou (1). — **D. Costanzo.** La rééducation des amputés du membre inférieur avec la prothèse provisoire de Marino Zuco (2). — **N. Pancino.** L'énervation antérieure de la hanche dans le traitement de

l'ostéochondrite coxale (3). — **C. Bernabai.** Sur les diverses techniques d'anesthésie dans les mobilisations articulaires (4). — **D. Costanzo.** Le *p*H des tissus articulaires dans l'énervation expérimentale de la hanche (5). — **A. Maresca.** La novocaïne intra-veineuse ; adjuvant de l'anesthésie générale et facteur anti-shock (6). — **R. Mastromarino.** Les tuteurs orthopédiques dans l'épaule paralytique (7) [43]

La Pediatria (Naples), an. 61, fasc. 1-2, 1953. — **I. Gatto** et **F. Lo Jacono.** Recherches nouvelles sur les effets éloignés de la splénectomie dans la maladie de Cooley (1). [44]

Archivio di Ortopedia (Milan), vol. 66, nº 1, Janvier-Février 1953. — **P. L. Tira.** Fracture isolée de l'arcade zygomatique (1). — **A. Bianchi Maiocchi.** Construction et types d'endoprothèses de résine acrylique pour l'arthroplastie de la hanche (2). — **C. V. Morpurgo.** L'anesthésie en chirurgie orthopédique (3). — **C. Corradi** et **V. Mattai del Moro.** Résultats de 2 ans de thérapeutique aux ultra-sons dans le domaine orthopédique (4). — **C. Corradi** et **A. Cozzolino.** Les ultra-sons et l'évolution du cal au foyer de la fracture (5). [45]

Minerva Ortopedica (Turin), an, 4, nº 1-2, Janvier-Février 1953. — **U. Camera.** A propos de l'arthroplastie de la hanche. Proposition d'une nouvelle direction dans le traitement des arthroses (1). — **M. Barbieri** et **D. Bonetti.** Chondro-ostéo-dystrophie par traitement insulinique pendant le développement embryonnaire. Recherches sur des embryons de poulet (2).
Nº 3, Mars. — **R. De Marchi** et **R. Gambier.** Recherches histologiques expérimentales et cliniques sur l'arthroplastie avec de la peau (3). — **G. B. Benedetti.** Sur les suites éloignées de la luxation scapulo-humérale (4). [46]

Minerva Pediatrica (Turin), an, 5, nº 4, 28 Février. — **M. Crisalli.** Maladie de Recklinghausen des enfants (Observations) (1). [47]

La Chirurgia degli Organi di Movimento (Bologne), vol. 38, fasc. 1-2, 1953. — **S. Colombani.** Les tumeurs osseuses d'après la conception de Vittorio Putti (1). — **F. Delitala.** Athrite lombaire et sciatique vertébrale ; conception de Vittorio Putti (2). — **A. di Prampero.** Contribution de Vittorio Putti à la thérapeutique orthopédique (3). — **G. Filippi.** L'arthrodèse selon Vittorio Putti (4). — **G. Mancini.** La chirurgie de la myopathie selon Putti (5). — **F. A. Mandruzzato.** Les instruments mis au point par Putti (6). — **M. Paltrinieri.** La traumatologie selon Putti (7). — **E. Pasquali.** L'arthroplastie selon Putti (8). — **A. Soldi.** Contribution de Putti à la connaissance des arthropathies nerveuses (9). — **R. Zanoli.** Luxation congénitale de la hanche selon Putti (10). [48]

Annales Pædiatrici (Bâle), vol. 180, nº 3, Mars 1953. — **H. Schönenberg** et **G. Schallock.** Sur la chondrodysplasie calcifiante congénitale et ses rapports avec la chondrodysplasie fœtale (1). [49]

American Journal of Diseases of Children (Chicago), vol. 85, nº 2, Février 1953. — **J. Warrera White.** Le pouce rétracté chez l'enfant (1). — **E. Alexander Jr, R. Masland** et **Carlton Harris.** Luxation antérieure de la première vertèbre cervicale simulant une lésion cérébrale de la naissance (2). — **Oyamada, Gasul** et **P. H. Holinger.** Agénésie du poumon (3). [50]

The Journal of Pediatrics (St-Louis), vol. 42, nº 3, Mars 1953. — **M. M. Axler** et **R. L. Rehermann.** Éventration partielle du diaphragme droit (1). — **O. S. Spivey, C. G. Grulee Jr** et **B. T. Hickman.** Le tétanos des nouveau-nés (2). — **Ch. H. Cutler** et **H. K. Silver.** Agénésie ovarienne ; aplastie ovarienne congénitale chez une fille de 3 ans (3). — **G. J. Moree.** Sténose hypertrophique du pylore associée à une insuffisance surrénale (4). — **D. M. Morrissey.** Hypertrophie congénitale totale du membre supérieur droit (5). [51]

Gynécologie.

Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique (Paris), an. 48, nº 1-2, Janvier-Février 1953. — **H. Serment** et **G. Deturmeny.** Des erreurs de diagnostic dans la grossesse extra-utérine (1). — **R. Oddo** et **J. Martin-Laval.** Les hématocèles anté-ligamentaires (2). — **P. Burger.** Iléus dû uniquement au fait de la grossesse (3). [52]

Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Stuttgart), an. 13, Fasc. 3, Mars 1953. — **R. Buchholz.** Irradiation pré-opératoire du carcinome du col (1). — **J. Eckert.** Clinique des tumeurs ovariennes (2). — **H. Bunka.** Thérapeutique rationnelle des érosions du col (3). — **S. Fischer.** Localisation rare d'une endométriose externe extra-péritonéale. [53]

La Clinica Ostetrica e Ginecologica (Rome), vol. 55, nº 1, Février 1953. — **E. Crispolti.** Céphalhématome ossifié et suppurant chez un nouveau-né de 50 jours (1). [54]

Minerva Ginecologica (Turin), an. 5, nº 2, 31 Janvier 1953. — **A. Prassoli.** Constatation de la microscopie à lumière directe dans certains cas d'avortement (1). — **G. Di Martino.** Le mercurochrome dans le traitement de l'atonie vésicale dans l'état puerpéral ainsi qu'en période post-opératoire gynécologique (2).
Nº 4, 28 Février. — **G. Valle.** Etude clinique, anatomique et histopathologique des myomes utérins opérés après actinothérapie (3). — **G. Garrone.** Endométriose pelvienne ; contribution clinique à la théorie histopathénogénique de Sampson (4). — **M. Uglietti.** L'influence de l'incision laparotomique gynécologique sur la sensibilité de la peau siège de l'incision (5). — **F. Salvi.** Angiomes congénitaux des organes génitaux externes chez la femme (6). [55]

Rivista Italiana di Ginecologia (Bologne), vol. 36, fasc. 1, 1953. — **C. Pellizzari.** Sur le traitement chirurgical des algoménorrhées et plexalgie hypogastrique (1). [56]

[57] **Revista Portuguesa de Obstetricia, Ginecologia e Cirurgia** (COIMBRE), vol. 5, nº 4, Juillet-Août 1952. — **F. Gentil.** La colpocytologie dans le diagnostic de l'état pré-cancéreux (1). Nº 5, Septembre-Octobre. — **J. Gouveia Monteiro.** Le chirurgien ne doit pas s'abstenir en présence d'une hypertension portale (2).

[58] **Annales Chirurgiæ et Gynecologiæ Fenniæ** (HELSINKI), vol. 42, fasc. 1, 1953. — **G. Küntscher.** A propos des critiques de l'enclouage médullaire (1). — **P. E. A. Nylander, A. Pekkarinen, L. Aro** et **M. Turunen.** Numération des éosinophiles du sang dans l'évaluation des indications chirurgicales pulmonaires (2). — **P. I. Halonen** et **H. Laitinen.** Diverticule péricardien (3). — **O. Kinnunen.** Carcinome du corps utérin et grossesse ectopique (4). — **L. E. Aro** et **A. Wiljasalo.** Infusion de noradrénaline (5). — **V. Turtola.** Les examens médicaux chez les femmes, en vue du dépistage du cancer dans la petite ville de Hyvinkää 1951 (6). [*Supplementum I* 1953]. — **Ilkka Arvola.** Le radiodiagnostic du calcul rénal et urétéral (7).

[59] **American Journal of Obsterics and Gynecology** (WASHINGTON), vol. 65, nº 2, Février 1953. — **H. W. Jones Jr** et **G. E. Seegar Jones.** L'utérus double comme facteur étiologique dans les avortements à répétition ; indications chirurgicales (1). — **E. G. Winkler** et **V. J. Capraro.** Aspiration du cul-de-sac et autres moyens diagnostiques dans la grossesse ectopique (2). — **S. G. Berkow.** Le corps spongieux de l'urèthre : son rôle possible dans le contrôle urinaire et dans l'incontinence d'effort chez la femme (3). — **A. F. Daro, M. W. Rubenstein** et **H. Gollin.** La valeur de l'emploi simultané de la cytologie et de la biopsie dans le diagnostic du carcinome du col (4). — **E. Percival.** Etude pendant 20 ans du traitement radiologique du cancer du col à l'Hôpital Général de Montréal et à l'Hôpital « Royal Victoria » (5). — **M. D. Bivens.** Carcinome vaginal primitif (6). — **L. Brady.** Résultats tardifs de l'opération d'interposition (7). — **M. Vesell.** Grossesse secondaire dans la paroi abdominale (8). — **W. M. Lester, R. Bartholomew, E. Colvin, W. H. Grimes** et **J. S. Fish.** 2 grossesses abdominales consécutives avec utérus bicornis à col unique (9). — **J. S. Beilly** et **N. N. Wrubel.** Menstruation, grossesse et accouchement après opération pour aplasie vaginale (10). **H. P. Ziprick** et **I. Crawford.** Grossesse après hystérectomie subtotale (11). — **J. E. Hall** et **W. F. Nelms.** Carcinosarcome de l'endomètre (12). — **G. W. Outerbridge.** Eviscération intestinale à travers le dôme vaginal après hystérectomie vaginale (13). — **H. L. Stewart** et **F. G. McConnell.** Distension abdominale non-gazeuse (14). — **C. Gordon Johnson** et **J. P. Michaels.** Ablation réussie d'un cystadénome séreux-papillaire de l'ovaire, pesant 71 livres (15). — **T. Sear** et **Ch. J. Woeppel.** Mort fœtale traumatique par fracture du pelvis (16). — **C. Allen Alexander.** Grossesse intra- et extra-utérine en même temps (17). Nº 3, Mars. — **N. F. Miller** et **S. J. Behrman.** Dysménorrhée (18). — **S. H. Gardiner, F. E. Stout, J. L. Arbogast** et **C. P. Huber.** Carcinome intraépithélial de la vulve (19). **A. C. Barnes.** Thérapeutique non chirurgicale expérimentale des affections pelviennes malignes (20). — **C. P. Hodgkinson.** Relations entre l'urèthre et la vessie chez la femme dans les cas d'incontinence urinaire d'effort (21). — **C. G. Johnson** et **R. G. Burman.** Morbidité et mortalité dans l'hystérectomie totale (22). — **K. E. Cox** et **R. F. Lamar.** Colpocléisis (23). — **H. I. Kantor** et **D. G. Harrel.** Traitement des retards de développement dans la phase secrétoire de la muqueuse utérine (24). — **D. Abramson W. L. Caton Jr.** et **Ch. C. Roby.** Effets de la relaxine sur l'excrétion du diodraste chez la cobaye châtrée et hystérectomisée (25). — **J. L. Bach** et **U. E. Anz.** Rupture spontanée d'une tumeur des cellules granuleuses avec hémorragie intra-péritonéale massive (26). — **D. Sheldon.** Clamp pour circoncision (27). — **H. J. Greene.** Curette endocervicale spirale (28).

Appareil génito-urinaire.

[60] **Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale** (PARIS), t. 58, nº 12, 1952. — **J. Cibert** et **J. Collenet.** 31 néphrectomies pour aplasie ou atrophie (1). — **J. Foret** et **Ch. Maquinay.** 100 prostatectomies de Hryntschak (2). — **L. A. Surraco.** Le moignon d'uretère après la néphrectomie pour tuberculose (3). — **L. Fruhling** et **E. Blum.** Classification histologique des cancers du rein. Fréquence respective des différentes variétés (4). — **R. Gayet.** Volumineux kyste hydatique rétro-vésical accompagnant une échinococcose abdomino-péritonéale généralisée (5). — **R. Weyeneth** et **R. Clerc.** Sur trois cas de torsion du testicule chez l'adulte (6). — **F. Bilger, A. Lantz** et **J. X. Muller.** A propos d'un cas de syphilis vésicale (7). — **F. Bilger, G. Stoll** et **J. Cl. Raiga.** Tératome kystique complexe de la loge rénale (8). — **W. E. Coutts** et **E. Silva-Inzunza.** Contribution au diagnostic cytologique rapide de la nature des tumeurs vésicales. Etude des cellules à l'ultra-microscope (Communication préliminaire) (9). — **J. Cibert, H. Cavalhier, L. Durand** et **J. Dubois.** Valeur de l'anastomose latérale urétéro-vésicale dans le traitement du méga-uretère et des retrécissements de l'extrémité inférieure de l'uretère (10).

[61] **Journal Belge d'Urologie** (BRUXELLES), an. 21, nº 2. Décembre 1952. - **R. Devos.** Tumeur conjonctive bénigne du rein (1). — **R. Devos.** Urétéro-pyélite-kystique (Nouveaux cas) (2). — **E. Lefevre.** Un cas particulier de fistule vésico-vaginale (3). — **P. Mingers.** Gangrène de la vessie (4). — **Auvray** et **Vilain.** Néphrectomie pour rein exclu depuis dix ans (4).

[62] **British Journal of Urology** (LONDRES), vol. 25, nº 1, Mars 1953. — *Sociétés*. **D. St. Clair L. Henderson.** Reimplantation de l'uretère (1). — **M. Caine.** Persistance de l'infection urinaire après prostatectomie (2). — **D. Aiken.** Contrôle des résultats du traitement de la rétention urinaire par une prostatectomie immédiate du type Wilson Hey (3). — **M. Paul.** Tuberculose caséeuse massive de rein (4). — **J. Dermot O'Flynn.** Maladie kystique multiloculaire des reins (5). — **J. Cosbie Ross, M. Damanski.** Ablation du nerf honteux dans le traitement des troubles vésicaux après traumatisme médullaire (6). — **B. C. Rowlands.** Rupture traumatique de l'urèthre bulbeux (7). — **H. Orishejolomi Thomas.** Gangrène idiopathique du scrotum chez les Africains de l'Ouest (8). — **M. Lee.** Vascularisation de la prostate dans ses rapports avec la prostatectomie (9). — **D. Annis.** Remplacement de l'uretère par l'intestin grêle. Etude expérimentale (10).

Minerva Urologica (Turin), an. 5, nº 1, Janvier-Février 1953. — **F. Aschieri.** Conceptions étiopathogéniques et morphologie des formations kystiques des voies urinaires excrétrices (1). — **M. Ventura.** Examen du liquide séminal chez les prostatiques (2). — **A. Giberti.** Tétracétine dans le traitement des infections urinaires (3). — **M. Sambuelli.** Oestrogènes par voie rectale pour carcinome prostatique (4). [63]

The Journal of Urology (Baltimore), vol. 69, nº 3, Mars 1953. — **E. Hess, R. B. Roth et A. F. Kaminsky.** Calculs en « corne de cerf » (1). — **R. Helsby, C. W. Vermeulen et R. Goetz.** Urolithiase expérimentale (2). — **T. de la Maza et F. Vega Diaz.** Infarctus rénal et ectopie (3). **C. E. Burkland.** Fracture d'un calcul urétéral géant (4). — **F. L. Senger et A. W. Zorgniotti.** Une nouvelle sonde pour servir d'attelle interne post-opératoire (5). — **B. C. Corbus Jr.** Péricystite (6). — **J. H. Hejtmancik et J. H. Childers.** Etude clinique et anatomo-pathologique du carcinome de la vessie (7). — **E. V. Moore et G. Howe.** Possibilités d'erreur dans la cystectomie totale ; traitement conservateur (8). — **F. A. Beneventi et R. Spellman.** Essai infructueux de production d'une ostéite pubienne chez le chien (9). — **E. H. Ray.** Résection transuréthrale de la prostate (10). — **R. H. Flocks et D. A. Culp.** Technique modifiée pour anastomoser l'urèthre membraneux avec le col vésical après prostatectomie totale (11). — **G. J. Thompson, D. D. Albers et A. C. Broders.** Carcinomes peu communs impliquant la prostate (12). — **R. Baker.** L'aldolase du sérum et ses rapports avec le contrôle hormonal du cancer (13). — **V. H. Youngblood.** Calcul urinaire vaginal (14). — **G. R. Hamilton, Ch. A. De Kovessey et R. J. Getz.** Torsion de l'appendice épididymien et de l'hydatide de Morgagni. Trois cas (15). — **W. J. Baker, D. H. Callahan Jr et A. B. Ragins.** Hermaphrodite vrai : un cas (16). — **O. S. Culp et J. H. de Weerd.** Avantages de l'incision de Cherney dans les opérations urologiques (17). — **S. P. R. Hutchins.** Un nouveau résectoscope (18). — **M. Palken.** Porte-tubes pour néphrostomie en matière plastique (19). — **H. N. Naumann et S. A. Sabatini.** Cholestéatome du rein (20). — **T. E. Ruff.** Fibrosarcome rénal (21). — **H. S. Shelley.** Adénome rénal (22). — **J. D. Briggs et R. M. Neale.** Fistule réno-colique (23). **I. T. Rieger, F. J. Wahl et G. M. Hass.** Remplacement du canal biliaire à l'aide d'une greffe urétérale autologue (24). — **J. C. Valenta et C. V. Chenoweth.** Corps étrangers de l'uretère (25). — **S. N. Vose et G. M. Dixey.** Uréterostomie in-situ (26). — **F. E. Cook Jr. et J. C. Kimbrough.** Carcinome de la vessie (27). — **L. C. Wharton.** Traitement de l'incontinence d'effort (28). — **B. Bloom.** Cure de la fistule vésico-vaginale (29). — **G. J. Thompson et D. D. Albers.** Prostatite granulomateuse (30). — **D. M. Davis.** Chirurgie de la prostate (31). — **G. H. Derian.** Sarcome de la prostate (32). — **P. H. Reitman.** Carcinome pénien (33). — **J. H. Furlong Jr. et C. A. W. Uhle.** Cancer du pénis (74). — **M. Muschat.** L'opération de l'hypospadias (35). — **A. Silva de Assis.** Anesthésie péridurale (36). — **T. E. Gibson.** Modification du résectoscope de Stern-McCarthy (37). [64]

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Les Annales d'Oto-Laryngologie (Paris), t. 69, nº 11-12, 1952. — **D. Petit Dutaillis, A. Blach, F. Berdet et R. Messimy.** Paragangliome de l'espace sous parotidien postérieur associé à une tumeur (vraisemblablement de même nature) de l'oreille moyenne et se présentant cliniquement sous l'aspect d'un anévrysme (1). — **A. Lemariey et H. Muler.** Les problèmes posés par un cas de thrombophlébite du sinus caverneux (2). — **J. P. de Reynier.** Traumatisme crânien et otospongiose (3). — **E. Doyen.** Sinusites maxillaires chroniques et pénicilline (4). **A. Appaix et A. Goubert.** Corps étranger, épingle ayant traversé la paroi pharyngée et déterminé une collection purulente deux mois après (5). — [*Société*]. **Marchand.** Schwannome de la joue (6). **J. Lemoine et Borst.** Plasmocytome du massif facial (7). — **Millar et Busser.** Schwannome du maxillaire supérieur ; évolution maligne (8). — **Chardin.** Abcès du cerveau ; symptômes psychiques (9). — **Leroux.** Laryngocèle (10). — **Ombrédanne, Lortat Jacob et Triboulet-Piton.** Intubation métallique des cancers de l'œsophage inopérables (11). — **Maspétiol et Chauvet.** Hémorragie intestinale après amygdalectomie (12). — **Maspétiol, Chardin et Millard.** Vertige au cours d'un syndrome cervical postérieur guéri par neurotomie vertébrale (13). — **A. Hernandez.** Evidement chirurgical des sinus paranasaux par éthmoïdosphénoïdectomie transmaxillaire et frontotomie transmaxillaire selon la technique de Lima (14). [65]

Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie (Bordeaux), an. 74, nº 1-2, Janvier-Février 1953. — **G. Portmann.** Considération sur le pronostic du cancer du larynx (1). — **A. Montandon.** Volumineux phlegmon rétro-œsophagien par perforation d'un corps étranger (2).
[*Supplementum*] : Février 1953. — **R. Hofmann-Saguez.** La laryngectomie reconstructive ; technique personnelle (3). [66]

Appareil digestif.

Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition (Paris), t. 42, nº 1, Janvier 1953. — **G. Cabanie.** Rôle du manchon d'adhérence musculo-tégumentaire de l'anus dans la genèse des hémorroïdes et des fistules (1). — **A. Monsaingeon et F. Bernard.** Sur un cas de pancréas annulaire (2). [67]

Revue de Stomatologie (Paris), t. 54, nº 1, Janvier 1953. — [*Société*]. **Ginestet et Frézières.** Construction des mâchoires d'origine extraarticulaire (1). — **Corbeil et Delaby.** Un cas de parotidite aiguë (2). — **Cornouec, Dehain, Grignon et Castel.** Tumeur kystique envahissante du maxillaire supérieur (3). — **Thibaut, Pialoux et Nespoulous.** Observation d'un grand kyste paradentaire ayant évolué dans les fosses nasales à travers le méat inférieur et la cloison (4). [68]

[69] **Gastroenterologia** (Bale), vol. 79, fasc. 2-3 Février-Mars 1953. — **S. Läser et L. Blöchlinger.** Gastrite phlegmoneuse (un cas traité et guéri par les antibiotiques) (1). — **R. Nicole.** La question de l'occlusion intestinale d'origine artério-mésentérique (2). — **F. Deucher.** Résection d'une fistule entéro-côlique multiple intérieure et extérieure (3). — **P. Decker et P. Francioli.** Le traitement chirurgical du carcinome de l'œsophage et du cardia (4). — **A. Jentzer.** La chirurgie de l'œsophage et du cardia (5). — **E. Nicole.** Traitement des atrésies œsophagiennes chez le nouveau-né (6). — **R. Sarasin.** Les ulcères peptiques après gastrectomie (7).

[70] **Gastro-Enterology** (Baltimore), vol. 23, nº 2, Février 1953. — **N. C. Hightower Jr et E. E. Gambill.** Effets de la banthine sur la douleur et sur la motilité gastrique au niveau de l'antre chez les malades porteurs d'un ulcère duodénal (1). — **J. M. Ruffin, G. J. Baylin, C. W. Legerton Jr et E. Cl. Texter Jr.** Mécanisme de la douleur dans le « peptic ulcer » (2). — **K. B. Little.** Déséquilibre du système autonome chez les malades atteints de « peptic ulcer » (3). — **D. R. Kohli et C. C. Pearson.** Etude de la hernie du hiatus (4). — **M. Feldman.** Fréquence de la coexistence de l'ulcération gastrique et de l'ulcération duodénale (5). — **B. H. Sullivan Jr, J. R. Schaeffer et W. J. Redner.** Carcinome du canal de Wirsung (6).

Nº 3, Mars. **R. F. Rauch et R. N. Bieter.** Traitement des malaises post-prandiaux après résection gastrique (7). — **R. B. Welbourn et Ch. F. Code.** Effets de la cortisone et de la surrénalectomie sur la sécrétion acide et sur la fréquence des ulcères chez le rat ayant subi une ligature pylorique (8). — **H. A. Rafsky, Ch. I. Krieger, A. P. Boleman et J. C. Rafsky.** Etudes sur l'électrophorèse et le cholestérol dans le « peptic ulcer » (9). — **J. H. Fodden.** La phosphatase alcaline tissulaire gastrique et duodénale dans l'ulcération peptique (10). — **J. F. Pontes et D. Pfuhl Neves.** Stimulation surrénalienne dans le « dumping syndrom » (11). — **R. B. Welbourn et J. L. Bollman.** Effets des opérations gastriques sur la perte des matières grasses par les fèces chez le chien (12). — **N. F. Fradkin, A, M. Yunich et P. Glasier.** Perforation d'un « peptic ulcer » du diverticule de Meckel ayant l'apparence d'une hydrocèle unilatérale (13). — **R. Andrew.** Polypose intestinale généralisée avec mélanose (14).

[71] **The American Journal of Digestive Diseases** (Fort Wayne-Indiana), vol. 20, nº 2, Février 1953. — **G. S. Sinow.** Infarctus segmentaire idiopathique du grand épiploon (1). — **C. Rowell Hoffmann.** La valeur clinique du méthylsulfate diphenméthanyl dans le traitement de la maladie ulcéreuse peptique (2). — **R. G. Clarke et J. P. Simonds.** Adéno-carcinome de l'appendice (3).

Nº 3, Mars. — **M. S. Biskind.** La technique de la thérapeutique nutritionnelle (4). — **W. P. Kleitsch et R. P. Lawton.** Le prolapsus transpylorique de la muqueuse gastrique (5). — **H. M. Spiro.** Diagnostic pratique de la maladie pancréatique (6).

[72] **Revista Brasileira de Gastro-Enterologia** (Rio de Janeiro), vol. 5, nº 1, Janvier-Février 1953. — **O. F. Longo.** Résultats du traitement des pancréatopathies aiguës (1). — **E. de Oliviera et J. Werneck Lima.** Abaissement du côlon transverse jusqu'au rectum ou jusqu'à l'anus (2). **J. Hilario et F. Pinto.** Cholagiographie opératoire (3). — **J. Leocadio de Oliviera.** Forme aiguë de schistosomiase simulant un abcès hépatique (4).

Appareil circulatoire.

[73] **Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux** (Paris), an. 46, nº 2, Février 1953. — **A. Jouve, J. Pierron et E. Bourdoncle.** Le dépistage précoce des troubles artériels des membres chez les diabétiques (1). — **P. Nadiras et Delesvaux.** Cœur pulmonaire aigu chez un silicosé atteint de « cœur pulmonaire chronique » à la suite de la nécrose aiguë d'une masse pseudo-tumorale (2).

[74] **Phlébologie** (Paris), an. 6, nº 1, Janvier-Mars 1953. — **E. Maes.** Réflexions après 1200 opérations de saphènes variqueuses (1). — **Et. July.** Essai de mise au point des différents traitements : médicaux, crénothérapiques et chirurgicaux utilisés dans les maladies vasculaires des membres inférieurs (2). — **R. Tournay.** La médication anticoagulante dans la prévention et le traitement des accidents veineux post-opératoires (3).

[75] **Angiologia** (Barcelone), vol. 5, nº 2, Mars-Avril 1933. — **Puente Dominguez et R. Dominguez** Etude expérimentale sur l'effet de la vitamine E, alpha tochopherol, sur la circulation collatérale dans les obstructions artérielles (1). — **P. Martorell.** Thromboses veineuses spontanées (2). — **V. Pataro et S. Mas.** Traitement anticoagulant et blocage sympathique ; hémorragie retropéritonéale ; mort (3).

[76] **Cardiologia** (Bale), vol. 22, fasc. 4, 1953. **H. Droller.** L'injection intraartérielle de Priscol dans le traitement de l'obstruction artérielle sénile (1).

Appareil respiratoire.

[77] **Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoraciques** (Paris) t. 7, nº 2, 1953. — **R. Kourilsky et Marchal.** Etude cinédensigraphique de la circulation artérielle du poumon dans différentes affections pathologiques du poumon, des bronches et du médiastin (1). — [*Société*]. **Bariéty, Coury, Mathé et Salaum.** La technique et l'emploi du pneumomédiastin artificiel (2). — **J. Tricoire.** Guérison de fistules bronchiques après exérèse pulmonaire, obtenue par cautérisation sous bronchoscopie (3). — **M. Paviot.** Un cas d'angiomatose bronchique (4).

[78] **Journal International de Chirurgie du Thorax**, vol. 13, nº 1, Janvier-Février 1953. — **E. K. Frey et H. Lüdeke.** Sur le traitement chirurgical du carcinoïde bronchique et sur le problème de

sa malignité (1). — **L. E. Phaneuf.** Le traitement du prolapsus de l'utérus et du vagin ; étude basée sur 1.066 cas personnels (2). — **G. Roux, E. Nègre, R. Loubatières, G. Martin et J. du Cailar.** Etude expérimentale des plasties œsophagiennes par homogreffes et hétérogreffes vasculaires (3). — **I. Boerema.** Ligature lente des gros vaisseaux (4). — **J. Sénèque, M. Roux et Ch. L. Chatelin.** Technique de l'hépatectomie gauche typique réglée (5). [78]

Thorax (Londres), vol. 8, nº 1, Mars 1953. — **C. Raeburn et H. Spencer.** Etude de l'origine et du développement du cancer du poumon (1). — **C. Strang et J. A. Simpson.** Abcès carcinomateux du poumon (2). — **J. A. Aylwin.** Base physiologique de l'œsophagite du reflux dans la hernie du hiatus diaphragmatique (3). — **D. C. Beatty et A. Wiener.** L'influence de la streptomycine sur la fréquence de l'épanchement pleural compliquant la section des adhérences pleurales (4). [79]

Archivio di Chirurgia del Torace (Florence), an. 7, vol. 10, fasc. 2, Avril-Juin 1953. — **D. A. Adovasio.** Anomalies congénitales de l'arc aortique (1). — **P. Biocca.** Chirurgie expérimentale de l'aorte descendante (2). — **R. Rossi.** Sur le mésothéliome pleural et son traitement chirurgical (3). — **P. Biocca.** Sur le traitement chirurgical des kystes échinococciques du poumon (4). — **G. Savonuzzi et L. Ferranti.** La cure radicale pour les kystes échinococciques du poumon ; l'énucléation totale (5). — **L. Citterio.** Mélanoblastome de l'œsophage (6). — **G. Conti et L. Passarelli.** Pour la connaissance de l'œsophage humain (7). — **G. Malago, B. Zaffagnini et G. Gasparini.** Résection de l'œsophage avec anastomose termino-terminale, étude expérimentale (8). [80]

The Journal of Thoracic Surgery (St-Louis), vol. 25, nº 3, Mars 1953. — **P. T. De Camp, Th. G. Baffes, J. W. Overstreet et A. Ochsner.** L'emploi d'une constriction par suture du lobe pulmonaire supérieur dans le traitement de la tuberculose du poumon ; procédé de Paulino (1). **D. A. Cooley.** L'importance clinique de la cavernolithiase (2). — **P. W. Sanger.** Indications pour la thoracoplastie et la résection du poumon en position de supination (3). — **J. R. Thompson.** Carcinosarcome de l'œsophage (4). — **J. W. Kirklin et R. W. Jampolis.** La dissection intra-péricardique dans la pneumonectomie gauche pour cancer bronchogénique (5). — **M. Sills Lloyd et H. Barber.** Technique de thoracotomie modifiée pour la prévention de la douleur post-opératoire et de la difformité (6). — **J. L. Keeley, St. H. Gumbiner, A. C. Guzauskus et J. A. Rooney.** Lipome du médiastin ; ablation réussie d'une masse de 1.700 gr. (7). — **O. F. Grimes, R. L. Raphaël et H. Brodie Stephens.** Hémangiome caverneux du médiastin postérieur (8). — **W. E. J. Schneidrzik.** Irradiation intrathoracique du hile après résection pour carcinome bronchique (9). [81]

El Thorax (Montevideo), vol. 1 nº 1, Mai 1952. — **P. Larghero, J Pradines et R. Minatta.** Cartes des lésions bronchiques dans la tuberculose pulmonaire chirurgicale (1). — **P. Purriel et S. Piovano.** La tuberculose pulmonaire vue à travers les pièces de résection (2). — **M. M. J. Brea.** La résection pulmonaire pour tuberculose (3).

Vol. 1, nº 2, Août 1952. — **P. Larghero.** Echinococcose costale (4). — **P. Purriel, O. Muras, D. Tomalino et D. Mendoza.** Echinococcose cardiaque. Dissémination métastatique pulmonaire (5). — **P. Ferreira-Berrutti.** Perforation de l'œsophage par arête de poisson ; rupture aortique consécutive par suite d'un processus phlegmoneux (6).

Nº 3, Décembre. — **C. V. Armand Ugon, H. Suarez, S. Piovano et J. A. Radice.** Abcès pulmonaire (7). — **M. M. J. Brea et V. N. Roger.** Hamartome pulmonaire (8). — **P. Larghero et J. Vizziano Pizzi.** Hémangiome des muscles de la paroi thoracique (9). — **J. J. Ravera.** Echinococcose hétérotopique pleurale avec pneumothorax spontané. Hydatide migratrice de la plevre avec pneumothorax hydatique spontané ; forme sèche sans épanchement (10). [82]

Système nerveux.

Revue Neurologique (Paris), t. 87, nº 5, 2e Sem., 1952. — [*Sociétés*]. **P. Cossa, J. P. Grinda et P. Martin.** Perte de substance crânienne ; extériorisation ; rémission thérapeutique ; comitialité ultérieure ; nouvelle rémission thérapeutique (1). — **Riser, J. Géraud et G. Lazorthes.** Essai de classification topographique des angiomes cérébraux. Son intérêt clinique et chirurgical (2). — **Cl. Gros, J. Cadilhac et B. Vlahovitch.** Réflexions à propos d'une série d'hémisphérectomies (Etude critique du « réajustement » et de ses conditions) (3). — **J. Courjon, J. Dechaume, H. Bonnet et M. Roche.** Les manifestations comitiales après exérèse des méningiomes (4). — **S. Thiry.** Complexes pointes-ondes à début unilatéral et épilepsie posttraumatique. Amputation du lobe préfrontal droit (5). [83]

Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie (Paris) t. 25, nº 2, Février-Mars 1953. — **P. Guezou, Ardouin, Bourguet et Ferey.** Une cause rare de compression du nerf optique intra-crânien : le granulome inflammatoire (1). — **J. Bourguet et Ferey.** Abcès cérébral oto-neuro-chirurgical (2). — **Verceletto, Giroire, Charbonnel et Colas.** Etude électroencéphalographique de 20 cas de syndrome subjectif isolé d'anciens traumatisés du crâne (3). — **Giroire, Charbonnel, Lhermitte et Vercelletto.** Deux observations de tumeurs cérébrales évoluant depuis plus de 10 ans sous l'apparence d'épilepsie essentielle (4). — **Delaitre.** Tumeur cérébrale masquée par une hydrocéphalie (5). — **R. Rousseau.** Fracture du crâne avec troubles oculaires bilatéraux (6). — **Parsy.** Neurimone du facial intra-mastoïdien (7). [84]

Brain (Londres), vol. 76, part. 1. 1953. — **H. J. M. Barnett et H. H. Hyland.** Thrombose veineuse, intra-crânienne, non infectieuse (1). — **W. G. P. Mair et R. Drockman.** Anatomie pathologique des lésions de la moelle épinière et ses rapports avec les tableaux cliniques réalisés par la protrusion des disques inter-vertébraux de la colonne cervicale (2). — **St. Renfrew J. H. Cameron et I. L. Haggar.** Valeur de l'électroencéphalogramme dans le diagnostic des tumeurs intra-crâniennes (3). [85]

[86] **Rivista di Neurologia** (Bologne), vol. 22, fasc. 5, Septembre-Octobre 1952. — **G. Castorina.** Sur le problème du remplissage ventriculaire et de l'air sous dural dans la pneumoencéphalographie faite d'après la technique de Lindgren (1).

Fasc. 6, Novembre-Décembre. — **V. Floris** et **G. Castorina.** Les gliomes du nerf optique (variété endocrânienne) (2).

[87] **Archives of Neurology and Psychiatry** (Chicago), vol. 69, nº 2, Février 1953. — **G. M. Hass** et **C. Bruce Taylor.** Études quantitatives sur la production expérimentale et le traitement des traumatismes cérébraux aigus fermés (1). — **K. Teilmann.** Hémangiomes du pont (2). — **H. Askenasy, H. Wijsenbeek** et **E. Herzberger.** Nystagmus de rétraction et rétraction palpébrale par anévrysme artério-veineux du mésencéphale (3).

Nº 3, Mars. — **P. B. A. Struckett.** Effets de la lobotomie préfrontale sur les fonctions intellectuelles dans la schizophrénie chronique (4).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[88] **Revue de la Tuberculose** (Paris), t. 16, nº 12, 1952. — **Santy, Bérard, Galy** et **Prignot.** Tuberculomes et foyers ronds ; essai de démembrement ; à propos de 37 cas dont 33 anatomo-cliniques (1). — **G. Roche** et **G. Minot.** Étude radio-étectrokymographique des mouvements du diaphragme selon la position du sujet (2). — [*Société*]. **L. Tahar.** Embolie gazeuse dramatique après pneumopéritoine (3).

T. 17, nº 1-2, 1953. — **M.** et **Mme Et. Sorrel, Gérard Marchant, Galland** et **Giret.** Premiers essais de traitement des tuberculoses ostéoarticulaires par l'I. N. H. dans les hôpitaux et sanatoria spécialisés ; étude des 115 premiers cas, faits en commun par les chirurgiens de différents services (4). [*Société*]. **Braillon, Schneyder, Genty, Le Brigand, Delie** et **Pigot.** Les chylothorax par traumatisme chirurgical des vaisseaux lymphatiques thoraciques (5).

[89] **Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer** (Paris), an. 43, t. 39, nº 4, 1952. — **P. F. Denoix.** A propos d'une enquête géographique sur la morbidité par cancer en France (1). — **H. F. Dorn.** Enquêtes sur la morbidité par cancer aux Etats-Unis (2). — **J. Clemmesen.** Dix ans d'enregistrement du cancer (3). — **J. Baud.** Résultats de la radiothérapie des épithéliomas du col utérin chez les malades traitées de 1919 à 1945 inclus, à la fondation Curie (4). — **F. Lacour, Ch. Oberling** et **M. Guerin.** Tumeurs par greffe intrasplénique de thyroïde chez les rats thyroïdectomisés (5). — **M. Dargent** et **Luong Tan Truong.** Le traitement du cancer de la partie mobile de la langue. Valeur des différents procédés. Valeur du curage ganglionnaire dit prophylactique (6). — **J. Ducuing, C. Bimes** et **J. Estrade.** La question du potentiel dégénératif des lésions bénignes du sein (7). — **P. Marques.** Un cas d'épithélioma sous-glottique avec adénopathies, guéri depuis cinq ans par roentgenthérapie (8). — **P. Gibert, E. Wallon** et **Andrieux.** Sarcome de la langue développé sur la cicatrice d'un épithélioma traité par le radium quinze ans auparavant (9).

[90] **Annales d'Endocrinologie** (Paris), t. 13, nº 6, 1952. — [*Sociétés*]. **E. Martin, E. Rutishauser** et **J. Bach.** Syndrome de Cushing chez une malade ayant présenté une tumeur du paraganglion carotidien (1).

[91] **Bulletin Algérien de Carcinologie** (Alger), an. 5, nº 16, Octobre-Décembre 1952. — **J. Salasc.** Le cancer de la vulve (1). — **Bonafos.** Le cancer du corps de l'utérus (2). — **Mme Mussini-Montpellier** et **Streit.** Anatomie pathologique des épithéliomas cutanés pigmentés (3). — **Mme C. Alcayde-Antoine.** De l'utilité du massage ou de la réhabilitation dans les suites opératoires de certaines néoplasies (4). — **Samso** et **Catanei.** Le cancer de l'intestin chez les animaux domestiques (5). — **J. M. Montpellier.** Le seuil de la malignisation ; l'épithélioma in situ (6).

[92] **Der Tuberkulosearzt** (Augsbourg), an. 7, Nº 4, Avril, 1953. — **W. A. Frölich.** Un cas de tuberculose traumatique de la gaine synoviale du tendon. Contribution au problème de l'infection par B. K. résistants (1). — **J. W. Guiss.** Valeur des examens radiologiques en série pour le dépistage du cancer pulmonaire (2).

[93] **Acta Tuberculosea Belgica** (Bruxelles), an. 44, nº 1, Février 1953. — **P. Toussaint.** Une importante mise au point concernant la chirurgie d'exérèse pleuro-pulmonaire (1). — **F. Cardis.** Phrénicotrypsie de substitution sur caverne déplacée et bridée par pneumothorax incomplet (2).

[94] **Annals of the Rheumatic Diseases** (Londres), vol. 12, nº 1, Mars 1953. — **T. Lloyd Tyson, Thompson** et **Ragan.** La spondylite de Marie-Strumpell chez la femme (1).

[95] **Tumori** (Milan), an. 39, fasc. 1, 1953. — **C. Sirtori** et **G. V. Russenberger.** Étude histochimique des myoblastomes avec la réaction de Hotchkiss-M. C. Manus (1). — **P. L. Ricci.** Contribution anatomo-pathologique à la connaissance de l'hémoangioendothéliome de l'enfance (2). — **G. Pelizzolo.** Hémangiome caverneux encapsulé du muscle grand pectoral (3). — **Sirtori** et **F. Pizzetti.** Sur la pathogénie du carcinome endométrial avant la ménopause (4). — **R. d'Alo.** Endométriome rectal de type néoplasique (5).

[96] **Archivio Italiano di Anatomia e Istologia patologica** (Bologne), An. 26, nº 1, 1953. — **G. Spigolon.** Les tumeurs du sympathique ; contribution anatomo-pathologique à l'étude du sympathogoniome bilateral des surrénales (1). — **V. Spampinato.** Trois cas de réticulo-sarcome du vagin (2). — **T. Madonia.** Un cas rare de basaliome pigmentaire de la région sacrée (3).

Archives of Pathology (CHICAGO), vol. 55, nº 2, Février 1953. — **Th. R. Waugh.** Endothéliome du corps caverneux du pénis (1). — **R. S. Totten, M. W. Heinemann. P. B. Hudson, E. E. Sproud** et **A. Purdy Stout.** Diagnostic différentiel microscopique du carcinome latent de la prostate (2). — **C. Cavallero** et **F. Zanardi.** Pseudohermaphroditisme mâle chez trois enfants d'une même fratrie (3). — **A. G. Foraker, Sam W. Denham** et **M. H. Johnston.** Altérations histochimiques des ovaires irradiés (4). — **J. R. Kelsey Jr., Cl. E. Gilmore** et **J. E. Edwards.** Canal artériel bilatéral représentant la persistance de chacun des sixièmes arcs aortiques (5). — **J. H. Fisher** et **W. J. Holley.** Cancer primitif à cellules alvéolaires du poumon (6). [97]

Nº 3, Mars. — **R. C. Ross, R. F. Scarf** et **St. C. Skoryna.** Histogénèse des tumeurs mammaires chez le rat après administration du 2-acétyl-aminofluorène (7). — **A. N. Rota.** Obstruction pylorique par diaphragme de la muqueuse (8). — **P. E. Steiner.** Signification humaine de la carcinogénèse expérimentale (9).

Radiologie.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen vereinigt mit Röntgenpraxis (STUTTGART), vol. 78, nº 3, Mars 1953. — **G. Sassen.** Troubles de l'ossification sous-chondrale associés au syndrome de Marfan et dysostose multiple (1). — **E. Vogler.** Les anastomoses artério-veineuses en radiologie (2). — **W. Frommhold.** Kyste cœlomique du médiastin postérieur (3). — **H. v. Hecker** et **H. Schmidt.** Trouvaille rare. une masse imposante de calculs rénaux (4). — **G. Siebert.** Vieille lésion du ligament croisé ; constatée lors d'une opération (5). [98]

Radiologia Medica (TURIN), vol. 39, nº 2, Février 1953. — **L. Pigorini** et **G. Tricomi.** Contribution de l'examen radiologique au diagnostic des soi-disant adénomes bronchiques (1). — **E. Ponzi** et **L. Leonardi.** Emploi d'une nouvelle substance de contraste en hystérosalpingographie (2). — **G. Lischi** et **A. Nerli.** Radiothérapie des réticulosarcomes lymphogangliomaires systémiques (3). [99]

Annali di Radiologia Diagnostica (BOLOGNE), vol. 25, fasc. 2, 1952-53. — **B. Bonomini.** Duodénum, pancréas et pédicule hépatique étudiés grâce à l'association de la stratigraphie et du pneumo-rétro-péritoine (1). — **F. Castellani.** Rein polykystique et rétro-pneumo-péritoine (2). [100]

Fasc. 3. — **F. Cerasani.** Enseignements radiologiques et anatomiques d'un cas d'hypoplasie rénale (3). — **G. Chianura.** Aspects radiologiques anormaux de l'estomac et contrôle opératoire (4). — **E. Fracasso.** Sur le diagnostic radiologique du prolapsus de la muqueuse gastrique de l'antre dans le duodénum par le pylore (5). — **G. Gardella.** Contribution à l'étude du syndrome des apophyses épineuses (Maladie de Baastrup) (6). — **G. Gardella** et **R. Boccaccio.** Évolution atypique d'un mal de Pott dorsal (7). — **G. Ghirelli.** Étude radiologique du tube digestif des vagotomisés (8). — **L. Guardabassi.** Sur la luxation de l'épaule pendant l'électroshock (9). — **F. Hueber.** Tableau radiologique dans un cas de lipome gastrique (10). — **G. Laschi.** Hernie diaphragmatique de l'estomac avec syndrome anémique (11). — **N. Macarini** et **L. Oliva.** Démonstration radiologique directe du pancréas pathologique au moyen de la stratigraphie l'insufflation rétro-péritonéale et gastrique (12). — **C. Nobille** et **A. Marinkovic.** Conséquences lointaines des lésions traumatiques de l'épaule dans la première enfance (13). — **G. Ottani.** Diagnostic radiologique de la lithiase urétérale et biliaire et résultats du contrôle opératoire (14).

Acta Radiologica (STOCKHOLM), vol. 39, fasc. 2, Février 1953. **P. Klami.** Visualisation des processus ulcératifs, par l'utilisation du peroxyde d'hydrogène dans le moyen de contraste (1). — **B. Lilie-Quist.** Endométriose utérine interne. Deux observations (2). — **U. Borell.** Importance pronostique de l'aspect macroscopique dans les carcinomes du col (3). — **O. Hallberg, B. Nohrman** et **B. Sylven.** Durée de survie chez les femmes atteintes de cancer mammaire à métastases et ayant subi le traitement au testostérone (4). — **C. E. Lampe.** Un cas de reflux duodéno-hépatique mis en évidence au moyen du repas baryté banal (5). [101]

Fasc. 3 Mars. — **E. Hasner, H. Jacobsen, M. Schalimtzek** et **E. Snorrason.** Vertèbres de transition lombo-sacrées (6). — **H. Skjoldborg.** Liposarcome embryonnaire (7). — **A. Scheel.** Quelques facteurs du pronostic, en particulier la biopsie, dans le cancer du sein (8).

Radiologia Clinica (BALE), vol. 22, nº 2, Mars 1953. — **P. Eggiman.** Les tumeurs malignes des fosses nasales et de l'ethmoïde. Essai de classification topographique (1). — **C. Meneghini** et **R. de Marchi.** Le pneumo-péritoine dans le diagnostic radiologique des tumeurs du cardia et du paracardia (2). — **O. Walther.** Relaxation du diaphragme de gauche après une blessure par arme à feu avec déplacement gastrique et troubles de l'évacuation (3). — **G. Fusi.** Essais expérimentaux sur les premières manifestations radiologiques de l'ostéoporose (4). [102]

Radiology (DETROIT), vol. 60, nº 2, Février 1953. — **P. E. Russo** et **C. J. Cavanaugh.** Le diagnostic des métastases pulmonaires. Etude de 105 cas (1). — **E. F. Dunne, E. H. Jensen** et **C. R. Hughes.** Le « télépaque ». Une nouvelle substance de contraste pour la cholécystographie (2). — **E. S. Gurdjian, J. E. Webster** et **H. R. Lissner.** Observations relatives à la prédiction du siège de la fracture dans les traumatismes céphaliques (3). — **P. W. Morgan** Ostéochondrite disséquante du septum supra-trochléaire (4). — **B. Gondos.** Calcification carpienne avec douleurs aiguës (Périarthrite calcaire). Etude clinique et radiologique (5). — **E. M. Canlas** et **Ch. E. Fildes.** Phytobézoar radio-opaque (6). — **R. E. Buenger** et **J. L. Savage.** Obstruction de l'angle splénique par un manche de piston (7). [103]

Nº 3, Mars. — **J. D. Osmond Jr.** Corps étrangers du rein. Vue générale sur la littérature et quatre observations additionnelles (8). **B. Milanes, E. Perez-Stable, R. Casanova, R. Bustamante** et **A. Hernandez.** Occlusions artérielles chroniques du membre inférieur. Etude artériographique de 62 cas (9). — **L. W. Paul.** Sclérose diaphysaire héréditaire multiple (Ribbing) (10). — **J. Stein, H. P. Colmore** et **R. A. Green.** Déchirure diaphragmatico-péricardique avec hernie intrapéricardique du côlon transverse (11). — **P. O' B. Montgomery** et **Sh. Warren.** Les mécanismes de la radiorésistance acquise du cancer (12).

[104] **The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine** [illegible] vol. 69, n° 2, Février 1953. — J. V. Howson, B. P. Widmann et J. L. Weatherwax. Irradiation transvaginale et hystérectomie pour cancers X dans le traitement du cancer du col (1). — W. L. Watson. Tumeur de l'oesophage à localisations cliniques atypiques (2). — B. Rosseberg. Carcinome des amygdales (3). — D. R. Keating, J. N. Burkey, H. K. Hellerstein et H. Fell. Thrombose massive consécutive des artères pulmonaires (4). — E. H. Wood, J. M. Taveras et J. Lawrence Pool. Démonstration [illegible] des métastases ganglionnaires à partir des tumeurs cervicales et utérines (5). — S. A. Leader et M. J. Russell. Valeur de la pyélographie en perfusion dans le diagnostic de la tuberculose du rein et urétère dans le mal de Pott lombo-sacré (6). — R. Wight et P. C. Swenson. Procédé radiographique pour la détection de corps étrangers [illegible] (7). — H. H. Lerner, S. L. Levinson et A. E. Kateman. Diverticule de Meckel (8).

N° 3, Mars. — G. J. Bayliss et J. M. Wear. Pneumopyélographie et urétéropyélographie rétrogrades (9). — S. S. Tanz. Mouvements du rachis lombaire. Étude radiographique (10). — F. N. Silverman. Manifestations radiologiques des pneumopathies aux diverses périodes du développement [illegible] (11). — E. A. Addington et R. A. Betts. Hystérosalpingographie immédiate après irradiation pour cancérome du col de l'utérus (12). — Ph. B. Parsons. Hernies paraduodénales (13). — A. B. Sherwood. Sinus pseudo-diverticulaire de l'estomac (14). — S. Kramer et B. B. Gay Jr. Abcès intra-rénaux primitifs de l'adulte (15). — Ch. D. Smith et E. N. Weaver. Lésions du corps calleux, [illegible] (16). — E. J. Sennett. Chondrome. Aspects radiodiagnostiques et sensibilité à la radiothérapie (17).

Anesthésie.

[105] **Anesthésie et Analgesie** [illegible], t. 16, n° 1, Février 1953. [Travaux Nordiques]. — P. Huguenard. Technique et résultats de l'hibernation artificielle [illegible] dans la pratique courante (1). — J. Lassner. Quelques principes de réanimation (2). — J. Monnerss. Quelques réflexions sur quinze années de pratique de l'anesthésie (3). — J. Cahn, Mlle Dubrasquet et G. Georges. Recherches [illegible] pendant l'hibernation (4). — J. Cahn, Mlle M. Dubrasquet et J. M. Meton. Action de l'acétylcholine [illegible] sur l'endocrinie expérimentale du myocarde (5). — L. Camman et R. Paraut. Hibernation pour un cancer prostato-grave [illegible] (6).

Acta Anesthesiologica Belgica [illegible], n° 3, n° 2-3 Novembre 1952. — A. Dumont et S. Becquevort. Notions d'expérience sur la transfusion sanguine (1). — J. Van de Walle. Emploi de la pendiomide dans un cas d'oedème pulmonaire post-opératoire (2). — S. Wiedling. La Xylocaïne. Nouvel anesthésique local (3). — R. Piret. Un cas d'hibernation artificielle selon la méthode de Laborit (4).

[107] **Minerva Anestesiologica** [illegible], an. 18, n° 2, Février 1952. — A. Prete et L. Marogna. L'action d'une substance [illegible] sur l'oxyhémoglobine dans le sang (1). — E. Ciocatto, A. D. Cattaneo et L. Bianchetti. Modifications respiratoires et circulatoires dans le traitement [illegible] (2). — S. Campanini. Le Pentothal dans la pratique de l'hibernation artificielle de Laborit (3). — L. Salvini. Sur l'anesthésie dans la chirurgie [illegible] (4). — G. Montanari et A. Zampari. Sur [illegible] (5).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

[108] **La Presse Médicale** [illegible], t. 61, n° 17, 4 Mars 1953. — B. Kourias. Complications hépato-biliaires graves après gastrectomie pour ulcère duodénal (1).

N° 16, 7 Mars. — L. Leger. L'incision oblique costo sus- ou sous ombilicale (2).

N° 17, 11 Mars. — D. Pesti Dumaine, Jr. Chanany et G. Guion. La fragilité capillaire des maladies infectieuses [illegible] (3). — [illegible] de Vaccinothérapie locale et symptomatologie humorale. Valeur pronostique de l'hyperleucocytose (4).

N° 18. — 14 Mars. — C. Laine, Khalil et Lumbroso. Les syndromes artériels d'allure essentielle (4). — A. Améline et N. Lousseau. Sur les résultats éloignés d'une chondro-pexie-gastrotomie (5). — J. D. Romani. La prévention des [illegible] par une variante de la méthode de Mallory (6).

N° 19, 18 Mars. — J. Duval. La gastrectomie dans les ulcères très haut situés de l'estomac (7).

N° 20, 21 Mars. — H. Laborit. Aperçu [illegible] de quelques grands syndromes chirurgicaux (8). — Daniel Fessy, [illegible] dans les suites opératoires immédiates des anévrysmes [illegible] (9).

N° 21, 25 Mars. — J. A. Lievre, J. M. Verne et Mme J. A. Lievre. Un type de tumeur osseuse de nature [illegible] (10). — L. Leger et J. Lataste. Le traitement du canal de Wirsung [illegible] (11). — J. Oudot, R. Roge, G. Delahaye et J. M. Cormier. Greffe vasculaire en T pour anévrysme [illegible] (12). — R. Joyeux. Sur l'[illegible] observation de [illegible] (13). — R. Fontaine, V. Chardon et J. Le Gal. Opération de [illegible] (14).

N° [illegible], 28 Mars. — G. Coumaud. Les [illegible] (15). — Y. Touger et J. P. Aubert. [illegible] (16). — L. Lelems. [illegible] (17). — A. Wilm-Thiersch. [illegible] (18).

La Semaine des Hôpitaux (PARIS), an. 29, n° 18, 14 Mars, 1953. — **J. E. Pallas, Bonnal** et **Gastant.** L'épreuve de la compression de la carotide saine au cours de la thrombose de la carotide interne opposée ; sa valeur pour le diagnostic et le pronostic (1). [109]

N° 19, 18 Mars. — **J. M. Lemoine** et **J. Fauvet.** Les hémoptysies bronchiques tardives dues au gaz de combat (2). — **R. Moreau, P. Bourgeois, Vic. Dupont, Ch. Blatrix** et **J. Brizard.** Ostéochondrome primitif du poumon (3).

N° 20, 22 Mars. **R. Ivancic** et **B. Oberhofer.** Notre expérience personnelle du traitement chirurgical du rétrécissement mitral (4).

N° 21, 30 Mars. — **A. Chavany** et **Hagenmuller.** Les accidents nerveux apoplectiformes des manœuvres abortives ; leurs séquelles éventuelles (5).

Gazette des Hôpitaux (PARIS), an. 126, n° 3, Février 1953. — 31 Janvier 1953. — **R. Levent.** La fréquence du cancer du poumon est-elle en rapport avec l'usage du tabac (1). [110]

N° 8, 20 Mars. **B. Laugier.** Le traitement des adénites tuberculeuses suppurées par le P. A. S. local en pansements associé aux U. V. (2).

Gazette Médicale de France (PARIS), t. 60, n° 4, Février 1953. **Ph. Baumgartner.** Examen d'un malade atteint d'un genou douloureux (1). [111]

N° 5, 1er Mars. — **J. A. Chavany** et **Hagenmuller.** Les radiculites lombaires hautes L 1, L 2, L 3, L 4) ; problèmes sémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques (2). — **J. M. Montpellier.** A propos de récidives cancéreuses (3). — **J. Chome.** Les tumeurs primitives de vessie (4).

N° 6, 15 Mars. — **J. A. Lièvre.** Les traitements de la douleur lombaire (5). — **Ph. Baumgartner.** Les injections de novocaïne avec hyaluronidase dans les coxarthries douloureuses (6). — **J. Lelièvre.** Quelques aspects de la pathologie du pied (7).

Le Bulletin Médical (PARIS), an. 67, n° 4, 15 février 1953. **J. P. Hardauch.** Les abcès de foie (1). [112]

N° 5, 1er Mars. — **P. P. Ravault, G. Vignon** et **P. Bruel.** Valeur sémiologique des douleurs de l'épaule (2).

La Revue du Praticien (PARIS), t. 3, n° 8, 11 Mars 1953. — **A. Tzanck.** Les bases physiologiques de la transfusion sanguine (1). — **J. Gosset.** La réanimation per opératoire (2). — **L. Revol.** Techniques de la transfusion sanguine (3). [113]

N° 9, 21 Mars. — **V. de Lavergne.** Prévention et traitement actuel du tétanos (4).

Lyon Médical, an. 85, n° 9, 1er Mars 1953. — **M. P. Marion, J. Blum** et **Mlle Grégoire.** Modifications électrocardiographiques transitoires après massage cardiaque (1). — **M. Pont** et **J. Papillon.** Association de hernie diaphragmatique et de phlébite à répétition (2). [114]

N° 10, 8 Mars. — **A. Guichard, F. Cabanne, F. Larbre** et **P. Bonnet.** Chorio-épithéliome isolé du poumon avec gynécomastie chez un homme de 55 ans. Pneumonectomie, Guérison depuis un an et demi (3).

N° 11, 15 Mars. — **Dechaume, Boulliat** et **Potton.** Artérite temporale à cellules géantes ; maladie de Horton-Gilmour (4). — **Plauchu** et **Bouquin.** Observation anatomoclinique d'artérite temporale à cellules géantes ; maladie de Horton-Gilmour (5).

N° 12, 22 Mars. **Ledru** et **Colin.** Sur un cas de tumeur maligne de la paroi thoracique avec absence complète de la 4e côte droite (6).

N° 13, 29 Mars. **P. Guinet** et **Berger.** Le goitre du Nord-Africain transplanté en France (7).

Journal de Médecine de Lyon, an. 34, n° 797, 20 Mars 1953. **Planchu** et **Bussy.** Etude anatomique et clinique des gynécomasties (1). [115]

Marseile Médical, an. 90, n° 2, 1953. — **J. Olmer, R. Muratora** et **Mme F. Naar.** La forme anémique du cancer du cæcum (1). [116]

N° 3. — **Max Lallemand** et **E. Reboud.** Les pleurésies purulentes tuberculeuses et leur traitement (2). — **S. Geller.** Physiologie de la coagulation sanguine (3).

Toulouse Médical, an. 54, n° 3, Mars 1953. — **J. Ducuing.** Un regard en arrière sur les greffes articulaires totales (1). — **Virenque** et **Pasquié.** L'ostéosynthèse par cerclage temporaire dans les fractures diaphysaires obliques (2). — **G. Lazorthes** et **G. Rieunau.** Lombosciatalgies et greffe osseuse (3). — **G. Rieunau.** Les prothèses acryliques ont-elles résolu les problèmes posés par l'arthroplastie de la hanche (4). — **P. Ficat.** Rôle des ménisques dans la traumatologie du genou (5). — **R. Gay.** Radiodiagnostic précoce des luxations et subluxations congénitales de la hanche (6). — **R. Souquet** et **Baychelier.** Les traumatiques fermés du rachis cervical ; à propos de 31 observations (7). [117]

Montpellier Médical, an. 96, n° 2, Février 1953. **Truc, Guillaume** et **Vidal.** Les plaies vésicales par empalement (1). — **Truc** et **Guillaume.** Le problème des voies d'accès de l'adénomectomie prostatique (2). — **E. Truc, Schilliro** et **Masri.** De la rééducation des vessies paralysées ; l'irrigation périodique et l'ionisation (3). [118]

Journal des Sciences médicales de Lille, an. 71, n° 3, 15 Mars 1953. **Vincent** et **R. Fénart.** Canal cystique double (1). [119]

Écho Médical du Nord (LILLE), t. 24, n° 3, Mars 1953. **H. Warembourg.** Le choix d'un antibiotique (1). [120]

Strasbourg Médical, t. 4, n° 3, Mars 1953. — **E. Forster** et **J. Gery.** Sympathome intrathoracique (1). — **J. Meyer.** Le traitement des entorses pour le bromhydrate de scopolamine levogyre (2). [121]

Revue Médicale de Nancy, an. 74, 15 Mars 1953. — **J. Sommelet.** Le traitement des tumeurs vasculaires du cerveau (1). — **G. Faivre, P. Lamy, P. Arnould, de Ren** et **Pillot.** Etude préopératoire d'un cas de rétrécissement mitral (2). — **A. Willems.** Méthode nouvelle de laryngectomie avec implantation endolaryngée de lambeaux de Thiersch (3). [122]

[123] **Ouest Médical** (PARIS), an. 6, nº 5, 10 Mars 1953. — **M. Nicol.** Le traitement chirurgical des fractures récentes du col du fémur (1).

Nº 6, 25 Mars. — **E. Aron** et **Mc Guilbaut.** Difficulté du diagnostic des ictères ; intérêt de la radiomanométrie (2). — **Maruelle, Bourguet, Le Branchu** et **Mazeas.** Faux diverticule de l'œsophage chez un enfant de 3 ans (3).

[124] **Algérie Médicale** (ALGER), an. 57, nº 2, Février 1953. — **R. Raynaud, P. Miniconi, P. Bernasconi** et **Mlle Brochier.** Les anticoagulants dans le traitement des artérites oblitérantes (1). — **J. Lebon, M. Fabregoule, R. Eisenbeth** et **R. Le Go.** Splénoportographies transpariétales et manométrie intra-splénique (2). — **Viallet, Combe, Chevrot, Sendra** et **Houel.** Angiopneumographies expérimentales chez le chien et diagnostiques dans les troubles vento-circulatoires chez l'homme (3).

[125] **La Tunisie Médicale** (TUNIS), an. 41, nº 2, Février 1953. — **R. Ganem.** Ingestion de caustique ; sténose complète du pylore sans lésion œsophagienne (1). — **M. Delort.** Sur 100 gastrectomies pour lésions bénignes réalisées de 1944 à 1948 (2). — **J. Royer.** Sur la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (3). — **J. L. Taulelle.** Sur un cas de balano-posthite diabétique (4).

Nº 3, Mars. — **Ganem** et **M'Barek.** Cancer recto sigmoïdien, anastomose colo-rectale par suture sur drain ; guérison ; 22 cas tunisiens (5). — **H. Bonan** et **H. Cohen.** Un cas de pyopneumopéricarde (6). — **Dana, Borsoni, V. Corcos, J.** et **M. Thonier.** Suites éloignées d'une pneumectomie sans thoracoplastie (7).

[126] **L'Extrême-Orient Médical** (HANO), t. 5, nº 1, Janvier-Mai 1952. — **Nguyen Huu.** 6 cas d'artères anormales d'origine aortique du poumon, associées à des malformations congénitales kystiques du lobe inférieur (1). — **P. Huard.** La ligature de la carotide primitive à sa partie inférieure, par l'espace sterno-thyroïdien (2). — **P. Delom.** Luxation acquise permanente de la rotule gauche ; intégrité fonctionnelle (3). — **P. Huard, Vu Cong Hoe** et **Tran Sy Don.** Kyste dermoïde du plancher buccal (4). — **P. Delom, Guillemeteau** et **Steans.** Abcès sous phrénique droit et abcès du foie consécutif à des plaies par projectiles de guerre (5).

Nº 2, Juin-Octobre. — **A. Olivier** et **Vu Cong Hoe.** Volumineuse tumeur latéro-cervicale très radiosensible (6). — **P. Delom.** Plaie péricardique par éclat ; extraction simple sous écran (7). — **Vu Cong Hoe, Tran Ngoc Ninh** et **Tran Anh.** Dysembryome complexe paranéphrétique (8). — **P. Delom.** Luxation carpienne bilatérale ; traitée par résection d'emblée partielle du carpe (9). — **P. Delom.** Pied de mine ; tentative de conservation maxima suivie d'intervention atypique ; résultat fonctionnel satisfaisant (10). — **Vu Cong Hoe.** Sur un cas de myosarcome de l'utérus (11). — **Hoang Tieu Bao, Tran Ngoc Ninh** et **Vu Cong Hoe.** Adénocancer du foie avec syndrome d'ictère chronique par rétention (12).

Allemagne.

[127] **Deutsches Medizinisches Journal** (BERLIN), an. 4, fasc. 5-6, 15 mars 1953. **G. E. Schubert.** Points de vue dominants chirurgicaux dans l'abdomen aigu (1). — **E. Bracht.** L'abdomen aigu en gynécologie (2). — **W. Weidemann.** L'abdomen aigu chez l'enfant (3). — **F. Reischauer.** Sur la lombalgie, l'ischialgie et la brachialgie (4). — **W. E. Schmidt.** L'indication des anastomoses bilio-digestives (5). — **H. Goerke.** Indication et technique de la gastroscopie (6).

[128] **Münchener Medizinische Wochenschrift** an. 100, nº 10, 6 Mars 1953. **Wymer.** Le traitement consécutif des blessures des parties molles, des os et des articulations et après les inflammations (1). — **W. Lindenberg.** Traitement par les médicaments de l'épilepsie traumatique (2). — **A. Schoger.** Le traitement de la brachialgie paresthésique nocturne (3).

Nº 11, 13 Mars. — **A. Nissle.** Sur l'importance de la dysbactérie du côlon dans la pathogénèse du cancer (4).

Nº 12, 20 Mars. **Gadermann** et **Schrader.** Sur la méthode et l'importance clinique de l'aortographie (5). — **W. Enste.** Importance et technique de l'angiographie cérébrale percutanée (6).

Nº 13, 27 Mars. — **E. Seifert.** Nil nocere ! Le pansement à attelles au niveau de la main et des doigts (7). — **F. Asbeck.** Traitement par lumière solaire et par l'assèchement de l'ulcère crural (8). — **J. Feuerstacke.** La thérapeutique à base d'apalgine en orthopédie (9).

[129] **Deutsche Medizinische Wochenschrift** (STUTTGART), an. 78, nº 10, 6 Mars 1953. — **T. Derra** et **H. Rink.** La résection segmentaire dans la tuberculose pulmonaire (1). — **R. Wanger, D. Doneff** et **E. Vyslonzil.** L'action circulatoire des substances bloquant les ganglions (2). — **H. Waskönig.** Le traitement par la pénicilline de 100 cas d'ostéomyélite hématogène aiguë (3). — **U. Wilbrand.** Expériences cliniques avec le nouvel anticoagulant : le Thrombodym (4). **H. Kuhlendahl** et **V. Hensell.** Le prolapsus massif interne du disque intervertébral lombaire avec compresseur de la queue de cheval (5).

Nº 11, 13 Mars. — **M. Hackenbroch.** La douleur du genou (6). — **W. Irmer** et **F. H. Koss.** La narcose potentialisée (7). — **L. Koslowski** et **Kolde.** Le diagnostic différentiel et le traitement des troubles de la transfusion (8). — **U. J. Wassner.** Expériences du traitement des états menaçants de collapsus (9).

Nº 12, 20 Mars. — **R. May** et **R. Nissel.** Diagnostic et traitement ses suites éloignées des thromboses (10).

Nº 14, 27 Mars. — **E. Borchers.** Chirurgie des tumeurs pyloriques (11). — **H. Krauss.** Progrès de la chirurgie œsophagienne (12). — **E. Derra** et **F. Koss.** Expériences de la résection comme traitement des bronchiectasies (13). — **Th. Naegeli.** Variations dans la connaissance pathogénique et dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë suppurée (14). — **R. Kautzky** et **E. A. Schrader.** Reconstruction de la voie artérielle comme traitement de la claudication intermittente (15). — **W. Henkel** et **W. Hugin.** Isopropylchloryde (IPC) ; un nouvel anesthésique par inhalation (16). — **Th. O. Lindenschmidt, F. Bramstedt** et **H. W. D. Heinrich.** Diagnostic et traitement des troubles de la protéolyse après gastroentérostomie et résection gastrique partielle (17). — **R. W. Meyer-Mickeleit.** L'É. E. G. dans les traumatismes crâniens fermés (18). — **O. Boos.** Pathogénie des malformations vertébrales (19). — **F. Kummerle.** La question de l'anémie dans les hernies diaphragmatiques (20).

Medizinische Monatschrift (Stuttgart), an. 7, fasc. 3, Mars 1953. — **Fr. Gycha.** Sur les problèmes et la technique de l'intubation pour narcose (1). — **G. Kraucher.** Résultats expérimentaux et cliniques d'un nouvel agent de blocage ganglionnaire (2). — **K. Th. Schuknecht.** Pathogénèse et traitement conservateur du prolapsus discal lombaire (3). [130]

Die Medizinische (Stuttgart), nº 12, 21 Mars 1953. - **K. E. Fecht.** Thérapeutique par les œstrogènes et organothérapie en gynécologie (1). — **J. Rehn** et **M. J. Whitelaw.** Traitement local des brûlures légères avec la pâte à cortisone (2). [131]

Zeitschrift fürdie Gesamte Innere Medizin (Leipzig), an. 8, nº 6, 15 Mars. — **Leschke.** Contribution expérimentale à la question de l'innervation segmentaire du poumon (1). [132]

Autriche.

Wiener Medizinische Wochenschrift, an. 103, nº 10, 7 Mars 1953. - **F. D. Rendelstein.** L'hystérosalpingographie ses dangers et leur prévention (1). — **L. Schönbauer, R. Kucher** et **K. Steinbereithner.** L'hypotension artérielle contrôlée, prolongée, contribution au traitement conservateur des hémorragies intracrâniennes et de l'hypertension cérébrale aiguë (2). — **A. Benke.** — L'hypotension artérielle contrôlée par la Dépressin et le Pendiomid (3). — **Fegerl.** Pour la conservation d'un vagin suffisamment profond après les opérations utérines radicales (4). [133]

Nº 11, 14 Mars. — **R. Jelinek.** Notre expérience de la Polydyn dans les tumeurs malignes (5).

Nº 13, 28 Mars. — **K. Chiari.** Pied bot talus et luxation de la hanche (6). — **E. M. Klausberger.** L'artériographie transcutanée de l'artère vertébrale (7).

Wiener klinische Wochenschrift, an. 65, nº 10, 6 Mars 1953. - **O. Friberg.** La narcose moyenne et ses moyens accessoires (1). — **H. Kirchmair.** Une variante cliniquement importante de l'artère thyroïdienne supérieure (2). — **G. Hienert** et **R. Kucher.** Opération transventriculaire de la sténose pulmonaire, avec blocage ganglionnaire et hypotension contrôlée (3). [134]

Nº 11, 13 Mars. — **S. E. Ziffren.** Conceptions modernes du traitement des brûlures (4). — **R. Singer.** Formes évolutives des troubles circulatoires de l'artério-sclérose des extrémités (5).

Nº 12, 20 Mars. — **A. Zängl.** Proctalgie fugace (6).

Nº 13, 27 Mars. — **H. Bruck.** Les malformations du poumon humain et la possibilité de leur traitement chirurgical (7). — **R. Jelinek.** La vagotomie avec la suture simple comme méthode opératoire des ulcères gastriques et duodénaux perforés (8). — **H. Tischer** et **J. Reitinger.** La suppression de la douleur dans les cancers génitaux incurables (9).

Klinische Medizin (Vienne), an. 8, fasc. 4, 1er avril 1953. - **F. Grunberger.** La régulation hormonale de la glande mammaire (1). [135]

Belgique.

Le Scalpel (Bruxelles), an. 106, nº 5, 31 Janvier 1953. **L. Piret.** A propos du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal (1). [136]

Nº 11, 14 Mars. — **B. Blankroff.** Les maux de Pott silencieux (2).

Bruxelles Médical, an. 33, nº 10, 8 Mars 1953. **Marcel Fèvre.** Point de vue chirurgical sur les angiomes de l'enfant (1). — **Cl. Gompel.** Aspects cytologiques du carcinome du corps utérin (2). [137]

Nº 11, 15 Mars. — **F. Latiers.** Rupture localisée au niveau de la corne utérine (3).

Nº 12, 22 Mars. — **S. De Roy.** Le lymphœdème ou éléphantiasis nostras des membres inférieurs (4).

Nº 13, 29 Mars. — **F. Van der Straaten.** Dix cas de cancer du col et grossesse (5).

Revue Médicale de Liège, vol. 8, nº 5, 1er Mars 1953. - **A. Fink.** Anomalies de développement des arcs aortiques ; diagnostic (1). — **J. Ernould.** Troubles de croissance ; étude diagnostique du squelette (2). [138]

Nº 6, 15 Mars. — **A. Jous** et **L. Blavier.** Introduction à un nouveau traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (3).

Espagne.

Revista Clinica Espanola (Madrid), t. 48, nº 1, 15 Janvier 1953. - **F. Martin Lagos, M. Zara Pico** et **J. Gomez.** Les problèmes posés par le goitre dit colloïdal métastatique (1). — **J. Varela de Seijas Aguilar.** La pseudo-appendicite dans les cardiopathies valvulaires rhumatismales (2). — **A. Amselem, J. Sanjuan** et **F. Lopez-Arriba.** Sur un cas de cancer de l'urèthre (3). — **C. Nauton Morgan.** Traitement du cancer du gros intestin y compris la résection restauratrice pour cancer rectal (4). [139]

Nº 2, 31 Janvier. — **J. Rof Carballo** et **H. Castro Mendoza.** Carcinome primitif du duodénum avec coproporphyrinurie type I (5). — **M. Ongil Gonzalez.** Emploi des matières plastiques en pathologie humaine et ses conséquences pratiques (6). **C. Pera Blanco-Morales.** Fistule gastro-colique dans le cancer gastrique (7). — **G. Maurity Santos.** Base du traitement chirurgical des hernies inguinales (8).

Nº 4, 28 Février. — **J. V. Anastasio.** Le diagnostic différentiel des syndromes de l'épaule douloureuse (9). — **S. Di Rienzo.** La radiologie du poumon opéré (10). — **J. L. de la Mano Marcos.** Sur la dissolution des calculs urinaires (11).

[139] N° 5, 15 Mars. — **L. Gandara Mazpule.** La gastroscopie actuelle (12). — **S. Obrador, R. Alberca** et **J. R. Boixados.** Troubles de conscience prolongés après extirpation d'une tumeur du IV° ventricule ; papillome choroïdien (13). — **J. Fernandez Pleyan.** Cholangiographie opératoire (14). — **J. Simarro-Puig** et **J. Munoz-Pujal.** Le traitement orthopédique et chirurgical des fractures du col du fémur chez les paraplégiques (15).

[140] **Medicina** (MADRID), an. 21, n° 1, Janvier 1953. — **M. Valdes, A. Zamanillo** et **A. M. Mendez-Gil.** Anévrysme de l'aorte avec image pseudo-tumorale (1).
N° 2, Février. — **Alvarez Morujo.** Effets morphologiques produits par la vagotomie expérimentale (2). — **E. de la Pena.** Aspects nouveaux du problème de la tuberculose urinaire et génitale masculine (3).

[141] **Medicina y Cirugia de Guerra** (MADRID), an. 15, n° 3, Mars 1953. — **E. Herrera Adans.** La cryptorchidie au point de vue médical pratique (1). — **M. de Quadros Tejeiro.** La chirurgie d'urgence et les guerres modernes (2). — **A. Merino Peinado.** La luxation récidivante de l'épaule (3).

[142] **Medicina Espanola** (VALENCE), an. 16, n° 166. Janvier 1953. — **F. Gomar Guarner.** Tumeurs mésentériques (1). — **A. Clavero Nunez.** Traitement des troubles de la castration et de la ménopause par l'établissement de cycles d'œstrogènes et d'androgènes (2). — **J. Boix Barrios.** Traitement moderne du tétanos chez l'enfant (3).
N° 167, Février. — **F. Gomar Guarner.** Tumeurs mésentériques (4). — **J. A. Borras.** Commentaires sur deux cas de contusion rénale (5). — **S. Martinez Gomez.** Pessimisme actuel quant au diagnostic précoce du cancer de l'estomac (6). — **L. Abad Colomer.** Une nouvelle méthode diagnostique des affections prostatiques (7). — **L. Abad Colomer.** Cystopathies endocriniennes de la femme (8).
N° 168, Mars. — **F. Gomar Guarner.** Tumeurs du mésentère (9).

[143] **Actualidad Medica** (GRENADE), an. 29, n° 339, Mars 1953. — **Cl. Hernandez Meyer.** La nécrose aiguë du pancréas (1). — **L. Bohler.** L'évolution de la traumatologie dans les cent dernières années et les perspectives d'avenir (2).

Finlande.

[144] **Annales Medicinæ Internæ Fenniæ** (HELSINKI), vol. 42, fasc. 1, 1953. — **P. I. Halonen** et **A. Aho.** Métastases cardiaques des tumeurs malignes (1). — **D. E. Holmdahl.** Points de vue nouveaux sur la morphophysiologie des articulations (2). — **P. Peltola** et **A. Ahto.** Nodosités d'Heberden et spondylarthrose cervicale (3).

[145] **Finska Läkaresällskapets Handlingar** (HELSINGFORS), vol. 95, n° 1, 1952. — **O. Biström.** Le traitement des fractures malléolaires (1). — **R. Wilenius.** Deux cas de léiomyome de l'urèthre (2).

Grande-Bretagne.

[146] **The Lancet** (LONDRES), vol. 264, n° 6758, 7 Mars 1953. — **Sir Ch. Symonds.** Relations du traumatisme et de la spondylose cervicale dans la compression de la moelle cervicale (1). — **F. H. Smirk.** L'action d'un nouveau composé du méthonium dans l'hypertension artérielle (2). — **J. C. Goligher.** Table à tête mobile pour l'abord abdominothoracique à l'estomac et à l'œsophage (3).
N° 6759, 14 Mars. — **D. A. Layne, Valentine Logue, W. V. Mayneard, W. Mc Kissock** et **D. W. Smithers.** Le traitement des gliomes cérébraux par les rayons X à 24 millions de volts (4).
N° 6760, 21 Mars. — **Sir Heneage Ogilvie.** Le problème de l'ulcération peptique (5).
N° 6761, 28 Mars. **A. J. S. Mc Fadzean.** Les ligatures des artères splénique et hépatique dans l'hypertension portale (6). — **H. A. Haxton.** La transfusion de sang intraaortique (7). — **F. H. Stevenson.** Fistule artério veineuse pulmonaire infectée (8). — **C. P. Petch.** Modifications électrocardiographiques après néphrectomie (9). — **G. Mouzas** et **A. Kirk Wilson.** Absence congénitale de la vésicule biliaire (10).

[147] **British Medical Journal** (LONDRES), n° 4809, 7 Mars 1953. — **A. F. Robinson.** Diverticulite jéjunale avec concrétion diverticulaire (1).
N° 4810, 14 Mars. — **S. Russ.** Un traitement précoce est-il essentiel dans le cancer ? (2). — **E. D. D. Davis.** Diagnostic précoce et traitement du carcinome du nez (3).
N° 4811, 21 Mars. — **A. R. Hunter.** Les agents anticurare (4). — **E. Wilson.** Fistule anale avec extension à la cuisse (5). — **A. P. Kitchin.** Polypose de l'intestin grêle (6). — **I. Kaplan** et **M. Feuchtwanger.** Invagination récidivante due à une polypose du tractus gastro-intestinal associée à de la pigmentation (7).
N° 4812, 28 Mars. — **G. P. Burn.** L'excrétion d'amines hypertensives dans le phæochromocytome (8). — **F. R. R. Martin** et **R. J. Carr.** Maladie de Crohn intéressant l'estomac (9). — **G. E. Moloney.** Éviscération pelvienne avec anastomoses primitives urétériques et intestinales (10). — **R. G. Mc Leod.** Sinus pilonidal de la région sus pubienne (11). — **D. I. Stirk.** Un cas d'hématome sous-séreux duodénal (12).

[148] **Proceedings of the Royal Society of Medicine** (LONDRES), vol. 46, n° 3, Mars 1953. — **H. Haber** et **R. H. Séville.** Epithelioma intra-épidermique type Borst-Jadassohn (1).
N° 4, Avril. — [*Chirurgie*]. **E. E. Pochin.** Discussion sur l'emploi des radioisotopes en chirurgie (2). — [*Endocrinologie*]. **C. E. Dent.** Discussion sur la physiologie et les troubles cliniques des glandes parathyroïdes (3). — **C. N. Armstrong.** Le pseudohermaphrodisme mâle (4).

Glasgow Medical Journal, vol. 34, nº 3, Mars 1953. — **Th. Symington** et **A. L. Goodall**. Etudes sur les phéochromocytomes I. Aspects anatomo-pathologiques (1). — **A. L. Goodall** et **Th. Symington**. Etudes sur les phéochromocytomes. II Aspects cliniques, diagnostic grâce aux substances de blocage adrénergique et traitement (2). — **G. Dohlman** et **A. Sjovall**. Gros tératome épignathe opéré avec succès immédiatement après la naissance (3). [149]

The Birmingham Medical Review, vol. 18, nº 1, 1953. — **A. L. d'Abreu**. Le traitement chirurgical de la sténose mitrale (1). [150]

Hollande.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Amsterdam), an. 97, nº 11, 14 Mars 1953. — **J. H. H. Ruding** et **G. de Witt**. L'opération des atrésies congénitales du conduit auditif (1). [151]
Nº 12, 21 Mars. — **Eerland**. Fistules artério-veineuses du poumon, d'où anévrysmes (2). — **Grasveld**. Kyste bronchogène du médiastin (3).

Italie.

Il Policlinico [Sezione Pratica] (Rome), vol. 60, nº 9, 2 Mars 1953. — **C. Cervin, E. Cerimele** et **S. Luca**. Cortisone et Héparine (1). [152]
Nº 12, 23 Mars. — **E. Petrelli**. Progrès diagnostiques et thérapeutiques dans les syndromes spastiques gastro-intestinaux (2). — **L. Cancellotti**. La stellectomie dans le syndrome cérébral de l'ictus (3). — **G. Zappala**. Reconstitution du ligament croisé antérieur du genou avec articulation fermée (4).

Archivio per le Scienze Mediche (Turin), an. 78, nº 3, Mars 1953. — **V. Malamani**. La dynamique circulation dans la narcose barbiturique (1). [153]

Minerva Medica (Turin), an. 44, nº 15, 21 Février 1953. — **A. Paleari**. Clinique et radiologie d'un cas de gliome temporal d'évolution atypique (1). [154]
Nº 16, 24 Février. — **L. Fatti**. La chirurgie devant la sténose mitrale (2).
Nº 18, 3 Mars. — **L. Griva** et **F. P. Sacca**. Tumeurs thyroïdiennes avec métastases ; cliniquement latentes dans leur siège primitif (3). — **A. Giberti**. Le traitement pré et post-opératoire des hyperthyroïdiens ; l'acide ascorbique administré à doses élevées (4). — **S. Corbetta** et **C. Franchini**. Abcès multiples embolicométastatiques du poumon (5).
Nº 19, 7 Mars. — **T. Lucherini** et **C. Cecchi**. La position nosographique de la myosite ossifiante ; influence de la cortisone (6). — **A. Marinello**. Mal perforant plantaire guéri par la nacrohormone placentaire (7).
Nº 20, 10 Mars. — **A. Colombo** et **G. Calligari**. Prophylaxie du vomissement chez les opérés sous anesthésie générale (8).
Nº 24, 24 Mars. — **T. Bianco** et **E. L. Voarino**. L'isonicotinidrazide et les hémorragies chez les tuberculeux (9).

La Riforma Medica (Naples), an. 67, nº 11, 14 Mars 1953. — **C. Scarinci** et **C. Zucconi**. Agénésie totale du poumon gauche bien tolérée chez un jeune homme de 20 ans (1). [155]
Nº 12, 21 Mars. — **P. Conforti**. Sur le traitement chirurgical de la rhinoliquorrhée post-traumatique (2).
Nº 13, 28 Mars. — **C. Scarinci** et **C. Zucconi**. Etude comparative des résultats des examens angiopneumographiques et bronchoscopiques dans le carcinome bronchique (3).

Rassegna Internazionale de Clinica e Terapia (Naples), vol. 33, nº 3, 15 Février 1953. — **M. de Franchis**. Sur l'eosinophilie fissurale périulcéreuse dans l'ulcère duodénal (1). — **U. Gigli**. Rupture de grossesse extra utérine avec hémopéritoine et hémothorax (2). [156]
Nº 4, 28 Février. — **N. Carrillo**. Sur un cas de hernie crurale de l'utérus (3).
Nº 5, 15 Mars. — **A. Parma** et **F. de Vincenzo**. Structure de la glande thyroïde et particulièrement de l'épithélium folliculaire dans son état fonctionnel (4). — **V. A. Tritto**. Diagnostic de la pancréatite aiguë (5). — **L. Calarese**. Thérapeutique du cancer de la bouche (6).
Nº 6, 31 Mars. — **M. de Franchis**. Imperforation anale avec fistule recto-vaginale congénitale (7). — **G. Casella**. Les antibiotiques en chirurgie (8). — **N. Carrillo**. Tératome de la région sacrococcygienne (9).

Il Progresso Medico (Naples), vol. 9, nº 2, 31 Janvier 1953. — **U. Episcopo** et **R. Fruscella**. Cathétérisme du sinus coronaire chez l'homme (1). [157]
Nº 6, 31 Mars. — **G. Romeo**. L'athropie de Parrot : faits pathogéniques et thérapeutiques (2).

Gazzetta Medica Italiana (Milan), an. 111, nº 6, Juin 1952. — **V. Caramello**. La thérapeutique anticoagulante moderne (1). [158]
Nº 8, Août. — **A. Sparano**. Thérapeutique de l'abcès froid (2).
Nº 9, Septembre. — **F. Fesani**. Le placenta dans le traitement des ulcères variqueux (3). — **U. Marillo**. Sur l'usage du paraminobenzoate de diéthylammonium comme sédatif préopératoire (4).
Nº 10, Octobre. — **L. Enrico**. Le pouvoir hémostatique de la thrombine (5).
An. 112, nº 2, Février 1953. — **C. Piana**. Expériences sur les effets prophylactiques vis-à-vis de la thrombose veineuse expérimentale du traitement combiné vitamine E, Calcium-Bios 1 (6).
Nº 3, Mars. — **R. Marinoni**. La thérapeutique endoartérielle dans les endartérites oblitérantes (7).

[159] **La Clinica** (Bologne), an. **14**, nº 2, 1953. — **E. Polli.** Au sujet des kystes non parasitaires du foie (1). — **V. Reggianini.** Sur la distension de l'intestin au moyen de l'intubation (2). — **P. Serra** et **A. Parma.** La plastrinémie à la période post-opératoire et ses rapports avec les complications thrombo-emboliques (3). — **V. Reggianini.** La guérison manquée après l'appendicectomie suivie d'un syndrome douloureux de la partie droite de l'abdomen (4).

[160] **Medicina** (Parma), vol. **2**, nº 1, Janvier-Février 1952. — **T. Lucherini.** Le problème nosologique de la thrombophlébite migrante, rémission du tableau clinique grâce à la cortisone (1).

Nº 4, Juillet-Août. — **G. Toni.** Bases anatomiques de la circulation collatérale des membres (2). — **A. Puglionisi.** Principes physiques de la circulation ; leur importance dans la dynamique de la circulation collatérale dans les oblitérations artérielles chroniques (3). — **F. Aschieri** et **A. Puglionisi.** Dynamique de la pression sanguine et circulation collatérale (4). **C. Morone.** Les répercussions des lésions veineuses sur la circulation collatérale artérielle dans les artériopathies périphériques oblitérantes (5). — **E. Ruggieri** et **G. Zannini.** Sur les anastomoses artério-veineuses comme traitement des artérites périphériques oblitérantes (6). — **U. Butturini.** Physiopathologie hépatique dans les oblitérations artérielles chroniques du foie (7).

[161] **Sicilia Sanitaria** (Palerme), an. **6**, nº 1, 15 Janvier 1953. — **G. Ferro.** Sur 100 interventions pour compression radiculaire de la queue de cheval (1). — **E. Ando.** Sur le syndrome de Jaccod par tumeur épipharyngée (2).

Nº 2, 15 Février. — **A. Zagami.** Les tumeurs du système réticulo-endothélial ; un cas clinique (3).

Nº 3, 15 Mars. — **G. Nicolosi.** Critères comparatifs et considérations critiques sur les opérations de Blalock et de Potts dans le traitement de la tétralogie de Fallot (4). — **A. Zagami.** Absence congénitale de l'appendice iléo-cæcal (5).

Irlande.

[162] **The Irish Journal of Medical Science** (Dublin), nº 327, Mars 1953. — **A. Mac a Blayney.** Relaxants musculaires de la série du « Brévidil » du type succinylcholine (1). — **M. G. Nelson.** Granulome inguinal traité avec succès avec la chloromycétine (2). — **J. C. Cherry.** Méthode améliorée pour le traitement de la fracture de la tête radiale (3).

Pologne.

[163] **Polski Tygodnik Lekraski** (Varsovie), vol. **8**, nº 1, 5 Janvier 1953. — **M. Weiss.** L'importance de la réaction du Weltmann pour le diagnostic et le pronostic des maladies chirurgicales (1). — **J. Peter** et **A. Wojtkowiak.** Oblitération congénitale de l'intestin grêle (2). — **G. Zych.** Un cas d'actinomycose des organes génitaux internes de la femme (3).

Nº 2, 12 Janvier. — **W. Sznajder** et **J. Bogusz.** Volvulus gastrique (4).

Nº 3, 19 Janvier. — **J. Gasinski.** Anastomose œso-gastrique cervicale après ablation de l'œsophage dans les cas de cancer de son tiers supérieur ; transposition de l'estomac mobilisé dans le médiastin antérieur (5). — **W. Wiechno.** Tumeurs du médiastin (6).

Nº 4, 26 Janvier. — **A. Mackowski.** Cas d'ulcères gastriques et duodénaux opérés dans les 20 dernières années à l'Hôpital Silésien de Ciesgyn (7). — **K. Jaroszewicz.** Un cas de scalp des organes génitaux mâles (8).

Nº 5, 2 Février. — **A. Terajewicz.** Sur le phlegmon gastrique (9). — **J. Branicki.** Gigantisme osseux (10).

Nº 6, 9 Février. — **M. Litynski.** Hypertension artérielle par tumeurs corticales surrénales (1). — **E. Slobodzian.** Un cas d'embolie de la bifurcation aortique ; opération par voie abdominale (12). — **J. Lenko.** Veines variqueuses de la vessie chez un enfant de 4 ans (13).

Nº 7, 16 Février. — **J. Rutkowski** et **A. Alichniewicz.** Le traitement de l'artérite oblitérante des membres par l'opération d'Ogniew (14). — **A. Landau.** Hypertension artérielle par tumeur médullaire surrénale : phéochromocytome (15). — **S. Wesolowski** et **E. Kowalski.** Symptômes et évolution des tumeurs rénales (16). — **J. Hanicki.** Les relations de la lymphogranulomatose maligne avec le sarcome de Hodgkin (17).

Nº 8, 23 Février. — **H. Rotter.** L'importance des blocages lombaires dans les cas d'occlusion intestinale (18). — **M. M. Koszla.** Remarques sur les plasties des pertes de substance crâniennes (19).

Portugal.

[164] **Clinica Contemporanea** (Lisbonne), vol. **6**, nº 4, Décembre 1952. — **F. Gentil** et **J. Conde.** Kyste hydatique de l'espace interscapulothoracique de l'aisselle (côté droit) (1). — **O. Lopes.** Le donneur de sang (2). — **R. Sampa o Barradas de Noronha.** Néoplasme primitif du cœur (3).

Vol. 7, nº 1, Mars 1953. — **F. Gentil** et **J. Conde.** Lymphangiome kystique du cou (4). — **G. Gander.** Introduction à la colpocytologie (5). — **M. Fernandes.** La transfusion sanguine et ses problèmes (6). — **J. Neves da Silva.** Pathologie des synovialomes (7). — **Carvalho de Almeida.** Tumeurs secondaires du Cœur (8).

[165] **Boletim Clinico dos Hospitais Civis de Lisbôa**, vol. 16, nº 4, 1952. — **F. Levy.** Plaies du cœur (1).

États Scandinaves.

[166] **Acta Medica Scandinavica** (Stockholm), vol. **145**, fasc. 1, 28 Mars 1953. — **E. F. Mogensen.** Le réflexe de vaso-dilatation dans la périarthrose huméro-scapulaire et le syndrome épaule-main (1).

Nordisk Medicin (Stockholm), vol. 49, nº 10. 6 Mars 1953. — **O. F. Guldberg.** La stérilisation des bandages (1). — **B. Orlow** et **K. E. Hogeman.** Pansement chirurgical plastique (2). — **Björn Snellman.** Méthodes chirurgicales modifiées (3). [167]

Nº 11, 13 Mars. — **R. Dybkær.** Chylothorax (4). — **L. Zachariae.** Malades suivis atteints de varices traitées par l'opération de Moszkowicz (5). — **B. Swedberg.** Le dicoumarol dans un traitement anticoagulant prolongé de la thrombophlébite récurrente (6). — **J. Skall-Jensen** et **J. J. Balslov.** Anémie artérielle orthostatique compliquée de fibrillation auriculaire consécutive à un traumatisme crânien (7).

Nº 12, 20 Mars. — **R. Frykholm.** Les paraplégies ; neurochirurgie (8). — **E. Severin.** Soins du paraplégique ; considérations orthopédiques (9). — **G. Giertz.** Soins du paraplégique ; considérations urologiques (10).

Nº 13, 27 Mars. — **Torbjorn Strom.** Acrocephalo syndactylie (11).

Journal of the Oslo City Hospitals (Oslo, Norvège), vol. 8, nº 3, Mars-Avril 1953. — **C. Semb.** Le principe sélectif dans le traitement de la tuberculose rénale. Résection partielle du rein tuberculeux (1). [168]

Suisse.

Rzvue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 73, nº 3, Mars 1953. — **A. Charbonnier.** La méthode du lever précoce en chirurgie abdominale (1). — [*Sociétés*] **Dubas.** Occlusion grave et hibernation (2). — **Mercier** et **Thommen.** Deux cas de lymphosarcome du grêle (3). — **A. Montandon.** Volumineux phlegmon rétro-œsophagien par perforation d'un corps étranger (4). [169]

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 83, nº 11, 14 Mars 1953. — **H. W. Bansi.** L'indication chirurgicale dans les maladies cardiaques acquises (1). [170]

Nº 12, 21 Mars. — **A. Werner** et **E. Naz.** Du traitement de la luxation atloïde-axoïdienne ; à propos d'un cas adulte de maladie de Grisel (2).

Nº 13, 28 Mars. — **C. Brunner.** Traitement intrapéritonéal prolongé par les sulfamides et les antibiotiques (3). — **Hamburger** et **Mathé.** Le syndrome d'hyper-hydratation cellulaire (4).

Bulletin des Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Bale), vol. 9, fasc. 1, Mars 1953. — **R. Nissen.** Développement de l'anesthésie et de l'anesthésiologie et leur influence sur les progrès de la chirurgie (1). — **P. Decker.** Réflexions sur les méthodes actuelles d'anesthésie et de réanimation (2). — **H. Fischer.** Tâches de la pharmacologie (et de la physiologie) en rapport avec les procédés actuels de narcose et d'anesthésie ; problèmes de formation professionnelle (3). — **W. Hûgin.** Progrès de l'anesthésiologie (4). — **J. Dettling.** La responsabilité juridique du médecin dans ses rapports avec l'anesthésie ; le cas des anesthésiques (5). [171]

Yougoslavie.

Archives Serbes de Médecine (Beograd), an. 80, nº 12, Décembre 1952. — **S. Petkovic.** Application locale et générale de la streptomycine et de la pénicilline chez les opérés (1). — **S. Jovanovic.** La morphologie et la topographie des sinus frontaux chez les enfants (2). — **S. Tasovac** et **A. Mirkovic.** Le chloramphénicol dans le traitement d'une infection port abortive grave (3). [172]

An. 81, nº 1, Janvier 1953. — **S. Davidovic.** Le kyste hydatique du poumon ; son traitement chirurgical (4). — **P. Kostic.** Un cas de malformation grave des organes génitaux de la femme avec rein ectopique (5). — **S. Simic, Dj. Dgufic** et **D. Milicevic.** Fracture pathologique du fémur consécutive à une métastase d'un cancer du sein (6). — **A. Simic.** Le premier carcinome traité en Yougoslavie par l'émanation de radium il y a 18 ans (7).

Nº 2, Février. — **S. Kostic.** Notre expérience dans le traitement chirurgical de la protrusion du disque intervertébral (8). — **D. Zujovic.** Les indications, les contre-indications et la valeur de l'examen radiologique des malades avec ulcère gastro-duodénal (9). — **S. Tasovac, B. Milosevic** et **F. Bojc.** Ligature de la veine cave inférieure dans un cas de thrombophlébite pelvienne avec embolies pulmonaires récidivantes (10). — **S. Davidovic** et **M. Zivkucin.** Kyste hydatique du rein gauche (11). — **L. Zivanovic.** Un cas rare de traumatisme fermé, du rein, de la rate et du poumon (12).

Medicales Archives (Sarajevo), vol. 6, nº 6, Novembre-Décembre 1952. — **B. Banic.** L'abdomen aigu en urologie (1). — **M. F. Protic.** Cas rare d'appendicite aiguë perforée avec membrane de Jackson (2). — **Rafaeli Petar.** Luxation centrale de la tête du fémur ; son traitement (3). [173]

Turquie.

Türk Tip Cemiyeti Mecmuasi (Istanbul), an. 18, nº 12, Décembre 1952. — **F. Arel.** Chirurgie de l'œsophage (1). — **F. S. Evrensel.** Sur la chirurgie des 50 dernières années (2). — **R. Erguder** et **N. Ayral.** Lés tumeurs du fémur et l'amputation inter-ilio-abdominale (3). — **V. Göksel** et **G. Tok.** Hyperastose frontale interne ; syndrome de Morgagni (4). [174]

An. 19, nº 1, Janvier 1953. — **F. Arel** et **T. Minkari.** Pneumomédiastin (5). — **R. Ergüder** et **N. Ayral.** Un cas d'entérite régionale (6). — **S. Guchan.** Les greffes de glandes endocrines (7).

Tchécoslovaquie.

Lekarske Listy (Brno), vol. 8, nº 5, 1er Mars 1953. — **St. Kuthan.** La sympathectomie transpleurale (1). [175]

Nº 6, 15 Mars. — **R. Klen.** Intéressantes constatations pathologiques accidentelles dans deux cas de décès dus au traumatisme (2).

Moyen-Orient.

[176] **Acta Medica Orientalia** (JERUSALEM), vol. 12, nº 2, Février 1953. — **C. J. Kaplan.** Traitement de la spondylite tuberculeuse (1).

Canada.

[177] **Union Médicale du Canada** (MONTREAL), t. 82, nº 3, Mars 1953. — **G. Anger.** Les troubles de la circulation artérielle au niveau des membres (1). — **Roma Asnyot.** Hémorragies intra-ventriculaires et sous arachnoïdiennes par angiome intraventriculaire (2).

[178] **Laval Medical** (QUÉBEC), vol. 18, nº 3, Mars 1953. — **J. Turgot.** Le cancer des voies aériennes et digestives supérieures ; le cancer de la bouche (1).

[179] **The Canadian Medical Association Journal** (TORONTO), vol. 68, nº 3, Mars 1953. — **D. N. Barnbrook.** Phéochromocytome ; une voie chirurgicale détournée (1). — **W. A. Mc Elmoye.** Le problème de l'hémorragie de l'ulcère gastrique et duodénal (2). — **V. E. Collins.** Le traitement de l'obstruction du col de la vessie (3). — **E. C. Grundy.** Pneumothorax contro-latéral spontané post-opératoire (4). — **L. Gauvreau, J. E. Morin et J. Paul Roger.** Ostéomyélite typhique primitive traitée par le chloramphénicol (5).

États-Unis.

[180] **New-York State Journal of Medicine,** vol. 53, nº 6, 15 Mars 1953. — **M. A. Tumolo.** Un cas de polypose familiale du colon traitée par colectomie en un temps et iléo-proctostomie (1).

[181] **The Journal of the American Medical Association,** (CHICAGO), vol. 151, nº 10, 7 Mars 1953. — **H. Swan.** Fermeture chirurgicale des lacunes du septum interauriculaire (1). — **R. E. Gross.** Fermeture chirurgicale des lacunes du septum interauriculaire (2). — **A. G. Rogers et J. A. Borgen.** Les problèmes du malade avec bouche iléale (3).

Nº 11, 14 Mars. — **D. R. Cooper et L. K. Ferguson.** Résection gastrique pour hémorragie gastro-intestinale supérieure de cause indéterminée (4). — **G. H. Pratt.** Nouvelle technique chirurgicale pour la correction du lymphœdème (5). — **F. Cole.** L'accumulation d'eau, un hazard du « rebreathing » en anesthésie (6).

Nº 12, 21 Mars. — **M. E. Cohen, E. Robins, J. J. Purtell, M. W. Altmann et D. E. Reid.** Excès chirurgicaux dans l'hystérie (7). — **W. S. Blakemore, P. R. Dumke, et J. E. Rhoads.** Gangrène après transfusion intra-artérielle (8). — **A. M. Vaughn et J. A. Rooney.** Corps étranger gastrique simulant un néoplasme (9). — **C. G. McEachern, R. R. McCoy et J. A. Arata.** Lobectomie pour maladie kystique congénitale du poumon chez un enfant de 9 ans (10). — **O. Horwitz et H. F. Zinsser Jr.** Obstruction de la veine sous-clavière (11).

Nº 13, 28 Mars. — **F. W. Taylor et D. Rosenbaum.** Un cas contre la ligature de l'artère hépatique dans l'hypertension portale (12). — **J. W. Gilbert, R. T. Myers et H. H. Bradsshaw.** Kystes pulmonaires (13). — **C. F. Dixon, C. A. Pitchford Jr et S. P. Mc Carran.** Carcinomes indépendants du côlon apparaissant 21 ans séparément (14).

[182] **The American Journal of Medicine** (NEW YORK), vol. 14, nº 3, Mars 1953. — **A. R. Sohval et L. J. Soffer.** Déficience testiculaire familiale congénitale (1).

[183] **Archives of Internal Medicine** (CHICAGO), vol. 91, nº 2, Février 1953. — **M. Finland, Th. H. Haight Cl. Wilcox et M. K. Broderick.** — Résistance aux antibiotiques des staphylocoques pathogènes (1). — **J. F. De Loach et J. W. Haynes.** Tumeurs secondaires du cœur et du péricarde (2).

[184] **Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic** (ROCHESTER), vol. 28, nº 4, 25 Février 1953. — **J. E. Edwards.** Faits pathologiques de la malformation d'Ebstein de la valvule tricuspide (1). — **J. E. Edwards, H. F. Helmholz Jr, J. W. Du Shane et H. B. Burchell.** Etude pathologique de cœurs ayant été cathétérisés (2).

[185] **The Journal of the Louisiana** (NEW ORLEANS) [*New Orleans Medical and Surgical Journal.*] vol. 105, nº 2, Février 1953. — **W. H. Brown.** Chirurgie en bloc pour cancer intrabuccal (1). — **W. P. Butler et T. R. Simpson.** Rupture spontanée de l'œsophage (2).

Nº 3, Mars. — **H. Mahorner.** Cancer de la thyroïde (3). — **L. H. Strug.** Le traitement du cancer de l'œsophage (4). — **E. Burns, J. U. Hidalgo et R. Nieset.** L'or radio-actif dans le traitement du cancer avancé de la prostate et de la vessie ; 24 cas (5). — **A. G. Mettenry.** Hyperplasie de l'endomètre (6). — **W. F. Becker.** Invagination intestinale aiguë chez les adolescents et les adultes (7). — **J. W. Birsner et R. Cohen.** Chondrodystrophie calcifiante congénitale ; dystrophie épiphysaire ponctuée (8).

[186] **Rocky Mountain Medical Journal** (DENVER). — Vol. 50, nº 2, (1re partie) Février 1953. — **D. R. Higbee.** Cancer de la prostate (1). — **Cl. F. Dixon. S. P. Mc Carran.** Carcinome ou calcul de la voie biliaire commune (2).

Mexique.

[187] **Gaceta Medica de Mexico,** t. 82, nº 2, Mars-Avril 1952. — **B. Sepulveda, A. Rivera et E. Rojas.** Le cancer primitif du foie (1).

Nº 3, Mai-Juin. — **J. Cardenas.** Un cas de choréoathétose du membre supérieur traitée chirurgicalement (2).

Nº 4, Juillet-Août. — **B. Bandera.** Problèmes de morale en anesthésiologie (3). — **M. Maquivar.** Problèmes de morale en anesthésiologie (4).

Cuba.

Archivos del Hospital Universitario (Habana, Cuba), vol. 4, nº 6, Novembre-Décembre 1952. — [188]
F. Conde Otero et **E. Eiber.** Cholecystocholangiogrammes (1). — **H. L. Bockus.** Diagnostic de la pancréatite aiguë (2). — **J. Martinez Paez** et **Ruiz Cué.** Sur le cas de prothèse acrylique (3).

Équateur.

Gaceta Medica (Guayaquil-Equateur), vol. 8, nº 1, Janvier-Février 1953. — **I. Benzecry** et [189]
J. Poulet. Clinique du cancer des bronches (1). — **J. A. Falconi Villagomez.** Maladie de Schwerman découverte occasionnellement chez un malade atteint de tétanos (2).

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos Aires), vol. 40, nº 10, 6 Mars 1953. — **J. V. Uriburu** [190]
et **A. Ducos.** La conduite thérapeutique dans les affections malignes du sein (1). — **A. R. Albanese.** La thoraco-phréno-laparotomie dans les affections chirurgicales de l'abdomen (2).

Nº 11, 13 Mars. — **R. Finochietto.** Cancer du sein ; incision de Stewart (3). — **G. F. Cottini, H. Ferrando,** et **C. G. Ballester.** Traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé (4). — **F. E. Tricerri.** La voie transpleurale transdiaphragmatique extrapéritonéale dans la chirurgie de l'hypertension artérielle évolutive. A propos de vingt cas opérés (5). — **A. J. Frigerio.** Adénocarcinome appendiculaire (6). — **V. Carnevale.** Ostéochondrite disséquante de la rotule. A propos d'un nouveau cas (7). — **P. Ara.** Vers une nomenclature anatomique internationale (8). — **J. F. Dark, T. Dinsdale, A. N. Gutkelch** et **L. P. Lassman.** Insuffisance circulatoire aiguë pendant les interventions chirurgicales (9). — **L. Sale.** Physiopathologie de la circulation veineuse périphérique dans les affections veineuses et artérielles des membres inférieurs (10).

Nº 12, 20 Mars. — **R. Finochietto** et **A. J. Lasala.** Les cholécystites aiguës. Critères et tactique en chirurgie (11). — **J. Dante Baistrocchi.** Sur les pancréopathies aiguës (12). — **O. Blanchard.** Orientation pratique et conduite à tenir immédiate dans les hémorragies génitales (13). — **P. Noland Carter** et **J. Giuseffi.** La trachéotomie dans les écrasements du thorax (14). — **E. Hamlin.** Réduction non opératoire du volvulus sigmoïdien aigu (15). — **J. Heifetz** et **A. Goldfard.** Section du cordon pour la réparation des hernies inguinales récidivées et difficiles (16). — **M. Meeroff.** Diverticules de l'œsophage (17).

Nº 13, 27 Mars. — **F. E. Tricerri** et **F. O. Donato.** La valvulotomie de Brock dans le traitement de la sténose valvulaire de l'artère pulmonaire ; 7 cas opérés (18). — **A. Bonilla-Naar.** Intrahépatico-cholangio-jéjunostomie avec hépatectomie ; technique de Longmire-Sandford modifié ; 2 cas (19). — **M. Angel de Rosa.** Kyste sérieux du rein (20).

La Semana Medica (Buenos Aires), an. 60, nº 10, 5 Mars 1953. — **J. A. Salaber** et **H. L. Guixa.** [191]
Le prolapsus génital chez la femme âgée (1).

Nº 11-12, Mars. — **A. Villamil, E. Martinez Zuviria** et **C. M. Mafia Del Castillo.** Syndrome de surcharge ventriculaire gauche par suite d'une fermeture chirurgicale du canal artériel (2). — **S. L. Sala** et **N. Santo.** Fibrome ovarien (3). — **M. Gallego Tejedor** et **Y. Zaforas Marco.** Indications chirurgicales dans l'hyperthyroïdisme (4). — **M. Reyes.** Traitement des kystes calcifiés du foie (5).

Nº 12, 19 Mars. — **R. Finochietto.** Spatule cannelée aspiratrice (6). — **H. Ferrando, G. F. Cottini** et **L. Castellanos.** Tuberculose primitive du sein (7).

Nº 13, 26 Mars. — **A. R. Albanese** et **J. Skivinsky.** Embolectomie de l'aorte terminale ; un cas opéré avec succès (8).

Brésil.

Brasil Medico (Rio de Janeiro), an. 66, nº 40-41 4 et 11 octobre 1952. — **H. Carrapatoso** [192]
Proctologie basique (1).

Nº 44-46, 1er-15 Novembre. **Nadia du Bouchet.** Les techniques modernes d'anesthésie et leurs applications à la chirurgie cardio vasculaire (2).

Nº 47-48, 22-29 Novembre. — **H. V. de Paula** et **A. Viana de Paula.** Le traitement du mégacôlon par la dilatation pneumatique (3).

Nº 51-52, 20-27 Décembre. — **Pedro Nava.** La spondylose rhizomélique (4).

Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro), vol. 10, nº 2, Février 1953. — **J. da Almeida** [193]
Rios. Fractures et luxations de la colonne vertébrale (1). — **O. Cabral Motta.** Tumeurs malignes primitives du thorax (2).

O Hospital (Rio de Janeiro), vol. 43, nº 3 Mars 1953. — **L. A. Somogyi.** Contribution à l'étude [194]
des entérocolopathies (1). — **H. de Azevedo Sodre** et **J. Croce.** Granulome amibien du gros intestin (2).

Medicina, Cirugia, Farmacia (Rio de Janeiro), nº 202-203, Février-Mars 1953. — **A. Aker-** [195]
man et **P. Niemeyer.** Hématome cérébral spontané (1). — **A. de Carvalho Azevedo.** Etude clinique de la persistance du canal artériel (2).

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia (Sao Paulo), vol. 63, nº 1, Janvier 1953. — **M. de Abreu** [196]
Campanario. Stases vésiculaires ; pathologie et radiologie (1).

[197] **Revista Paulista de Medicina** (Sao Paulo), vol. 42, nº 1, Janvier 1953. — **E. de Jésus Zerbini, E. S. de San Juan** et **M. L. M. Tavares de Lima.** Traitement chirurgical des kystes congénitaux du poumon (1). — **A. Duarte Cardoso.** Nouvelle technique pour la réparation du bec de lièvre (2).

Chili.

[198] **Revista Medica de Chile** (Santiago), an. 80, nº 8, Août 1952. — **I. Alessandrini.** Considérations cliniques et techniques sur les gastrectomies dans le cancer de l'estomac (1).

Nº 9, Septembre. — **J. Mardones, M. Vial, V. del Solar, J. Cembrano** et **E. Lira.** L'importance des acquisitions faites dans l'artériosclérose expérimentale et dans la connaissance de l'artériosclérose humaine (2). — **O. Gazmuri, M. Davila** et **J. Méguel Fuenzalida.** Hernies du hiatus œsophagien (3).

Nº 10, Octobre. — **Manuel Losada.** Lumbago (4).

Nº 12, Décembre. — **J. Klinger, J. Kalplan** et **E. Zarate.** La valeur de la cholécystographie orale dans le diagnostic des cholecystopathies (5). — **J. H. Resano.** Comment éviter les rétrécissements cicatriciels par caustique de l'œsophage (6).

Vénézuéla.

[199] **Gaceta Medica de Caracas** (Venezuela), an. 60, nº 8-9, Août-Septembre 1952. — **D. Luciani** Parotidectomie totale pour tumeur mixte ; avec conservation du facial (1). — **B. Perdomo Hurtado.** Syndromes d'après la cholécystectomie (2). — **A. Celis Pérez.** 16 années d'expérience du diagnostic et du traitement des tumeurs du rhino-pharynx (3).

[200] **Revista del Colegio de Medicos del Estado Falcon** (Punto Fijo, Venezuela), an. 7, nº 2, Février 1952. — **L. Sucre Mendoza.** Agénésie urogénitale unilatérale (1). — **V. E. Hernandez.** Un nouvel anesthésique intraveineux, le Kemithal Sodique (2).

Chine.

[201] **The Chinese Medical Journal** (Peking), vol. 70, nº 5-6 Mai-Juin 1952. — **Shuch-Ping Tien** et **Te-Lin Liu.** Analyse clinique de 472 cas de grossesse ectopique pendant une période de 5 ans (1). — **Y. K. Wu, T. H. Chang** et **H. F. Ting.** Tuberculose de la paroi thoracique ; sa chirurgie ; analyse de 62 cas (2).

Nº 7-8, Juillet-Août. — **Shuch-Ping Tien, Yu-Lan Deng, Mai-Pu Chen** et **Yu Hua.** Chorioépithéliome de l'utérus ; 10 cas (3). — **Y. C. Yin** et **M. L. Yin.** Syndrome de Meigs ; un cas (4).

Vol. 71, nº 1, Janvier-Février 1953. — **Y. C. Chao.** Technique électro-chirurgicale simple pour l'anastomose du tractus gastro-intestinal (5). — **M. An-Chuan.** L'invagination intestinale chronique (6).

Iran.

[202] **Revue de la Faculté de Médecine** (Teheran), an. 10, nº 6, Mars 1953. — **F. Vahoumani.** Fait intéressant observé après une opération de hernie inguinale (1). — **M. T. Ghavamian.** Observation intéressante sur une malade opérée à Paris (2).

Australie.

[203] **The Medical Journal of Australia** (Sidney), an. 40, nº 6, 7 Février 1953. — **Th. F. Rose.** L'ostéodystrophie post-traumatique des membres de Sudeck (1).

Nº 7, 14 Février. — **C. Yeatman.** Douleur abdominale supérieure en clientèle (2). — **W. E. Fleming.** Infection du maxillaire et ses rapports avec la sinusite maxillaire (3). — **R. M. Dunn.** Les complications de l'ulcus duodénal (4). — **I. Hamilton.** Hernie étranglée par l'hiatus de Winslow (5). — **F. Kenny.** Torsion de l'appendice épiploïque. Une cause rare de la douleur abdominale aiguë (6).

Nº 9, 28 Février. — **St. Goulston.** Traitement de la « peptic ulcération » (8). — **F. F. Rundle.** Aspects chirurgicaux du traitement du « peptic ulcer » (9).

Nº 11, 14 Mars. — **E. G. Saint. R. A. Joske** et **J. L. Stubbe.** Le traitement du tétanos (10). — **J. Game.** Tumeurs du lobe temporal (11).

Nº 12, 21 Mars. — **T. E. Wilson.** La transplantation de l'uretère en chirurgie rectale (12).

Afrique du Sud.

[204] **South African Medical Journal** (Captown), vol. 27, nº 9, 28 Février 1953. — **Alder** et **Fuller.** Perforation traumatique de l'œsophage ; revue de 18 cas (1). — **C. W. Coplans.** La hernie discale lombaire ; méthode de traitement conservateur (2). — **W. Siller.** L'appendicectomie revue de 200 cas (3).

Nº 11, 14 Mars. — **S. J. Fleishman.** Arrêt rapide du syndrome d'oligurie post-traumatique par l'A. C. T. H. et la Cortisone (4).

Nº 12, 21 Mars. — **S. Skapinker.** Occlusion intestinale aiguë chez les Bantou (5). — **J. Miller.** Mole hydatiforme ectopique. Un cas rare (6). — **R. P. Schach.** Artériographie translombaire. Vue d'ensemble sur ses divers emplois (7).

Nº 13, 28 Mars. — **Cécil Marris.** Fractures sus-condyliennes de l'humérus chez l'enfant (8). **W. Silber.** Actinomycose périrénale gauche (9). — **S. Eisenhammer.** La sphincter anal interne ; son importance chirurgicale (10).

IV. Sociétés.

Académie de Chirurgie, 11 *Février* 1953. — Les plans de clivage des kystes hydatiques du poumon (**R. Dubau**) (1). — Des élytrocèles (**P. Brocq, C. Houdard** et **F. Wetterwald**) (2). — Sur un cas de désinsertion du tendon bicipital inférieur (**Ch. H. Chevallier**) (3). — Sur la communication de M. Arnulf (**M. Iselin**) (4). — Chirurgie de l'avortement habituel (**R. Palmer** [rapport **F. Brentano**]) (5). — L'association streptomycine TB1 dans le traitement de la tuberculose osseuse ; résultats des 72 premiers cas (**R. Weber** et **A. Cœuilliez** [rapport **P. Lance**]) (6). — Fistules artério-veineuses congénitales (**F. Caby**) (7). — Plastie urétérale par lambeau vésical tubulé ; opération de Boari ; à propos de 10 cas ; film (**R. Küss** et **Holzer**) (8). [205]

18 *Février.* — Un cas de hernie diaphragmatique avec troubles du transit dans une poche extra pleurale d'origine traumatique (**M. Nicol**) [rapport **J. Sénèque**]) (9). — Restauration de la muqueuse buccale (**G. Ginestet** et **M. Lachard** [rapport **P. Denoix**] (10). — Deux observations d'absence congénitale du tibia ; considérations cliniques et thérapeutiques (**H. L. Rocher** et **J. Baranger**) (11). — Impressions d'Amérique 1952 (**P. Banzet**) (12). — Kyste dermoïde infecté du médiastin ; extirpation par sternotomie médiane (**H. Welti, M. Mouquin** et **T. Sorel**) (13).

[*Mémoires de l'Académie*, t. 79, nº 6 et 7 1953].

25 *Février.* — Sur un cas de kyste dermoïde du médiastin opéré avec succès (**R. Sauvage**) (14). — Traitement médical et guérison d'une pneudarthrose datant de 13 ans (**Richard Saliba** [rapport **P. L. Chigot**]) (15). — Traitement d'une pseudarthrose ancienne du scaphoïde carpien par prothèse acrylique (**A. Picaud** [rapport **J. Braina**]) (16). — Sarcome ostéogénique condensant de l'extrémité supérieure du fémur ; résection ; prothèse acrylique (**E. Delannoy**) (17).

[*Ibidem*, nº 6 et 7].

4 *Mars.* — Résorption spontanée de la paroi thoracique (**J. Mialaret**) (18). — Du traitement des ulcères phagédéniques par les greffes pédiculées (**Marcotorchino, Mear** et **Courson** [rapport **R. Poupault**]) (19). — Le maintien de l'état général chez les malades atteints de cancer de l'œsophage (**P. F. Denoix** et **Ph. F. Bernard**) (20). — Anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale ; résection. Rétablissement de la continuité aorto-iliaque par une greffe d'aorte humaine conservée, longue de 15 cm. (**Ch. Dubost, M. Œconomos, A. Lemoine** et **F. Robert**) (21). — A propos du traitement du tétanos (**J. Chavannaz**) (22). — Mélanosarcome du tube digestif (**P. Banzet, J. Delarue, Chappellart, Santagastini** et **J. Civatte**) (23).

[*Ibidem*, nº 8 et 9].

Société des Chirurgiens de Paris, 21 *Novembre* 1952. — La greffe humaine (**Lagrot**) (1). — La greffe cutanée (**Masmonteil**) (2). — Pancréatites aiguës (**L. Diamant-Berger**) (3). [206]

5 *Décembre.* — Arthrodèse de Lambrinudi (**J. Petit**) (4). — L'évolution des techniques en orthopédie (**Raphaël Massart**) (5). — Les pseudarthroses de la clavicule (**R. Massart**) (6).

19 *Décembre.* — Traitement chirurgical des douleurs ovariennes (**Tchékoff**) (7). — Le hoquet post-opératoire (**S. Tchékoff**) (8).

[*Bulletins et Mémoires*, t. 42, nº 10-12, 1952].

Société de Chirurgie de Lyon, 27 *Novembre* 1952. — Valeur de la radiographie sans préparation dans le diagnostic des tumeurs du sein (**Gros** et **Sigrist**) (1). — Premiers documents radiologiques des tumeurs du sein (**Dargent, Papillon** et **Montbarbon**) (2). [207]

4 *Décembre.* — Le cerclage métallique de Danus dans les fractures du fémur (**Peycelon**) (3). — Blocage pseudo-méniscal chronique dans les suites secondaires des entorses du genou (**A. Trillat** et **A. Blanchet**) (4).

11 *Décembre.* — Traumatisme crânien ; syndrome post-commotionnel déficitaire frontal grave avec porencéphalie (**R. Gautier** [rapport **Wertheimer**]) (5). — Sur un cas d'ostéite post traumatique de l'ischion (**Simon** et **Devors**) (6). — Syndrome d'occlusion aiguë du carrefour aortique. 11. Symphathectomie lombaire pour syndrome douloureux de l'hypochondre gauche (**J. Cheynel** [rapport **Wertheimer**]) (7). — Recouvrement de la charnière des lambeaux cutanés « jambes croisées » par utilisation de la greffe tunnellisée ; procédé du Cigare (**J. Marion, J. Francillon** et **A. Gaté**) (8). — De deux polyposes gastriques chez l'enfant (**P. Santy, P. Marion** et **M. Mayer**) (9).

18 *Décembre.* — Exérèse ganglionnaire élargie au cours d'une lobectomie pour tuberculose (**J. de Rougemont, L. Meyer, P. L. Mounier-Kuhn** et **M. Durand**) (10). — Traitement chirurgical des séquelles tardives des arthrites aiguës de la hanche du nourrisson (**M. Guilleminet**) (11). — Intervention tendant à arrêter l'évolution des scolioses graves (**M. Armanet**) (12).

[*Lyon Chirurgical*, t, 48, nº 3, *Avril* 1953].

Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest, 23 *Mai* 1952. — Troubles gastriques post gastrectomie, duodénojéjunostomie, guérison (**Carpentier**) (1). — Résection du genou ; économique (**Carpentier**) (2). — Résection du rectum par le procédé d'A. Toupet (**Carpentier**) (3). [208]

19 *Juin.* — Ostéomyélite diaphysaire primitive post-traumatique de l'humérus ayant simulé histologiquement un ostéosarcome périostique (**H. L. Rocher**) (4). — Un cas d'œsophagoplastie avec le côlon droit pour cancer de l'œsophage haut situé (**J. Depaulis**) (5). Gastrectomie différée après aspiration pour ulcère du duodénum perforé (**F. Papin, L. P. Doutre** et **H. Cabanié**) (6). — Traitement des hémothérax traumatiques par l'aspiration continue (**Giraud, Vittori, Verger** et **Vulliet**) (7).

17 *Juillet.* — Sur un cas de tuberculose gastrique (**R. Darmaillacq**) (8). — Sur la Communication de MM. Broustet et Dubourg : sur deux cas d'embolectomies artérielles des membres (**Van de Casteele**) (9).

[*Réunion d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur*].

24 *Juin* 1952. — Angiomatose vertébrale et maladie de Paget (**Ch. Lasserre**) (10). — A propos des greffes osseuses par apposition (**Ch. Lasserre**) (11). Kinésithérapie des raideurs cicatricielles des doigts chez les brûlés (**Ch. Lasserre**) (12). Luxation congénitale de la hanche ; dystrophie articulaire (**R. Guérin**) (13). — Ostéochondriite de la hanche et

[208] protrusion acétabulaire (**R. Guérin**) (14). — Elongations et manipulations vertébrales dans les affections douloureuses du rachis (**Ch. Rocher**) (15). — Que doit-on penser des manipulations vertébrales (**J. A. Carrère, R. Lescure** et **Piedallu** [rapport **Guérin**]) (16). — Arthrose radio-cubitale inférieure avec subluxation; impotence totale; résection diaphyso-épiphysaire cubitale inférieure; prothèse acrylique; guérison (**H. L. Rocher**) (17).

[*Bordeaux Chirurgical*, fasc. 4, *Octobre* 1952].

[209] **Société de Chirurgie de Marseille**, 3 *Mars* 1952. — Place des interventions sympathiques dans les ostéopathies infectieuses ostéolysantes (**X. Sérafino** : discussion) (1). — Goitre thoracique plongeant (**H. Daumas**) (2).

10 *Mars*. — Interventions sympathiques dans les ostéopathies infectieuses ostéolysantes (**Salmon, Carcassonne**) (3). — Fistule ombilicale par persistance du canal omphalo-mésentérique (**M. Salmon** et **A. Trifaud**) (4).

17 *Mars*. — Réparation des pertes de substance de la pulpe des doigts par des lambeaux palmaires pédiculés (**Pierre, Cartotto** et **J. Martin-Laval**) (5).

28 *Avril*. — Le pneumo-rétropéritoine dans le diagnostic des affections des viscères abdominaux (**Rautureau** et **Le Bigan** : discussion) (6). — Mort subite post-opératoire par thrombose au niveau de l'artère pulmonaire à la suite d'une greffe vertébrale (**Salmon** et **Jean** : discussion) (7).

12 *Mai*. — Synergies médicamenteuses amœbicides et abcès du foie (**L. Dejou** et **A. Carayon**) (8). — Tumeur kystique développée dans le pancréas (**M. Passebois** [rapport **H. Dalmas**]) (9).

19 *Mai*. — Une tumeur de l'aisselle de diagnostic difficile chez un enfant (**Salmon** et **Sebat**) (10). — Radiodermite du dos de la main après recherche sous écran d'un corps étranger; greffe cutanée (**Pierre** et **Martin-Laval**) (11). — Butée double pour luxation traumatique postérieure de l'épaule récidivante (**Dejou** et **Bex**) (12). — Nouveau modèle de tête fémorale en acrylic (**Salmon**) (13).

26 *Mai*. — Sur les lymphangites après perfusion (**H. Dalmas, Bonneau** et **Courbier**) (14). — Fracture grave sus condylienne fémorale chez un enfant; réduction par arthrotomie poinçon de Rocher; résultats excellents (**Salmon** et **Trifaud**) (15). — Le poinçon de Rocher dans la chirurgie du cou-de-pied (**Salmon, Bellon** et **Aubrespy**) (16).

9 *Juin*. — Lymphangites après perfusion (**Dalmas**) (17). — Fibro-sarcome du bras traité par résection du biceps (**Paoli** et **Spitalier**) (18). — Diverticule du duodénum (**Dor** et **Carcassonne**) (19).

16 *Juin*. — L'électrocardiogramme dans les artérites chroniques des membres : déductions pronostiques et thérapeutiques (**Audier, Stéphanopoli de Comnène, Desideri** et **Ruff**) (20).

23 *Juin*. — Réflexions sur la chirurgie intra-articulaire de la hanche pour coxarthrie (**Cheynel** [rapport **Imbert**]) (21). — Des ligatures de la veine cave (Phlébite) (**J. Vandecasteele** [rapport **de Vernejoul**]) (22). — Cancer de l'œsophage thoracique moyen; extirpation, guérison opératoire (**H. Dalmas**) (23).

30 *Juin*. — Traitement de certaines fractures par broche-fuseau (**H. Rode** [rapport **Michel-Béchet**]) (24). — Perforation iléale d'origine mélitococcique à bacille abortus suis (**P. Merz** [rapport **Michel Béchet**]) (25). — Enclouage centro médullaire des fractures diaphysaires de l'avant-bras et pseudarthrose (**P. Moiroud**) (26).

7 *Juillet*. — Réticulo-sarcome de l'aisselle chez une enfant (**Salmon, Payan** et **Sédat**) (27). — La résection de la chaîne ganglionnaire mammaire interne dans les cancers des quadrants internes du sein (**Luccioni**) (28). — Enervation sinu-carotidienne dans un cas de polyarthrite ankylosante évolutive (**X. Serafino**) (29). — Spondylite typhique guérie par vaccinothérapie, greffe et chloromycétine (**J. Gandin** [rapport **Salmon**]) (30). — Traumatisme grave du cou-de-pied; résection tibio-tarsienne totale; bon résultat (**Gandin** et **Baud** [rapport **Salmon**]) (31). — Taille-greffe et emporte-pièce pour la cure des pseudarthroses du scaphoïde carpien; technique de Hebraud (**Ch. Renon**) (32).

[*Marseille Chirurgical*, an. 4, nº 4-5, *Septembre-Décembre* 1952.]

[210] **Société de Chirurgie d'Alger**, 12 *Janvier* 1952. — Tératome du crâne (**Lombard**) (1). — L'intérêt de la cholangiographie préopératoire en chirurgie gastro-duodénale (**R. Bourgeon** et **H. Pietri**) (2). — Arthroplastie bilatérale des hanches dans un cas de polyarthrite chronique évolutive (**P. Lombard, J. Ferrand** et **J. Frailong**) (3). — Angiome artério-veineux du cerveau (**P. Descuns, H. Garre** et **S. Natter**) (4). — Notre expérience de la réparation des brèches crâniennes par substance plastique de synthèse (acrylic) (**Descuns** et **Squillante**) (5). — Du traitement des grandes disjonctions symphysaires; rupture d'un greffon en pont (**J. Ferrand**) (6).

26 *Janvier*. — Ostéo-arthrite de la hanche avec tubercule intraépiphysaire; guérison par streptomycine (**P. Lombard**) (7). — Volumineux papillome du rein (**Delvaye** et **Rachou**) (8). — Invagination intestinale du grand enfant traité par opération de Noble (**F. Lagrot, F. Charles, J. Greco, N. Py** et **A. Gourgue**) (9). — 4 ans d'expérience de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère duodénal (**F. Lagrot** et **J. Greco**) (10). — Plaie du ventricule droit. Suture intéressant l'artère interventriculaire antérieure dans sa partie proximale; infarctus myocardique; électrocardiographie; guérison (**Sirot** et **Bernasconi**) (11). — Azoospermie dans l'ectopie testiculaire (**P. Lombard**) (12). — Des corps étrangers intra bronchiques; incidences chirurgicales de leur thérapeutique (**Liaras** et **Houel**) (13). — De la méthode de Key-Charnley; maintien sous pression des arthrodèses (**J. Ferrand**) (14). — Nos premiers essais de traitement des brûlures par l'ACTH (**Lagrot, Antoine** et **Gourgue**) (15).

23 *Février*. — Schwannome duodénal à forme hémorragique (**R. Bourgeon, Pietri, Rives** et **Pelissier**) (16). — Guérison médicale d'un kyste de l'ovaire (**Goinard, Boulard** et **Gautray**) (17). — Greffe du cuir chevelu chez une scalpée (**Lagrot, Greco, Py** et **Bensoussan**) (18). — Syndrome de Klippel-Trenaunay avec angiomatose osseuse localisée (**H. Liaras**) (19). — Tératome du médiastin antérieur (**Liaras, Houel** et **Debaille**) (20). — Perte de substance crânienne; prothèse du plexiglass; préparation et installation (**R. Aubaniac**) (21).

8 *Mars*. — Problèmes diagnostiques et thérapeutiques d'un ulcère duodénal avec pneumatisation des voies biliaires (**Bourgeon, Pietri** et **Guntz**) (22). — Des anastomoses urétéro-intestinales (**Sabadini, Ducassou** et **Jasseron**) (23). — De deux cas limites; l'exploration fonctionnelle pulmonaire en chirurgie thoracique par des tests simples éprouvés sur 170 cas

(Liaras, Houel et Laffont) (24). — Herniorraphie des hernies inguinales avec transposition du cordon (J. Ferrand et Pelissier) (25). [210]

22 *Mars.* — Deux cas de grosseses extra-utérine à terme ; lithopédion à terme ; fœtus macéré à terme (Mirgon [rapport Bourgeon]) (26). — Invagination tardive à travers une bouche de gastrectomie (Bourgeon, Pietri, Sirot et Stoppa) (27). — Traitement des collections suppurées aiguës par incision et suture primitive (Lagrot, Greco et Py) (28).

24 *Avril.* — Quatre cas de fracture des plateaux tibiaux externes (Vergoz et Beltran) (29).

25 *Avril.* — Sur la fermeture primitive des collections suppurées intra-hépatiques (Bourgeon, Pietri, Catalano, Guntz et Aprosio) (30). — Du siège atypique de certains tératomes : intrathoraciques (Liaras) (31).

26 *Avril.* — Invagination intestinale au cours du purpura rhumatoïde (Seror) (32). — Un progrès en anesthésie pour chirugie intrathoracique : la sonde de Carlens (Liaras, Houel, Lavernhe et Bisquerra) (33).

24 *Mai.* — Echinococcose rachidienne (Aubry et Massonnet) (34). — Traumatisme complexe du poignet : opération de Sauvé-Kapandji 2e manière (Vergoz et Beltran) (35). — Diagnostic difficile : kyste hydatique musculaire avec abcès froid (Vergoz, Nicolai et Bentami) (36).

14 *Mai.* — Hernie intrathoracique de la grosse tubérosité gastrique, engouée, à travers l'orifice œsophagien : opération par voie abdominale (Liaras Houel, et Babeau) (37). — Opération de Baldwin-Mori chez une hermaphrodite (Ferrand et Gautray) (38). — Des désobstructions salpingées (Goinard et Gautray) (39). — La pression des kystes hydatiques du foie ; son intérêt (Bourgeon, Pietri, Catalano, Guntz et Aprosio) (40). — Echinococcose vertébrale (Lombard, Frailong et Thiodet) (41). — Métastase d'une tumeur rénale (Lombard et Frailong) (42). — La patellectomie dans les fractures de la rotule (Lombard) (43). — Sur la suture dans les plaies artérielles (Salasc) (44). — Hernie transmésocolique (Seror et Sirot) (45).

28 *Juin.* — La cholangiographie, méthode de découverte des kystes hydatiques dissimulés du foie (Bourgeon, Pietri, Catalano et Gustin) (46). — De quelques observations d'anesthésies sous hibernation et sous hypotension contrôlée (Fanjeaux et Soulier) (47). — Une observation d'hibernation artificielle sur un grand brûlé (Lagroot et Bisquerra) (48). — Du traitement, en particulier par le froid des désordres post traumatiques des membres (H. Liaras) (49). — Sur la thérapeutique préventive des phlébites post-opératoires (Goinard et Pegullo) (50). — L'exploration au bleu de méthylène en chirurgie biliaire et duodénale (Bourgeon et Pietri) (51). — Ectopie pelvienne de la rate (Lagrot, Coriat et Pelissier) (52). — L'intraveineuse sous claviculaire ; avantages et technique (R. Aubaniac) (53). — Kyste hydatique de la rate rompu dans l'angle colique gauche ; splénectomie ; colectomie (L. Sirot et Plane) (54). — Jéjunite chronique (L. Sirot) (55).

[*L'Afrique Française Chirurgicale*, 1952, nº 3 et 4, *Juillet-Décembre.*]

Société Française de Gynécologie, 17 *Novembre* 1952. — Un cas de Struma ovarii (Folke Holtz) (1). — Radiodiagnostic d'une grossesse tubaire (P. Gautier et Lemaitre) (2). — Un cas d'épithelio-sarcome de l'endomètre ; histopathologie (Gabrielsen [rapport Sénéchal) (3). — Résultats des examens de sang menstruel dans le diagnostic de la tuberculose génitale de la femme (H. Kraubig (rapport M. Fabre]) (4). [211]

[*Bourbon l'Archambault*]. — Observations de tuberculose génitale (J. E. Marcel et A. Pye) (5). — Présentation de colposcope et de colpophotographies (Renée Wechsler) (6). — Un nouveau colposcope (A. Pecker) (7). — Hémorragies du col restant après administration d'œstragènes (M. Fabre (8).

[*Comptes Rendus*, an. 22, nº 8, *Novembre* 1952.]

15 *Décembre.* — La tuberculose génitale de la femme (Gilloux [rapport Dalsacea]) (9). — L'hystéro-salpingographie dans la grossesse tubaire au début (F. Rouquet [rapport Mougenot]) (10). — Sur une erreur de diagnostic radiographique de grossesse tubaire (Bennoun) (11).

[*Ibidem*, nº 9, *Décembre.*]

Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française (Paris), 3 *Novembre* 1952. — Résultats d'une étude de 45 cas de cancer du col ; épithélioma invasif et épithélioma intraépithélial (C. Goulart de Andrade) (1). — Isthmotomie complémentaire sur la stomatoplastie de l'utérus (Théodorides) (2). — Hypoprothrombinémie, hypocoagulabilité et phlébite (Funck-Brentano, Thoyer-Rozat et Chambraud) (3). — Tuberculose utéro-annexielle coexistant avec une tumeur thécale d'un ovaire (E. Thierry) (4). [212]

1er *Décembre.* — Sur 80 cas d'ovaires restants revus de 4 à 8 ans après l'intervention intiale (J. Keryell) (5). — Etude des hydrosalpinx par insufflation kymographique (L. Bonnet) (6). — Le diagnostic des cancers asymptomatiques du col utérin par combinaison des frottis et de la conisation du col (J. Varangot, Nuovo, et Vassy) (7). — Sur la définition du stade 0 des épitheliomas du col utérin ; anomalies chromosomiques (R. Moricard) (8).

[*Belgique*]. — Métabolisme des œstrogènes ; résultats expérimentaux (R. Wenner) (9). — Syndrome tardif d'œstrogénisation abusive (R. Bourg) (10). — Formes cliniques atypiques de la vaginite à trichomonas (L. Courty, Gaudefroy et Jospin) (11). — Le traitement de l'absence congénitale du vagin par la méthode de Dupuytren avec greffes secondaires (Swynghedauw et Delecour) (12).

[*Lyon*], 3 *Novembre* 1952. — Luxation congénitale de la hanche chez deux sœurs, l'une traitée et l'autre non ; aspect radiologique très différent du détroit supérieur (Lyonnet) (13). — Un cas d'hydrocéphalée (A. Chaumonnot) (14).

1er *Décembre.* — Métrorragies par corps étranger après opération césarienne (Labry, Duroux et Gabriel) (15). — Métrorragies post ménopausiques par tuberculose utéro-annexielle (Labry, Duroux et Gabriel) (16).

[*Marseille*], 25 *Novembre* 1952. — Tumeur de l'ovaire à déterminisme endocrinien ; dissociation des actions hormonales au niveau des récepteurs (De Vernejoul et Radulesco) (17). — Maladie de Paget du mamelon dégénérée au cours d'une grossesse (R. Oddo et Martin-Laval) (18). — 3 cas d'hématocèles ante-utérines (Goirand, Oddo et Martin-Laval) (19). — Kyste de l'utérus (G. Deturmeny et Cl. Verdet) 20).

[*Montpellier*], 4 *Avril* 1952. — Endométriose utérine ; radiographie (Bremond) (21). — Occlusion intestinale aiguë par tumeur des ovaires (A. Aimes) (22). — Grossesse tubaire

[212] interstitielle droite, 3 mois après une annexectomie droite (**G. Roux, G. Marchal, E. Henriet** et **H. Dagoumel**) (23). — Reconstitution d'un uretère chirurgicalement blessé, sur tube de polythène (**Roux, Marchal** et **Rapp**) (24). — Cas de chirurgie conservatrice dans les annexites non tuberculeuses et leurs séquelles : grossesses consécutives (**R. Joyeux**) (25). — Le fibrome ovarien ; 3 cas (**R. Joyeux**) (26).

2° *Juin*. — Cancers sténosants du col utérin ; indications (**Roux, Romieu** et **Solassol**) (27). — Tumeurs multiples de l'utérus (**G. Roux, Romieu** et **Fabre**) (28). — Epithelioma wolffien bilatéral métastatique à l'utérus avec greffes vaginales secondaires (**Roux** et **Romieu**) (29). — Cancers du col au début ; *in situ* (**G. Roux, Marchal** et **Henriet**) (30). — La place de l'hystérotomie abdominale dans le diagnostic étiologique et le traitement des images lacunaires du fond de l'utérus (**R. Joyeux**) (31). — Sur 4 cas d'hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale ; valeur de l'autohémo-transfusion (**R. Joyeux**) (32). — Onze cas de torsion d'un ou plusieurs éléments de l'appareil génital (**R. Joyeux**) (33). — Fibrome de l'utérus tordu et syndrome de Demons-Meigs (**E. Godlewski**) (34).

[*Ouest*], 7 *Décembre* 1952. — Du diagnostic et du traitement du cancer du corps utérin (**R. Rouchy**) (35). — Lymphangiome congénital du cou ; dystocie (**J. Jarrousse** et **Grislain**) (36). — Perte de substance cutanée congénitale des membres inférieurs (**J. Jarrousse, Grislain** et **Lerat**) (37). — Césarienne itérative après ligature des trompes (**P. Leroux, Leroux** et **Laboux**) (38).

[*Strasbourg*], 8 *Novembre*. — Diagnostic différentiel entre tumeur ovarienne et anévrysme de l'aorte (**Mme M. Michel**) (39). — Le cytodiagnostic dans le dépistage des cancers du col (**R. Gandar**) (40).

6 *Décembre*. — Tumeurs métanéphrogènes de l'ovaire : 2 cas (**Fruhling** et **Blum**) (41). — Sur l'ovaire restant (**G. Weill**) (42). — Existe-t-il un rapport entre l'hyperplasie glandulaire et le cancer du corps de l'utérus (**Keller**) (43).

[*Bulletin de la Fédération*, t. 4, n° 5, 1952.]

[212 A] [*Suisse Romande*]. — Diversité des images radiologiques salpingiennes (**P. Dubuis**) (1). — Tuberculose végétante du col utérin ; diagnostic (**R. L. Rochat**) (2). — Sarcome primitif du chorion de la muqueuse utérine (**R. L. Rochat**) (3).

(Paris), 5 *Janvier* 1953. — Hémorragie abdominale importante par kyste du corps jaune (**L. Digonnet**) (4). — Kyste ovarien humain hémorragique avec augmentation d'élimination urinaire de gonadotrophines (**R. Moricard** et **B. Jamain**) (5). — Occlusion intestinale : étranglement de l'anse par le ligament rond après opération de Doléris ; absence de signes radiologiques (**L. Digonnet** et **J. Roy**) (6). — Bec de sonde pour insufflation et bougies hystéromètres en matière plastique (**J. Dalsace**) (7). — Perforation de l'utérus gravide par projectiles de guerre (**Rautureau** et **Ducourneau**) (8). — Radiographies d'anencéphale (**Rautureau** et **Carpentier**) (9). — Fibrome de développement rapide simulant une grossesse (**Suzor** et **Randon**) (10).

2 *Février*. — Premier cas d'éclampire traité par l'hibernation artificielle (**Aoustin** [rapport **Laborit**]) (11). Le problème du cancer du col au stade pré-invasif (**Varangot, Nuovo** et **Vassy**) (12). — Suites d'une môle ; myométrite syncytiale post-molaire (**Lepage, Klein** et **Schramm**) (13).

[*Bordeaux*]. — Le chorio épithéliome utérin (**G. Dubreuil, Lafargue, Rivière** et **Chastrusse**) (14). — Tuberculose probable de l'endomètre ; streptomycine et rimifon alternés (**Larralde**) (15).

[*Lille*]. — Dysplasie périostale de Porak et Durante ; un cas (**Duthoit** et **Lekieffre**) (16). — Nourrisson porteur d'une aplasie congénitale du cuir chevelu ; pathogénie (**Palliez, Cotteel** et **Delecour**) (17).

[*Nancy*]. — Du traitement radiochirurgical du cancer du col utérin (**Chalnot, Louyot** et **Guillemin**) (18). — Endométrite tuberculeuse longtemps après la ménopause (**Florentin, Louyot** et **Guillemin**) (19).

[*Strasbourg*]. — Iléus dû uniquement au fait de la grossesse (**P. Burger**) (20). — Sur les éventrations post-opératoires (**L. Wirtz**) (21). — Histoire clinique d'un cas de tumeur primitive de la trompe de Fallope (**Horst**) (22).

[*Tunisie*]. — Endométriome tuberculeux de l'ovaire (**Valensi**) (23). — Radiographie de salpingite tuberculeuse bilatérale (**Valensi** et **Delclaux**) (24).

[*Ibidem.*, t. 5, n° 1, 1953.]

[213] **Société Nationale Française de Gastro-Entérologie**, 8 *Décembre* 1952. — Sur une ulcération gastrique (**R. Dupuy, A. Cornet** et **J. Paolaggi**) (1). — Epithélioma muqueux développé sur une gastrite hyperplasique et ulcéreuse au voisinage d'une cicatrice d'ulcère ; 5 gastroscopies (**J. Duhamel, A. Cornet, N. Œconomos, J. Hewitt** et **R. Pichard**) (2). — Diverticule de Meckel et pancréas aberrant (**Boucheron**) (3). — Lipome du diverticule de Meckel ; invagination du diverticule (**Boucheron**) (4). — Diverticule de Meckel perforé dans la vessie (**Vergoz** et **Stoppa**) (5). — Du diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac (**Cachin, Frileux, Gérard** et **Jallut**) (6). — Un cas grave de recto colite hémorragique (**Terrasse, Poirier, Laurent, Monod** et **Lère**) (7). — Du traitement des thromboses hémorrhoïdaires internes par les infiltrations lombaires (**H. Thaly** et **F. Schops**) (9).

[*Région du Nord*], 26 *Juin* 1952. — « *Kissing ulcer* » de la petite courbure (**Delannoy** et **Devambez**) (9). — Obstruction mucilagineuse de l'œsophage guéri par cathétérisme (**Sence**) (10). — Pseudo-cancer de l'œsophage (**Auguste, Héraud** et **Tacquet**) (11). — Sténose par ulcère primitif du jéjunum (**Decoulx, Bonte** et **d'Halluin**) (12). — Hernie diaphragmatique, cholélithiase et diverticulose colique ; triade de Saint (**Delannoy, Lantsoght** et **Devambez**) (13). — De la cholécystopexie (**Swynghedauw, Salembier** et **Rogowski**) (14). — Rétrécissement inflammatoire du côlon recto-sigmoïdien (**Swynghadauw, Legrand** et **Lepan**) (15).

[*Littoral Méditerranéen*], 22 *Juin* 1952. — Premiers essais de traitement du cancer de l'œsophage inopérable par le tube de Souttar (**R. de Vernejoul, Monges** et **Metras**) (16). — Des séquelles graves de la gastrectomie pour ulcère (**H. Monges** et **J. Fagnoni**) (17). — Mégagastrie paroxystique et crises d'asthme (**E. Fassio**) (18). — Etat de nutrition grave après gastrectomie totale ; retentissement sur l'évolution d'une tuberculose préexistante (**J. Baumel** et **E. Fassio**) (19). — Courbes d'évacuations vésiculaire et morphologie des voies biliaires dans les dyskinésies biliaires (**V. Paschetta, P. Lecomte** et **Ch. Giraud**) (20). — Les discordances entre tubage duodénal minuté et radiomanométrie biliaire ; intérêt diagnostique de

l'exploration pancréatique (**H. Sarles** et **A. Cartier**) (21). — De la radiomanométrie dans les papillites oddiennes (**Figarella** et **A. Bernard**) (22). [213]

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. **42**, n° 1, *Janvier* 1953.]

Société de Neuro-Chirurgie de Langue Française, 2 et 3 *Décembre* 1952. — Drainage des hydrocéphalies par un bouton de métacrylate de méthyle (**L. Christophe**) (1). — Compression médullaire récidivante par hémangiome extra-dural ; role déterminant des grossesses sur les rechutes (**David, Constans** et **Lamarche**) (2). — Une complication rare de l'opération de Cone (**D. Ferey**) (3). — De la tomographie crânienne en neuro-chirurgie ; à propos d'un chondro-myxo-sarcome latéro-sellaire (**Ferey, Stabert** et **Javalet**) (4). — Artériographie du siphon carotidien dans les tumeurs hypophysaires (**Fischgold, David** et **Le Besnerais**) (5). — Thrombose de la carotide primitive après encéphalographie artérielle (**Fontaine** et **Dany**) (6). Section du nerf sciatique et constitution biochimique de l'os ; étude expérimentale (**R. Fontaine, P. Mandel** et **Mme Ebel Gries**) (7). — Technique de l'hémisphérectomie pour hémiatrophie (**C. Gros**) (8). — Anévrysmes de l'artère cérébrale antérieure ; problèmes thérapeutiques (**C. Gros**) (9). — Curieuse symptomatologie d'un hématome sous-dural de la convexité (**E. Laine, Mme Delandtsheer, Delandtsheer** et **Desfontaines**) (10). — L'ouverture du canal optique dans les lésions traumatiques récentes du nerf optique ; 10 cas opérés (**G. Lazorthes** et **H. Anduze**) (11). — Les indications de l'hibernation artificielle en chirurgie cérébrale et en traumatologie crânienne (**Lazorthes, Campan** et **Anduze**) (12). — Hypophysectomie et traitement du cancer (**J. Le Beau** et **Perrault**) (13). — Malformation de la charnière crâno-cervicale par impression basilaire avec malformations vertébrales (**A. Lévy**) (14). — Epilepsies en foyer post traumatiques ou infectieuses ; résultats de 64 cas traités par intervention corticale (**Paillas, Vigouroux** et **Naquet**) (15). — Diagnostic et pronostic des hydromes sous-duraux primitifs (**Pertuis** et **Berdet**) (16). — Intérêt des ganglioplégiques dans la lutte contre le syndrome d'hypertension artérielle ; œdème aigu cérébral per-opératoire (**Petit-Dutaillis, Guyot** et **Pecker**) (17). — Du traitement des gliomes (**Petit-Dutaillis** et **Houdart**) (18). — Angiome du crâne, ablation sous ganglioplégiques, prothèse immédiate d'hésacryl (**Pouyanne, Leman** et **Got**) (19). — Méningocèle occipitale ossifiée d'un volume peu courant (**Pouyanne** et **H. Pouyanne**) (20). — Crânioplastie par homogreffes frigorifiées (**Rousseaux, Midon, Lepoire** et **Sommelet**) (21). — Hyperthyroïdie après traumatisme du crâne, décelée par le test à l'iode radio-actif (**Stoll, Chevallier, Fontaine, Wagner** et **Dany**) (22). — L'anastomose spino faciale et hypoglosso-spinale appliquée au traitement de la paralysie faciale périphérique consécutive à l'ablation des tumeurs de l'acoustique (**Tavernier** et **Daum**) (23). — Sur l'hématome sous-dural traumatique (**R. Thurel**) (24). — Anévrysme frontal gauche élément central d'un angiome ; ablation (**P. Trotot**) (25). — De la spoliation sanguine peropératoire en neuro-chirurgie (**Wertheimer, Lecuire** et **Bressand**) (26). — Agrafeuse rapide pour plaies chirurgicales du cuir chevelu (**Woringer**) (27). — Modifications de la table de Klein et Woringer pour interventions sur la fosse postérieure en position assise (**Woringer**) (28). [214]

[*Revue Neurologique*, t. **87**, n° 6, (2e Semestre) 1952.]

Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 *Février* 1953. — Difficultés d'interprétation clinique et histologique de certaines formes osseuses de la maladie de Hodgkin (**M. Zara, C. Sors, Chimènes** et **Fred Siguier**) (1). — Rupture spontanée d'une rate palustre; splénectomie; guérison. Image giganto-folliculaire de la pulpe splénique (**Crosnier, Giraud, Darbon** et **Parvais**) (2). [215]

13 *Février*. — Cicatrices et Cancer (**Brelet**) (3). — Etude de la vitesse de sédimentation globulaire dans les cancers secondaires des os (**S. de Sèze, Flamand** et **Desmichelle**) (3).

[*Bulletins et Mémoires*, an. **69**, n° 5 et 6 1953.]

6 *Mars*. — Hernie diaphragmatique et grossesse; ses rapports avec le pyrosis de la femme enceinte (**Hillemand, Viguié, Bernard, Villard** et **Delille**) (4). Tumeur pédiculée maligne de l'œsophage ; le problème des tumeurs pédiculées de l'appareil digestif (**Hillemand, J. Patel** et **Delattre**) (5). — Ostéolyse de la paroi thoracique (**J. A. Lièvre**) (6).

[*Ibidem*, n° 9-10.]

Académie Nationale de Médecine, 3 *Mars* 1953. — Considérations techniques et biologiques sur l'enclouage médullaire (**Rocher**) (1). [216]

[*Bulletin de l'Académie*, an. **117**, t. **137**, n° 9 et 10, 1953.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

MARS 1953

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès appendiculaire aigu simulant un néoplasme cæcal, F. Ciampa [28], 6.
— carcinomateux, Strang [79], 2.
— cérébelleux, Genesi [37], 5.
— cérébral, J. Marie [35], 4 ; Chardin [65], 9 ; Bourguet [84], 2.
— froid, Sparano [158], 2 ; Vergoz [210], 36.
— — de la paroi thoracique, F. Jorio [14], 5.
— hépatique, L. de Oliveira [72], 4 ; Hardauch [112], 1 ; L. Dejon [209], 8.
— — par projectiles, Delom [126], 5.
— sous-phrénique, Delom [126], 5.
— pulmonaire, Armand Ugon [82], 7.
— — multiples, Corbetta [154], 5.
Abdomen (Affections) ; thoraco-phréno-laparotomie, Albanese [190], 2.
— aigu (Anesthésie et traitement pré- et post-opératoire), M. Severo [17], 6.
— — (Dominants chirurgicaux), G. E. Schubert [127], 1.
— — en gynécologie, E. Bracht [127], 2.
— — en urologie, B. Banic [173], 1.
— — par torsion de l'appendice épiploïque, F. Kenny [203], 6.
— — chez l'enfant, Weidemann [127], 3.
— (Chirurgie) ; lever précoce, A. Charbonnier [169], 1.
— —; réduction de la morbidité et mortalité, Babcock [5], 20.
— (Distension non gazeuse), Stewart [59], 14.
— (Fente), Th. C. Moore [31], 15.
— (Fistules), Wild [9], 14.
— (Incisions) chez l'opéré jeune, Gross [27], 7.
— (Plaie par corne de taureau) avec éviscération et déchirure du pédicule vasculaire et urinaire du rein ; hémostase spontanée, M. G. Portela [11], 5.
— (Cavité) (Hémorragie) par kyste du corps jaune, Digonnet [212 A], 4.
— (Paroi) (Grossesses secondaires), Vesell [59], 8.
— supérieur (Douleur en clientèle), C. Yeatman [203], 2.
Acetabulum (Protrusion), Guérin [208], 14.
2-acétyl-aminofluorène (Administration chez le rat) et tumeurs mammaires secondaires, A. C. Ross [97], 7.
Acide ascorbique chez les hyperthyroïdiens Giberti [154], 4.
— hydrazide isonicotinique, Kowalczyc [22], 10.
— isonicotinique, Hadzigeorges [42], 3.
Acidose et alcalose expérimentales (Variations du potassium), Keating [29], 11.
Acoustique (Tumeurs) ; ablation et paralysie faciale consécutive, Tavernier [214], 23.
Acrocéphalo-syndactylie, Strom [167], 11.
A. C. T. H. pour brûlures, Lagrot [210], 15.
— dans le post-opératoire des arachnoïdites O. C., D. Ferey [108], 9.
— Cortisone pour oligurie post-traumatique, Fleishman [204], 4.
Actinomycose, Baylin [104], 9.
— génitale interne féminine, Zyck [163], 3.
— périrénale, Silber [204], 9.
Actinothérapie des myomes utérins, Valle [55], 3.
Adénites tuberculeuses suppurées (P. A. S. local), Laugier [110], 2.
Adéno-acanthome gastrique, Mc Shane [30], 37.
Adénocarcinome appendiculaire, Clarke [71], 3 ; Frigerio [190], 6.
Adénome bronchique (Radiologie), Pigorini [99], 1.
— chromophobe, Petit-Dutaillis [108], 3.
— rénal, Shelley [64], 22.
Adénomectomie prostatique (Voies d'accès), E. Truc [118], 2.
Adénopathies d'un cancer sous-glottique, P. Marques [89], 8.
— du cancer mammaire (Curage mammaire interne, sus-claviculaire et axillaire), Redon [1], 1.
Adhérences musculo-ségmentaires de l'anus [Manchon d'—] (Son rôle dans la genèse des hémorroïdes, Cabanie [67], 1.
— pleurales (Section sous streptomycine) ; épanchement pleural, Beatty [79], 4.
Adrénalectomie sub-totale pour syndrome de Cushing, W. Walters [28], 14.
Agents anticurare, Hunter [147], 4.
Agrafeuse rapide pour plaies chirurgicales du cuir chevelu, Woringer [214], 28.
Aisselle (Kyste hydatique de l'espace interscapulo-thoracique, F. Gentil [164], 1.
— (Réticulo-sarcome chez une enfant), Salmon [209], 27.
— (Tumeur) ; diagnostic, Salmon [209], 10.

Alcool éthylique et alimentation post-opératoire, SEIWERTH [24], 6.
— intra-veineux, GRUNDMANN [24], 5.
Aldolase sérique et contrôle hormonal du cancer, R. BAKER [64], 13.
Algoménorrhées, PELLIZZARI [56], 1.
Alimentation parentérale post-opératoire (Alcool éthylique), SEIWERTH [24], 6.
Allergie expérimentale et artérites, CHIAROLANZA [14], 3.
Amibiase, L. DEJOU [209], 8.
Amimes hypertensives, BURN [147], 8.
Ampoule de Vater (Tumeurs), VAN VEEL [13], 4.
Amputation inter-ilio-abdominale dans les tumeurs du fémur, R. ERGÜDER [174], 3.
Amputé (Réhabilitation), WERSSOWETZ [27], 14.
— du membre inférieur (Rééducation par prothèse provisoire, COSTANZO [43], 2.
Amygdalectomie (Hémorragie intestinale), MASPÉTIOL [65], 12.
Anastomose artério-veineuse, RUGGIERI [160], 6.
— — (Radiologie), VOGLER [98], 2.
— bilio-digestive (Indication), W. E. SCHMIDT [127], 5.
— gastro-intestinale (Électrochirurgie), CHAO [201], 5.
— œsophagienne termino-terminale, MALAGO [80], 8.
— œso-gastrique cervicale, GASINSKI [163], 5.
— — transthoracique (Évolution gastrique), SOLERIO [18], 4.
— porto-cave (Instruments), JAHNKÉ [31], 5.
— urétéro-intestinale, MATHISEN [29], 1 ; SABADINI [210], 23.
— — avant éviscération pelvienne, MOLONEY [147], 11.
— — latéro-latérale, DARGET [5], 39.
— urétéro-sigmoïdienne, LETAC [5], 43.
— urétéro-vésicale latérale pour rétrécissement et méga-uretère, J. CIBERT [60], 10.
— urétro-vésicale modifiée après prostatectomie totale, R. H. FLOCKS [64], 11.
— vasculaire, PÉLOT [5], 13.
Anatomie (Nomenclature internationale), ARA [190], 8.
Anémie (Hernie gastrique), LASCHI [100], 11.
— des hernies diaphragmatiques, KUMMERLE [129], 20.
— — du hiatus, OLIVE BADOSA [39], 6.
— artérielle orthostatique après opération crânienne, SKALL-JENSEN [167], 7.
Anencéphale (Radiographie), RAUTUREAU [212 A], 9.
Anesthésie (Accumulation d'eau), COLE [181], 6.
— (Méthodes actuelles), DECKER [171], 2.
— (Techniques d'—) pour mobilisation articulaire, BERNABAI [43], 4.
— (— modernes appliquées à la chirurgie cardio-vasculaire), NADIA DU BOUCHET [192], 2.
— dans la chirurgie de la myasthénie, DAURI [20], 4.
— pour chirurgie œso-gastrique, SALVINI [107], 4.
— en orthopédie, MORPURGO [45], 3.
— au Narcotal et curare, FORSSELL [23], 9.
— générale (Vomissements), COLOMBO [154], 8.
— — et novocaïne intra-veineuse comme adjuvant, MARESCA [43], 6.
— péridurale, SILVA DE ASSIS [64], 36.
— sous hibernation et hypotension contrôlée, FANJEAUX [210], 47.
— potentialisée, BAHUET [5], 6.
— — (464 cas), MONTANARI [107], 5.
— — (Son action sur l'infarctus expérimental du myocarde), J. CAHN [105], 5.
— traitement pré- et post-opératoire dans l'abdomen aigu, M. SEVESO [17], 6.
Anesthésiologie (Problèmes de morale), BANDERA [187], 3 ; MAQUIVAR [187], 4.
— (Progrès), NISSEN [171], 1 ; HUGIN [171], 4.
Anesthésique par inhalation (Isopropylchloride), HENKEL [129], 10.
— local nouveau (La xylocaïne), WIEDLING [106], 3.
— intra-veineux (Kemithal), HERNANDEZ [200], 2.
Anesthésiste (Responsabilité juridique), DETTLING [171], 5.
Anévrysme, BLOCH [65], 1.
— (Cas curieux), DARRICAU [5], 9.
— aortique M. VALDES [140], 1 ; MICHEL [212], 39.
— — (Résection), DUBOST [205], 21.
— au niveau des greffes aortiques, JOHNSON [31], 25.
— cérébral, GROS [214], 9.
— frontal gauche (Ablation), P. TROTOT [214], 25.
— poplités, GIFFORD [31], 32.
— syphilo-artério-sclérotique, HARDY [27], 15.
— traumatique, OUDOT [108], 12.
Angiocardiographie, HILL [12], 7.
— (Électrocardiographie), ANGELINO [17], 1.
Angiographie cérébrale percutanée (Importance de l'— et technique), W. ENSTE [128], 6.
Angiomatose, PAVIOT [77], 4.
— osseuse, LIARAS [210], 19.
— recto-sigmoïdienne, MOUSSEAU [5], 31.
— vertébrale, LASSERRE [208], 10.
Angiomes (Anévrysme frontal gauche, élément central d'un cas d'—), P. TROTOT [214], 25.
— artério-veineux, DESCUNS [210], 4.
— cérébraux, RISER [83], 2.
— congénitaux, SALVI [55], 6.
— médiastinaux, EMERY [12], 23.
— du tractus digestif, SHEPHERD [12], 1.
— intra-ventriculaires, R. AMYOT [177], 2.
— chez l'enfant (Chirurgie), FÈVRE [137], 1.
Angiopneumographie, SCARINCI [155], 3.
— dans le cancer bronchique, F. DE CLARCQ [10], 6.
— expérimentale, VIALLET [124], 3.
Annexectomie droite (Grossesse tubaire droite), ROUX [212], 23.
Annexites non tuberculeuses (Conservation), JOYEUX [212], 25.
Anomalies congénitales vasculaires, ADOVASIO [80], 1.
Anse efférente (Rétrécissement) après gastrectomie, J. K. NARAT [28], 8.
Antibiotiques (Choix), H. WAREMBOURG [120], 1.
— (Us et abus), ISELIN [5], 10.
— (Administration intra-péritonéale prolongée), C. BRUNNER [170], 3.
— (Résistance staphylococcique aux —), M. FINLAND [183], 1.
— en chirurgie, CASELLA [156], 8.
— — Procaïne (Influence sur la mortalité de la péritonite expérimentale, BARBIERI [31], 11.
Anticoagulants, CARAMELLO [158], 1 ; SWEDBERG [167], 6.
— dans les artérites, RAYNAUD [124], 1.
— et accidents veineux post-opératoires, TOURNAY [74], 3.
— (Hémorragies), PATARO [75], 3.
— Thrombodym), WILBRAND [129], 4.
Anus (Fistule étendue à la cuisse), WILSON [147], 5.
— (Imperforation) ; fistule vaginale, DE FRANCHIS [156], 7.
— (Prolapsus) chez l'enfant, KEUDEL [9], 23.
— (Sphincter interne), EISENHAMMER [204], 10.
Aorte (Anévrysme) ; diagnostic, MICHEL [212], 39.

Aorte (Anévrysme) avec image pseudo-tumorale, M. Valdes [140], 1.
— (Dérivation) sans suture, Izant [31], 27.
— (Embolie en selle) ; chirurgie, Lord [31], 33.
— (Rupture) par processus phlegmoneux, Ferreira-Perrutti [82], 6.
— (Sténose isolée) ; chirurgie, E. J. Moeys [13], 3.
— (Transfusion de sang), Haxton [146], 7.
— [Arc] (Anomalies congénitales), Adovasio [80], 1.
— (— de développement) ; diagnostic, A. Fink [138], 1.
— [VI^e Arc] (Persistance bilatérale), Kelsey Jr, [97], 5.
— [Bifurcation] (Embolie), Slobodzian [163], 12.
— [Carrefour] (Occlusion aiguë), Cheynel [207], 7.
— [Fourche] (Oblitération), Fontaine [108], 14.
— abdominale (Greffe veineuse) ; complications, Schmitz [31], 24.
— descendante (Chirurgie expérimentale), Biocca [80], 2.
— terminale (Embolectomie) ; succès, A. R. Albanese [191], 8.
— thoracique (Greffe veineuse) ; anévrysme, Johnson [31], 25.
Aortectomie terminale et gangliectomie, Fontaine [108], 14.
Aortographie (Son importance clinique et sa méthode), Gadermann [128], 5.
Apalgine en orthopédie, Feuerstacke [128], 9.
Aponévrose palmaire (Rétraction), Moorhead [26], 17.
Apophyses épineuses (Maladie de Baastrup), Gardella [100], 6.
Appareil cardio-vasculaire (Chirurgie) ; techniques modernes d'anesthésie, Nadia du Bouchet [192], 3.
Appareil génital (Cancer incurable) ; suppression de la douleur, H. Tischer [134], 9.
— — de la femme (Actinomycose), Zych [163], 3.
— — — (Cancer) ; dépistage, Turtola [58], 6.
— — — (Hémorragie), Blanchard [190], 13.
— — — (Malformation), Kostic [172], 5.
— — — (Prolapsus) ; triple opération périnéale, Magendie [5], 35.
— — — (— chez la femme âgée), J. A. Salabar [191], 1.
— — — (Torsion), Joyeux [212], 33.
— — — (Tuberculose), Marcel [211], 5. Gilloux [211], 9.
— — — — diagnostic par le sang menstruel, Kraubig [211], 4.
— — externe de la femme (Angiomes congénitaux), Salvi [55], 6.
— — mâle (Scalp), Jaroszewigz [163], 8.
— génito-urinaire (Agénésie unilatérale), Sucre Mendoza [200], 1.
— — (Tuberculose), Franzas [23], 11.
— — de l'homme (Tuberculose) ; problèmes nouveaux, E. de la Pena [140], 3.
— urinaire (Lithiase multiple simultanée), Picatoste y Picatosta [11], 6.
— — (Opération) ; avantages de l'incision de Cheney, O. S. Culp [64], 17.
— automatique nouveau pour exsanguino-transfusion, Taddei [17], 1.
Appendice épiploïque (Torsion) ; cause rare d'abdomen aigu, F. Kenny [203], 6.
— iléo-caecal (Abcès aigu) simulant un néoplasme du cœcum, F. Ciampa [28], 6.
— — (Absence congénitale), Zagami [161], 5.
— — (Adénocarcinome), Clarke [71], 3 ; Frigerio [190], 6.
— — (Tumeurs argentaffines), Freiden [33], 11.
Appendicectomie (200 cas), Silber [204], 3.
— (Suites) : syndrome cicatriciel douloureux, A. Guerra [17], 12.
— suivie d'un syndrome douloureux abdominal droit, Reggianini [159], 4.
Appendicite chez le jeune enfant, Gubern-Salisachs [39], 7.
— aiguë perforée avec membrane de Jacbson (Cas rare), M. F. Protic [173], 2.
— chronique, Planitz [9], 17.
— [Pseudo] dans les cardiopathies valvulaires rhumatismales, Vazela de Seijas Aguilar [139], 2.
Arachnoïdite opto-chiasmatique (Suites opératoires), D. Ferey [108], 9.
— spinale et opto-ichiasmatique (Chirurgie), Forni [19], 1.
Arbre bronchique (Toilette de l'—) dans les complications pulmonaires post-opératoires, Sitkowski [22], 1.
Arcade zygomatique (Fracture isolée), Tira [45], 1.
Artère carotide (Épreuve de compression), Paillas [109], 1.
— — interne (Thrombose) ; épreuve de compression carotidienne, Paillas [109], 1.
— — primitive (Ligature basse), Huard [126], 2.
— — — (Thrombose) après encéphalographie, Fontaine [214], 6.
— cérébrale antérieure (Anévrysmes), Gros [214], 9.
— hépatique (Ligature) pour hypertension portale, Taylor [181], 12.
— poplitée (Anévrysme) ; 100 cas, Gifford [31], 32.
— pulmonaire (Sténose), Therkelsen [23], 3 ; Söndergaard [23], 4.
— — (— valvulaire), Tricerri [190], 18.
— — (Thrombose post-opératoire) ; mort subite consécutive, Salmon [209], 7.
— thyroïdienne supérieure (Variante cliniquement importante), H. Kirchmair [134], 2.
— vertébrale (Anneau atloïdien), de Sèze [36], 2.
— — (Artériographie transcutanée), Klausberger [133], 7.
Artères (Banque d'-), Henrotin [10], 10.
— (Lésions traumatiques) ; remplacement, P. Jordan Jr T. Hiertonn [26], 29.
— (Obstruction sénile) ; priscol, Droller [76], 1.
— (Pertes de substance) ; greffes artérielles et veineuses, J. N. Cooke [31], 23.
— (Plaies) ; suture, Salasc [210], 44.
— (Spasmes) d'allure essentielle, Lian [108], 4.
— (Oblitération chronique) ; circulation collatérale, Puglionisi [160], 3.
— du foie (Oblitération) ; physiopathologie. Buttorini [160], 7.
— du membre inférieur (Occlusion), Milanes [103], 9.
— des membres (Embolectomies), Van de Casteele [208], 9.
— — (Troubles chez les diabétiques), Jouve [73], 1.
— pulmonaires (Thrombose massive chronique), Keating [104], 4.
— splénique et hépatique (Ligatures) pour hypertension portale, Mc Fadgean [146], 6.
Artériographie, Mac Kenzie [12], 6.
— du membre inférieur (62 cas), Milanes [103], 9.
— du siphon carotidien, Fischgold [214], 5.
— transcutanée vertébrale, Klausberger [133], 7.
— translombaire, Schach [204], 7.
Artériopathies chroniques (État des surrénales), Morone [20], 1.
— périphériques oblitérantes (Lésions veineuses), Morone [160], 5.

Artério-sclérose (Acquisitions dans la connaissance de l'— chez l'homme), J. Mardonas [198], 2.
— expérimentale (Acquisitions faites dans l'—), J. Mardonas [198], 2.
— des extrémités (Troubles circulatoires), R. Singer [134], 5.
Artério-veineuses [Fistules congénitales], Caby [205], 7.
Artérite (Histologie des ganglions sympathiques lombaires), Manfredi [19], 2.
— allergique expérimentale, Chiarolanzia [14], 3.
— des membres (Électrocardiogramme), Audier [209], 20.
— oblitérante (Anticoagulants), Raynaud [124], 1.
— — (Opérations), Rutkowski [163], 14.
— — périphérique (Anastomose artéro-veineuse), Ruggieri [160], 6.
— temporale à cellules géantes, Dechaume [114], 4; Plauchu [114], 5.
Arthrite aiguë, Guilleminet [207], 11.
— lombaire (Conception de Putti), Delitala [48], 2.
Arthrodèse, Petit [206], 4.
— par compression, Camberoglou [42], 5.
— d'après Putti, Filippi [48], 4.
— sous pression, Ferrand [210], 14.
— vertébrale, Diamant-Berger [5], 48.
Arthropathies nerveuses (Contribution de Putti à leur connaissance), A. Soldi [48], 9.
Arthroplastie coxale, Lombard [210], 3.
— cutanée, De Marchi [46], 3.
— de hanche, G. Riennau [113], 4.
— selon Putti, Pasquali [48], 8.
Arthrose, Camera [46], 1.
— (Historique), De Sèze [36], 1.
— goutteuse, Wallet [5], 53.
— radio-cubitale, Rocher [208], 17.
— [Péri] huméro-scapulaire (Réflexe de vasodilatation), Magensen [166], 1.
Arthrotomie (Poinçon de Rocher), Salmon [209], 15.
Articulation atloïdo-axoïdienne (Luxation). A propos de la maladie de Grisel chez un adulte, A. Werner [170], 2.
— coxale (Ostéo-arthrite), Brailsford [5], 46.
— radio-cubitale (Arthrose avec subluxation); chirurgie, Rocher [208], 17.
— sacro-iliaque, De Doncker [38], 1.
— scapulo-humérale (Luxation); suites, Benedetti [46], 4.
— tibio-tarsienne (Résection) pour traumatismes graves du cou-de-pied, J. Gandin [209], 31.
Articulations (Greffes totales), J. Ducuing [117], 1.
— (Mobilisation); techniques diverses d'anesthésie, Bernabai [43], 4.
— (Morphophysiologie), Holmdahl [144], 2.
Aspiration continue, Giraud [208], 7.
— intestinale chez l'enfant, Gubern-Salisachs [39], 5.
Asthme et mégagastrie, Fassio [213], 18.
— dit essentiel (Chirurgie), Lopez Esnaurrizar [3], 4.
Athrepsie (Pathogénie), Romeo [157], 2.
Attelle interne post-opératoire (Sonde servant d'—), Senger [64], 5.
Auto-hémo-transfusion, Joyeux [212], 32.
Avant-bras (Fractures diaphysaires); enclouage, P. Moiroud [209], 26.
— (Pseudarthrose); enclouage, P. Moiroud [209], 26.
— (Résection diaphysaire) pour Volkmann Fontaine [34], 10.
— [Extrémité inférieure] (Fractures), Poilleux [34], 4.
Avortement (Accidents nerveux apoplectiformes), Chavany [109], 5.
— (Constatations microscopiques), Prassoli [55], 1.
Avortement (Infection); chloramphénicol, Tasovac [172], 3.
— habituel (Chirurgie), Palmer [205], 5.
Axis (Déhiscence transversaire), de Sèze [36], 2.
Azoospermie dans l'ectopie, Lombard [210], 12.
Azotémie [Hyper] chloropénique de Blum, D. Foti [17], 10.

B

Bacillus abortus, P. Merz [209], 25.
Bactériologie de la colite ulcéreuse, Dack [30], 20.
Balanoposthite diabétique, Taulelle [125], 4.
Bandages (Stérilisation), Guldberg [167], 1.
Banque d'artères et greffes vasculaires, Henrotin [10], 10.
Basaliome pigmentaire, Madonia [96], 3.
Bassin osseux (Fracture), Seear [59], 16.
Bassinet (Calcul); passage dans l'espace rétro-péritonéal avec intégrité fonctionnelle rénale, F. Ziegler [8], 4.
— double (Hémi-néphrectomie), Baptista Franco [32], 6.
Bec de lièvre (Réparations), Duarte Cardoso [197], 2.
Bile opaque (Pathogénèse); faits et hypothèses à son sujet, F. Baisi [14], 1.
Bilio-digestive [Anastomose], Schmidt [127], 5.
Biopsie du cancer prostatique (Voie périnéale), Hudson [31], 35.
— diagnostique du cancer du col, Daro [59], 4.
Blastomycose, Baylin [104], 9.
— (Aspects chirurgicaux), J. R. Levitas [31], 12.
Blessures par coup de feu, Cl. L. Kiehn [26], 24; J. C. Drye [26], 31; O. Walther [102], 3.
— de guerre, Delom [126], 5; [126], 7; Rautureau [212 A], 8.
— des parties molles ostéo-articulaires et inflammations, Wymor [128], 1.
Bleu de méthylène (Exploration au—) en chirurgie biliaire et duodénale, Bourgeon [210], 51.
Blocage adrénergique, Goodall [149], 2.
— ganglionnaire (Agent nouveau pour —), G. Kraucher [130], 2.
— — dans l'opération transventriculaire de la sténose pulmonaire, G. Hienert [134], 3.
— pseudo-méniscal du genou après entorse, Trillat [207], 4.
Bouche (Cancer), Turgot [178], 1.
— —; thérapeutique, Calarese [156], 6.
— —; ablation en bloc, W. H. Brown [185], 1.
— [Plancher] (Kyste dermoïde), Huard [126], 4.
Bouche anastomotique (Invagination), Bourgeon [210], 27.
— iléale, Rogers [181], 3.
Bougies hystéromètres, Dalsace [212 A], 7.
Bouton de métacrylate de méthyle pour hydrocéphalie, Christophe [214], 1.
Brachialgie, Reischauer [127], 4.
— paresthésique nocturne (Traitement), A. Schoger [128], 3.
Bras (Fibrosarcome), Paoli [209], 18.
Brévidil (Relaxant musculaire), Mac [162], 1.
Broche-fuseau pour certaines fractures, H. Rode [209], 24.
Bronches (Angiomatose), Paviot [77], 4.
— (Cancer); clinique, Benzecry (189], 1.
— —; critères d'opérabilité, F. de Clercq [10], 6.
— (Carcinoïde); malignité, Frey [78], 1.
— (Corps étrangers), Liaras [210], 13.
— (Fistules); cautérisation, Tricoire [77], 3.

Technique de sécurité chirurgicale

FBF

absolue

Météoaseptiseur REX
permettant d'opérer en milieu ambiant, stérile et climatisé.

Blocs stérilisateurs NORMOS
à circulation méthodique

Table d'opération INNOVA
table de chirurgie universelle et orthopédique.

FLICOTEAUX, BOUTET & FLEUROT

8 RUE DE LA BAROUILLERE - PARIS-6e
TEL. SEG. 13-04

★

100

SONDES (DELAMOTTE

DELAMOTTE-PLISSON, 68, rue J.-J.-Rousseau - PARIS

Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc

AMETAL PLISSON

Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Drains

Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

NEUROPLÉGIQUE 4560 R.P.

LARGACTIL

comprimés et ampoules

CHIRURGIE · PSYCHIATRIE · OBSTÉTRIQUE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHONE-POULENC - 28 COURS ALBERT 1er PARIS 8e

Bronchiectasies, Derra [129], 13.
— (Indications et résultats opératoires), J. Miguel Urrutia [11], 2.
Bronchographie des tumeurs, Vietzen [6], 2.
Bronchoscopie dans le cancer bronchique, Scarinci [155], 3.
Brûlures (ACTH), Lagrot [210], 15.
— (Épithélisation), Chytilova, [25], 6.
— (Excision), Karfik [25], 4.
— (Raideurs cicatricielles) ; kinésithérapie, Lasserre [208], 12.
— (Shock), Kubacek [25], 2 ; Hajkowa [25], 3.
— (Traitement), A. H. Whittaker [30], 35.
— (— moderne), S. E. Ziffren [134], 4.
— dues à l'électricité, Erdelyi [25], 5.
— graves (Hibernation artificielle chez un grand brûlé), Lagrot [210], 48.
— légères (Traitement local par pâte de cortisone), J. Rehn [131], 2.
— profondes peu étendues ; excision et greffes immédiates, Mc. Dowell [26], 26 ; A. H. Whittaker [26], 27.
Buccopharyngé [Cancer] (Évidement du cou), Auché [5], 15.
Butée double scapulaire, Dejou [209], 12.

C

Cæcite phlegmoneuse aiguë, Tagart [12], 5.
Cæcum (Cæcite phlegmoneuse), Tagart [12], 5.
— (Cancer) ; forme anémique, J. Olmer [116], 1.
— (Invagination haustrale), Mini [20], 5.
— (Néoplasme simulé) dans un cas d'abcès appendiculaire, F. Ciampa [28], 6.
Col (Évolution par les ultrasons), Corradi [45], 5.
— (Formation) ; rôle des phosphatases sériques, Schmid [9], 10.
Calcifications carpiennes, Gondos [103], 5.
Calculs du bassinet, Ziegler [8], 4.
— hépato-biliaires (Chirurgie), A. Lasala [31], 3.
— rénaux, Ilkka Arvola [58], 7 ; Hecker [98], 4.
— urétéraux, Ilkka Arvola [58], 7.
— — géants (Fracture), Burkland [64], 4.
— urinaires (Dissolution), J. L. de la Mano Marcos [139], 11.
— — en « Corne de cerf », E. Hess [64] 1.
— — vaginaux, Youngblood [64], 14.
Calculose biliaire, Dixon [186], 2.
— intestinale (Image radiologique rare), L. Castello [17], 5.
— urétérale, Lange [5], 42.
Canal artériel bilatéral, Kelsey Jr [97], 5.
— — (Fermeture chirurgicale) ; syndrome consécutif de surcharge ventriculaire gauche, Villamil [191], 2.
— — ouvert (Chirurgie), Ekström [23], 10.
— — (Persistance) ; étude clinique, A. de Carvalho Azevedo [195], 2.
— biliaire (Remplacement par greffe urétérale), Rieger [64], 24.
— cholédoque (Lithiase) : détermination, Mallet-Guy [3], 3.
— cystique double, Vincent [119], 1.
— hépato-cholédoque (Lithiase) ; tactique d'extraction des calculs enclavés, A. Lasala [32], 3.
— omphalo-mésentérique (Persistance) et fistule ombilicale, M. Salmon [209], 4.
— — (Restes) ; 88 cas, Aitken [41], 1.
Canal optique (Ouverture), Lazorthes [214], 11.
— thyréoglosse (Kyste), Webb [33], 7.
— de Wirsung (Carcinome), Sullivan Jr [70], 6.
— — (Drainage) dans la pancréatite, L. Leger [108], 11.
Cancer, Brelet [215], 3.
— à la clinique infantile, Caussade [37], 1.
Cancer (Contrôle hormonal) ; ses rapports avec l'aldolase du sérum, R. Baker [64], 13.
— (Étude statistique de 10 ans), Clemmesen [89], 3.
— (Hypophysectomie), Le Beau [214], 13.
— (Injections artérielles de Nitrogen Mustard), Grady [27], 10.
— (Morbidité par —) ; enquête aux Etats-Unis, H. F. Dorn [89], 2.
— — ; enquête géographique en France, P. F. Denoix [89], 1.
— (Radiorésistance acquise), Montgomery [103], 12.
— (Récidives), Montpellier [111], 3.
— (Traitement précoce), Russ [147], 2.
— Tuberculose Lithiase du rein d'un seul côté, J. L. de la Mano Marcos [11], 7.
— biliaire, Dixon [186], 2.
— de la bouche anastomotique, Bandmann [9], 19.
— bronchique, Schwaiger [6], 1 ; F. de Clercq [10], 6 ; Scarinci [155], 3.
— bronchogénique, Kirklin [81], 5.
— buccal, Calarese [156], 6 ; Turgot [178], 1.
— intra-buccal (Chirurgie en bloc), W. H. Brown [185], 1.
— bucco-pharyngé, Auché [5], 15.
— du cæcum, J. Olmer [116], 1.
— cardio-œsophagien, Decker [69], 4.
— colique, Dixon [181], 14.
— — (Importance de la dysbactérie du côlon dans sa pathogénèse), A. Nissle [128], 4.
— du côlon et de l'ovaire associés, Joyeux [108], 13.
— colo-rectal, L. T. Palumbo [28], 9.
— gastrique, Hollenbach [6], 7 ; Troell [23], 1 ; Ransom [29], 3 ; Pera Blanco-Morales [139], 7 ; Martinez Gomez [142], 6 ; Alessandrini [198], 1.
— génital de la femme (Dépistage par examens médicaux à Hyvinkää (Finlande), Turtola [58], 6.
— — incurable, H. Tischer [134], 9.
— hépatique, Hoang Tieu Bao [126], 12 ; Sepulveda [187], 1.
— intestinal, Dujardin [2], 3.
— du gros intestin, Nauton Morgan [139], 4.
— de la langue, M. Dargent [89], 6.
— du larynx, Portmann [66], 1.
— mammaire, Redon [1], 1 ; Brenier [2], 2 ; Reese [12], 3 ; Grant [31], 9 ; A. Scheel [101], 8 ; Simic [172], 6 ; Uriburu [190], 1 ; Finochietto [190], 3 ; Luccioni [209], 28.
— médullaire, Wood [104], 5.
— métastatique mammaire, O. Hallberg [101], 4.
— des nerfs périphériques, Pirner [9], 22.
— du nez, Davis [147], 3.
— œsophagien, Smith [12], 15 ; Ombrédanne [65], 11 ; Watson [104], 2 ; L. H. Strug [185], 4 ; Denoix [205], 20 ; Depaulis [208], 5 ; H. Dalmas [209], 23 ; Auguste [213], 11 ; de Vernejoul [213], 16.
— osseux, de Sèze [215], 3.
— ovarien, Joyeux [108], 13.
— palpébral, Roseberg [104], 3.
— pelvien, Barnes [59], 20.
— pénien, Reitman [64], 33 ; Furlong [64], 34.
— prostatique, Darget [5], 41 ; Fergusson [12], 2 ; Hudson [31], 35 ; Sambuelli [63], 4 ; E. Burns [185], 5 ; Higbee [186], 1.
— pulmonaire, Raeburn [79], 1 ; Schneidrzik [81], 9 ; Guiss [92], 2 ; Russo [103], 1 ; Levent [110], 1.
— — (Cas opérables), Ch. de Muylder [10], 4.
— — primitif, J. H. Fisher [97], 6.

Cancer pylorique, KUHNE [9], 18.
— rectal, CAHEN [5], 24; STEARN [29], 16; NAUTON MORGAN [39], 4.
— recto-sigmoïdien, DECKER [24], 1; GANEM [125], 5.
— du rein, FRUHLING [60], 4; LOMBARD [210], 42.
— thyroïdien, H. MAHORNER [185], 3.
— urétral, ANSELEM [139], 3.
— utérin, DIETHELM [5], 34; YOUNG [29], 4; GRAHAM [29], 12; HAHN [30], 22; BUCHHOLZ [53], 1; DARO [59], 4; PERCIVAL [59], 5; BONAFOS [91], 2; SIRTORI [95], 4; HOWSON [104], 1; ADDINGTON [104], 12; GOMPEL [137], 2; VAN DER STRAETEN [137], 5; DE ANDRADE [212], 1; ROUX [212], 27; VARANGOT [212], 7; ROUX [212], 30; ROUCHY [212], 35; GANDAR [212], 40; VARANGOT [212 A], 12; CHALNOT [212 A], 18.
— vaginal, BIVENS [59], 6.
— vésical, COCK [64], 27; E. BURNS [185], 5.
— vulvaire, GARDINER [59], 19; SALASC [91], 1.
— [Pré], GENTIL [57], 1.
Carcinogenèse expérimentale (Signification humaine), STEINER [97], 9.
Carcinoïde bronchique, FREY [78], 1.
Carcinome (Radiumthérapie il y a 18 ans), SIMIC [172], 7.
— du canal de Wirsung, SULLIVAN JR [70], 6.
— côlo-rectal, ST-W. ASCHERMAN [28], 10.
— duodénal primitif, ROF CARBALLO [139], 5.
— gastrique, MICHEJDA [22], 11.
— métastatique (Fractures), FITTS [26], 6.
— prostatique THOMPSON [64], 12.
— — latent, R. S. TOTTEN [97], 2.
— utérin, KINNUNEN [58], 4; U. BORELL [101], 3.
— vésical, HEJTMANCIK [64], 7.
Carcinosarcome, SMITH [12], 15; HALL [59], 12; THOMPSON [81], 4.
Cardia (Achalasie), SUERMONDT [13], 7.
— (Cancer); chirurgie, DECKER [69], 4.
— (Chirurgie), JENTZER [69], 5.
— Paracardia (Tumeurs); radiodiagnostic par pneumopéritoine, MENEGHINI [102], 2.
Cardiopathie congénitale, BLAXLAND [41], 5.
— — (Chirurgie), DOGLIOTTI [37], 3; CATTANEO [37], 4; GENESI [37], 5.
— décompensées (Ligature de la veine cave inférieure), W. CLOETENS [10], 1.
— valvulaires rhumatismales et pseudo-appendicite, VARELA DE SEIJAS AGUILAR [139], 2.
Carpe (Lésions), A. J. COHEN [13], 2.
— (Luxation bilatérale); résection, DELOM [126], 9.
— (Périarthrite calcaire), GONDOS [103], 5.
Carrefour aéro-digestif (Chirurgie), PORTMANN [5], 17.
Cartilage conservé (Greffes de —) en rhinoplastie, C. RICCA [17], 9.
Castration (Troubles consécutifs); cycles d'œstrogènes et d'androgènes alternés, CLAVERO NUNEZ [142], 2.
Cathétérisme du cœur (Etude pathologique des malades après —), J. E. EDWARDS [184], 2.
Cautérisation sous bronchoscopie, TRICOIRE [77], 3.
Caverne déplacée et bridée (Phrénicotrypsie), CARDIS [93], 2.
Cavernolithiase, COOLEY [81], 2.
Cavité pelvienne (Affections malignes), BARNES [59], 20.
— — (Chirurgie); voie vaginale, AVERETT [30], 16.
— — (Endométriose), GARRONE [55], 4.
— — (Éviscération); anastomoses urétérales et intestinales, MOLONEY [147], 10.
— prostatique, BRODNY [30], 15.
Cellules plasmatiques, CASSLE [12], 19.
— tumorales vésicales (Cytodiagnostic par pide), W. E. COUTTS [60], 9.
Céphalhématome (Ossification) et suppu tion, CRISPOLTI [54], 1.
Cerclage temporaire pour fractures di physaires obliques, VIRENQUE [117], 2.
Cerveau (Abcès); symptômes psychiqu CHARDIN [65], 9.
— —; oto-neuro-chirurgie, BOURGUET [8 2.
— (Angiographie percutanée), W. ENS [128], 6.
— (Angiomes); classification, RISER [83],
— (— artério-veineux), DESCUNS [210], 4.
— (Chirurgie); hibernation, G. LAZORTH [214], 12.
— (Gliomes), LAYNE [146], 4.
— —; traitement, PETIT-DUTAILLIS [214 18.
— (Hémangiomes du front), TEILMANN [87 2.
— (Hématome spontané), A. Akerma [195], 1.
— (Hémorragies); chirurgie, WERTHEIM [3], 1.
— (Lésions profondes); rétracteur pour le ablation, CLOWARD [30], 34.
— (Œdème aigu per-opératoire); gangli plégiques, PETIT-DUTAILLIS [214], 17.
— (Traumatismes); 1000 cas, DUBITSCH [7], 1.
— (— aigus fermés); étude expérimenta G. M. HASS [87], 1.
— (Tumeurs); métastases, WOOD [104], 5.
— —; cas marqué par hydrocéphalie, DE LAITRE [84], 5.
— —; apparence d'épilepsie essentielle GIROIRE [84], 4.
— (— vasculaires), SOMMELET [122], 1.
— [Cortex] (Interventions) dans l'épilepsi en foyer post-traumatique ou infectieuse PAILLAS [214], 15.
Cervelet (Abcès), GENESÉ [37], 5.
Chaîne ganglionnaire mammaire interne (Résection) pour cancer des quadrants internes, LUCCIONI [209], 28.
Charnière crânio-cervicale (Malformation) par impression basilaire avec malformations vertébrales, A. LÉVY [214], 14.
Cheville (Synoviome malin), CONZETT, [26], 16.
Chimiothérapie péritonéale, LECHTENBERG [9], 15.
Chirurgie (Méthodes modifiées, BJORN [167], 3.
— (Statistique des 50 dernières années), F. S. EVRENSEL [174], 2.
— américaine, BANZET [205], 12.
— abdominale (Lever précoce en —), A. CHARBONNIER [169], 1.
— intra-articulaire de la hanche, CHEYNEL [209], 21.
— intracardiaque expérimentale (Circuit de pompe pour —), E. C. PEIRCE [28], 11.
— cardio-vasculaire (Techniques modernes d'anesthésie), NADIA DU BOUCHET [192], 2.
— cérébrale (Hibernation en —), G. LAZORTHES [214], 12.
— duodéno-biliaire (Exploration au bleu de méthylène en —), BOURGEON [210], 51.
— chez l'enfant (Hypothermie); prévention, BERING [27], 16.
— expérimentale (Table d'opération pour —), E. W. HOAG [31], 14.
— de l'œsophage, F. AREL [174], 1.
— orthopédique (Anesthésie), MORPURGO [45], 3.
— rectale (Transplantation urétérale en —), T. E. WILSON [203], 12.
— intra-thoracique (Anesthésie avec sonde de Carlens), LIARAS [210], 33.
— thoracique (Troubles métaboliques consécutifs), ARONSTAM [27], 2.

Chirurgie d'urgence et guerres modernes, DE QUADROS TÉJEIRO [141], 2.
Chloramphénicol, GAUVREAU [179], 5.
— pour infection post abortive, TASOVAC [172], 3.
Chloromycétine pour granulome inguinal, NELSON [162], 2.
Cholangiographie (Découverte des kystes hydatiques du foie), BOURGEON [210], 46.
— aidée par obturation duodénale, MILLER [31], 7.
— opératoire, HILARIO [72], 3 ; FERNANDEZ-PLEYAN [139], 14.
— préopératoire, BOURGEON [210], 2.
Cholangio-jéjunostomie intra-hépatique, P. HANSON [31], 17.
Cholécystectomie (Syndrômes consécutifs). PERDOMO-HURTADO [199], 2.
Cholécystite aiguë, FINOCHIETTO [190], 11,
Cholécystocholangiogrammes, CONDE OTERO [188], 1.
Cholécystographie (Moyen de contraste), DUNNE [103], 2.
— orale dans le diagnostic des cholécystopathies, J. KLINGER [198], 5.
Cholécystopathies (Diagnostic) par cholécystographie orale), J. KLINGER [198], 5.
Cholécystopexie, SWYNGHEDAUW [213], 14.
Cholestéatome rénal, NAUMANN [64], 20.
Cholélithiase, DELANNOY [213], 13.
Chondrodysplasie calcifiante congénitale (Rapports avec la chondrodysplasie fœtale), SCHÖNENBERG [49], 1.
— fœtale, SCHÖNENBERG [49], 1.
Chondrodystrophie, GALLACHER [41], 3.
— calcifiante congénitale, J. W. BIRSNER [185], 8.
Chondro myxo-sarcome latéro-sellaire, FERET [214], 4.
Chondro-ostéodystrophie par insulinothérapie, BARBIERI [46], 2.
Chondrosarcome, KRANTZ [104], 15.
Chardome (Métastases), MAYNARD [33], 8.
— (Radiologie), SENNETT [104], 17.
Chorioépithelioma, MOLINENGO [16], 5; GUICHARD [114], 3 ; SHUEK-PING-TIEN [201], 3 ; DUBREUIL [212 A], 14.
Chylothorax, DYBKÆR [167], 4.
— par lésion lymphatique, BRAILLON [88], 5.
Cicatrices et Cancer, BRELET [215], 3.
Circoncision [Champ pour], SHELDON [59], 27.
Circulation (Dynamique) dans le narcose barbiturique, MALAMANI [153], 1.
— (Action des ganglioplégiques), WANGER [129], 2.
— (Insuffisance per opératoire), DARK [190], 9.
— (Principes physiques), PUGLIONISI [160], 3.
— artérielle collatérale, ASCHIERI [160], 4 ; MORONE [160], 5.
— — — (Effets de la vitamine E), DOMINGUEZ [75], 1.
— — — après sympathectomie, ATLAS [31], 30.
— — des membres, TONI [160], 2.
— — de la main, BRACCO [17], 2.
— — des membres (Troubles), AUGER [177], 1.
— hépatique, BERMAN [27], 20.
— veineuse périphérique (Physiopathologie), SALE [190], 10.
Champ annulaire pour chirurgie vasculaire, SONDERGAARD [23], 4.
Claudication intermittente (Reconstruction de la voie artérielle), KAUTZKY [129], 15.
Clavicule (Pseudarthroses), R. MASSART [206], 6.
Claviculectomie partielle, WAGNER [26], 3.
Clearance au thiosulfate, CROSETTI [24], 4.
Cloison interauriculaire (Pertes de substance) (Fermeture), LEWIS [31], 6.
Clou de Knowles, DELANEY [30], 29.
Coagulabilité [Hypo] du sang et phlébite, FUNCK BRENTANO [212], 3.
Coagulation du sang (Influence de la pénicilline sur la —), B. ROCCO [15], 3.
— — (Physiologie), S. GELLER [116], 3.
Cœur (Arrêt du —) ; traitement d'urgence, R. M HOSLER [30], 33.
— cathétérisé (Etude pathologique), J. E. EDWARDS [184], 2.
— (Chirurgie intra cardiaque) ; hypothermie expérimentale, BIGELOW [27], 9.
— (Commotion), GREINER [7], 3.
— (Echinococcose) ; dissémination, PURRIEL [82], 5.
— exsangue, CIOCATTO [107], 2.
— (Maladies acquises) ; indications chirurgicales, H. W. BANSI [170], 1.
— (Massage) ; électrocardiographie, MARION [114], 1.
— (Métastases des tumeurs malignes), HALONEN [144], 1.
— (Néoplasme primitif), SAMPAIO PARRADAS DE NORONHA [164], 3.
— (Plaies), F. LEVY [165], 1.
— (Réanimation), LASSNER, [105], 2.
— (Transplantation homologue complète), W. B. NEPTUNE [28], 7.
(Tumeurs secondaires), CARVALHO DE ALMEIDA [164], 8; DE LOACH [183], 2.
— [Rythme] (Action des ganglioplégiques), PERUZZO [16], 2.
— gauche (Chirurgie expérimentale) ; circuit de pompe, E. C. PEIRCE [28], 11.
— pulmonaire aigu, NADIRAS [73], 2.
Colectomie pour kyste hydatique splénique rompu dans l'angle colique gauche, SIROT [210], 54.
— et iléo proctostomie, TUMOLO [180], 1.
Colite ulcéreuse (Bactériologie), DACK [30], 20.
— — (Colostomie), CAMPBELL [5], 25.
— inguérissable médicalement, TRIMPI [5], 21.
Collapsus (État menaçant), WASSNER [129], 9.
Collections suppurées aiguës (Incision et suture primitive), LAGROT [210], 28.
— — intra-hépatiques (Fermeture primitive), BOURGEON [210], 30.
Côlon (Cancer) ; importance de la dysbactérie dans sa pathogénie, A. NISSLE [128], 4.
— — avec cancer ovarien, JOYEUX [108], 13.
— (Carcinomes successifs), DIXON [181], 14.
— (Dilatation pneumatique) pour mégacôlon, H. V. et A. V. DE PAULA [192], 3.
— (Diverticulose), DELANNOY [213], 13.
— (Polypose) ; ectomie en un temps, TUMOLO [180], 1.
— [Méga] ; dilatation pneumatique, H. V. et A. V. DE PAULA [192], 3.
— [Mégadolicho] avec hernie diaphragmatique, DUFOUR [5], 1.
— [Angle splénique] (Corps étranger) ; obstruction, BUENGER [103], 7.
— droit (Étranglement transmésocolique), BRODNY [5], 23.
— — pour plastie œsophagienne, FRY [29], 10 ; DEPAULIS [208], 5.
— gauche (Kyste hydatique splénique rompu), SIROT [210], 54.
— recto-sigmoïdien (Rétrécissement inflammatoire), SWYNGHEDAUW [213], 15.
— sigmoïde (Diverticulite), Ch. G. LENHART [30], 9.
— — (Pathologie), AGRIFOLIO [18], 1.
— — (Volvulus aigu), HAMLIN [190], 15.
— — inférieur (Cancer), DECKER [24], 1.
— transverse (Abaissement à l'anus), E. DE OLIVIERA [72], 2.
— — (Hernie intrapéricardique), STEIN [103], 11.
Colonne vertébrale (Angiomatose), LASSERRE [208],10.
— (Arthrodèse) au greffon souple, DIAMANT-BERGER [5], 48.

Colonne vertébrale (Echinococcose), Lombard [210], 41.
— — (Élongation et manipulation), Rocher [208], 15.
— — (Fractures-luxations), J. da Almeida Rios [193], 1.
— — (Granulome éosinophile), Laurence [35], 2.
— — (Greffes) et laminectomie, Pouyanne [5], 51 ; Ricard [5], 52.
— — (— vissées), Guérin [5], 50.
— — (Malformations), Boos [129], 19.
— — (Manipulations), Carrère [208], 16.
— — (Spondylarthrite) ; luxation, Dorbes [5], 49.
— — cervicale (Luxations non traumatiques), Boever [34], 3.
— — — (Malformations) avec impression basilaire, A. Lévy [214], 14.
— — — (Spondylarthrose) et nodosités d'Heberden, Peltola [144], 3.
— — — (Spondylose) et traumatisme, Symonds [146], 1.
— — dorsale (Mal de Pott) ; évolution anormale, Gardella [100], 7.
— — lombaire (Trous intervertébraux), Wepler [9], 20.
Colo-rectum (Cancer), L. T. Palumbo [28], 9.
— (Carcinome), St W. Ascherman [28], 10.
Colostomie du transverse, Campbell [5], 25.
Colpocléisis, Cox [59], 23.
Colpocytologie (Introduction à la —), G. Gander [164], 5.
— pour diagnostic de l'état pré-cancéreux, Gentil [57], 1.
Colpophotographies, Wechsler [211], 6.
Colposcope, Wechsler [211], 6 ; Pecker [211], 7.
Coma grave prolongé (Action de l'hibernation) Campan [165], 6.
Communication de M. Arnulf, Iselin [205], 4.
Conduit auditif (Atrésie congénitale) ; chirurgie, Ruding [151], 1.
Convalescence chirurgicale (Changements corporels), More [27], 1.
Coproporphyrinurie dans le carcinome duodénal primitif, Rof Carballo [139], 5.
Cordon spermatique (Section) dans la cure herniaire, Heifetz [190], 16.
Corps calleux (Lipome), Smith [104], 16.
— caverneux (Endothéliome), Th. R. Waugh [97], 1.
Corps étranger (Recherche sous écran), Pierre [209], 11.
— — bronchiques, Liaras [210], 13.
— — coliques, Buenger [103], 7.
— — duodénaux, Roviralta-Astoul [39], 2.
— — gastriques, Vaughn [181], 9.
— — œsophagiens, Ferreira Berrutti [82], 6.
— — — perforés, A. Montandon [169], 4.
— — perforés géants, Montandon [66], 2.
— — pharyngiens, Appaix [65], 5.
— — radio-opaques non cavitaires (Ablation), D. Baratto [21], 1.
— — du rein, Osmond [103], 8.
— — urétéraux, Valenta [64], 25.
— — utérins, Labry [212], 15.
— jaune (Kyste) ; hémorragie, Digonnet [212 A], 4.
Cortisone, Lucherini ([154], 6.
— pour thrombophlébite migrante, Lucherini [160], 1.
— et héparine, Cervini [152], 1.
— [Pâte] dans le traitement des brûlures légères, J. Rehn [131], 2.
Côtes (Échinococcose), Larghero [82], 4.
— [IVe droite] (Absence), Ledru [114], 6.
Cou (Évidemment ganglionnaire) pour cancer buccal, Auché [5], 15.
— (Lymphangiome), Jarrousse [212], 36.
— (— kystique), F. Gentil [164], 4.
— (Tumeur radiosensible), Olivier [126], 6.
Cou-de-pied (Traumatisme grave) ; résection tibio-tarsienne totale, J. Gandin [209], 31.
— (Varus), de Moraes [34], 7.
— et pied (Chirurgie) avec poinçon de Rocher, Salmon [209], 16.
Coxarthrie (Chirurgie intra-articulaire), Cheynel [209], 21.
— douloureuse, Baumgartner [111], 6.
Crampe tétanique, Stober [6], 6.
Crâne (Angiomes) ; ablation sous ganglio-phégiques et prothèse immédiate d'hésacryl, Pouyanne [214], 19.
— (Blessures par coup de feu) ; greffes osseuses iliaques, CC. L. Kiehn [26], 24.
— (Brèches) ; réparation acrylique, Descuns [210], 5.
— (Fractures) ; troubles oculaires, Rousseau [84], 6.
— (Pertes de substance), Cossa [83], 1.
— — — ; plastie, Koszla [163], 19.
— — — ; prothèse, Aubaniac [210], 21.
— (Tératome), Lombard [210], 1.
— (Tomographie) en neurochirurgie, Ferey [214], 4.
— (Traumatisme) ; délires, Touraine [108], 16.
— — ; hyperthyroïdie consécutive, Stoll [214], 22.
— — ; syndrome frontal déficitaire, Gautier [207], 5.
— — ; otospongiose, de Reynier [65], 3.
— — ; rhinoliquorrhée, Conforti [155], 2.
— — ; suites opératoires, Skall-Jensen, [167], 7.
— (anciens) ; syndrome subjectif isolé, Verceletto [84], 3.
— (— fermés) électroencéphalogramme, Meyer-Mickeleit [129], 18.
— (Traumatologie) ; hibernation, G. Lazorthes [214], 12.
— [Cavité] (Hémorragies) ; hypotension contrôlée, Schönbauer [133], 2.
— — (Thrombose veineuse) non infectieuse, Barnett [85], 1.
— — (Tumeurs) ; diagnostic encéphalographique, Renfrew [85], 3.
Craniocéphaliques [Traumatismes] ; siège de la fracture, Gurdjian [103], 3.
Crânio-cérébiaux (Traumatismes), Thiry [83], 5.
Crânioplastie par homo-greffes frigorifiées, Rousseaux [214], 21.
Croissance (Troubles de —) ; étude du squelette, J. Ernould [138], 2.
Cryptorchidie au point de vue médical pratique, Herrera Adams [141], 1.
Cubitus (Résection diaphyso-épiphysaire inférieure) ; prothèse, Rocher [208], 17.
Cuir chevelu (Aplasie congénitale), Palliez [212 A], 17.
— — (Plaies chirurgicales) ; agrafeuse rapide pour —, Woringer [214], 27.
Cul de sac de Douglas, (Hernies), Ameline [5], 33.
— — péritonéal (Aspiration) dans la grossesse extra-utérine, Winkler [59], 2.
Curage ganglionnaire prophylactique dans le cancer de la langue, M. Dargent [89], 6.
Curare, Forssell [23], 9.
— (Agents anticurare), Hunter [147], 4.
Cure de Sakel et coma grave consécutif, Campan [105], 6.
Curette endocervicale, Greene [59], 28.
Cyclopropane (Quinze années d'expérience), Montuses [105], 3.
Cystadénome ovarien, Gardon Johnson [59], 15.
Cystectomie totale (Erreurs) ; traitement conservateur, E. V. Moore [64], 8.
Cystite [Péri], Corbus Jr [64], 6.
Cystopathies endocriniennes chez la femme, Abad Colomer [142], 8.
Cystosarcome phyllodes, Goodhall [12], 13.

Cytodiagnostic du cancer utérin, Daro [59], 4; Gandar [212], 40.
Cytologie du cancer du corps utérin, Gompel [137], 2.

D

Décapage physiologique sélectif à l'aide d'enzymes tryptiques à effet topique, H. G. Reiser [26], 21.
Déficience testiculaire familiale congénitale, A. R. Sohval [182], 1.
Délire avec agitation (45-60 RP), Touraine [108], 16.
Dépression (Hypotension contrôlée), Benke [133], 3.
Déshydratation dans l'occlusion expérimentale, L. Morelli [17], 7.
Diabète (Balano-posthite), Taulelle [125], 4.
— (Troubles artériels), Jouve [73], 1.
Diaphragme (Blessure par coup de feu); relaxation à gauche, O. Walther [102], 3.
— (Éventration) après crush du phrénique, Leger [108], 17.
— (Hernie étranglée), S. Pearson [28], 4.
— (Hernies; orifices, pertes de substance), Gruber [9], 12.
— (Mouvements); radioélectrokymographie, Roche [88], 2.
— (Relaxation), Félix [9], 1.
— droit (Éventration partielle), Axler [51], 1.
Diaphragmatico-péricardique [Déchirure], Stein [103], 11.
Diaphyse (Fractures obliques); ostéosynthèse, Virenque [117], 2.
— (Sclérose héréditaire multiple), Paul [103], 10.
Dicoumarol, Swedberg [167], 6.
Diodraste (Excrétion), Abramson [59], 25.
Discogrammes (Vérification opératoire), J. H. Zaaijer [13], 9.
Disque intervertébral (Protrusion), Kostic [172], 8.
— — cervical (Protrusion); lésions médullaires et clinique, Mair [85], 2.
— — lombaire (Compression médullaire), Kuhlendahl [129], 5.
— — — (Ponction diagnostique), L. Walk [29], 13.
— — — (Prolapsus); traitement conservateur, Schuknecht [130], 3.
— — — (Protrusion), Wepler [9], 20.
Diverticule de Meckel, Lerner [104], 8.
— — et hernie inguinale droite étranglée, L. Giordano [17], 11.
— — (Cause d'obstruction aiguë), A. Przewoski, [22], 5.
— — (Fréquence du —); sa recherche au cours de laparotomie, Pasqualetti [21], 3.
— — (Lipome); invagination, Boucheron [213], 4.
— — (Pancréas aberrant), Boucheron [213], 3.
— — (Peptic ulcer); invagination, Gibbins [12], 18.
— — (— perforé) ayant l'apparence d'une hydrocèle, Fradrin [70], 13.
— — (Perforation dans la vessie), Vergoz [213], 5.
— duodénaux, Dor [209], 19.
— — vrais, Frank [3], 2.
— gastriques sous-cardiaques, Fontaine [2], 1.
— œsophagiens, Meeroff [190], 17.
— — [Faux], Maruelle [123], 3.
— péricardiens, Halonen [58], 3.
Diverticulite (Chirurgie), D. H. Witte [30], 6.
— jéjunale, Robinson [147], 1.
— sigmoïdienne (Chirurgie), Ch. G. Lenhart [30], 9.
Diverticulose colique, Delannoy [213], 13.
— intestinale, Riberi [17], 4.
Doigts (Raideurs cicatricielles) chez les brûlés, Lasserre [208], 12.
— [Extrémités]; (Traumatismes sévères), Crikelair [26], 12.
— [Pulpe] (Pertes de substance); réparation par lambeaux palmaires pédiculés, Pierre [209], 5.
Dolichosténomélie, Raventos Moragas [40], 1.
Donneurs de sang, O. Lopes [164], 2.
Douleur (Signification chirurgicale), Behan [30], 25.
— en chirurgie (Scopolamine pré-opératoire), Köhler [8], 7.
— abdominale supérieure en clientèle, C. Yeatman [203], 2.
— du cancer génital incurable (Suppression), H. Tischer [134], 9.
— du genou, Hackenbrock [129], 6.
— lombaire (Traitements), Lièvre [111], 5.
— lombo-sacrée (Traitements), Mc Conville [26], 14; Haggart [26], 15.
— ovarienne (Chirurgie), Tchékoff [206], 7.
— post-opératoire (Contrôle), Iason [30], 18.
— — (Méthodes de contrôle nouvelles), D. A. Boere [13], 5.
— (Prévention), Sills Lloyd [81], 6.
Drainage des hydrocéphalies, Christophe [214], 1.
— du Wirsung, Leger [108], 11.
« Dumping syndrome » (Stimulation surrénalienne), Pontes [70], 11.
Duodénojéjunostomie (Résultats), Ameline [108], 5.
Duodénum (Cancer primitif) avec coproporphyrinurie type I, Rof. Carballo [139], 5.
— (Chirurgie); exploration au bleu de méthylène, Bourgeon [210], 51.
— (Corps étranger enclavé), Roviralta-Astoul [39], 2.
— [Diverticule], Dor [209], 19.
— (Hématome sous-séreux), Stirk [147], 12.
— (Obturation) pour cholangiographie, Miller [31], 7.
— (Radiologie); stratigraphie et pneumopéritoine, Bonomini [100], 1.
— (Schwannome); hémorragies, Bourgeon [210], 16.
— (Sténose) par anomalies péritonéales, Bernheim [37], 2.
— (Ulcère); eosinophilie péri-ulcéreuse, de Franchis [156], 1.
— — et fistule cholédocoduodénale, J. L. Yon [28], 17.
— —; ictère post-opératoire, Nicolono [15], 1.
— — et pneumatisation biliaire, Bourgeon [210], 22.
— —; gastrectomie; complications, Kourias [108], 1.
— —; effets de la banthine sur la douleur et la motilité gastrique, Hightower Jr [70], 1.
— —; vagotomie, Lagrot [210], 10.
— —; vagotomie et gastro-entérostomie; statistique de 5 ans, Ch. C. Guy [30], 30.
— —; gastrectomie après aspiration, Papin [208], 6.
— (— perforé), J. Oszacki [22], 3.
— — —; vagotomie, R. Jelinek [134], 8.
— (Ulcus); complication, R. M. Duun [203], 4.
— [1] (Diverticule vrai), Frank [3], 2.
Dysbactérie du côlon (Son importance dans la pathogenèse du cancer), A. Nissle [128], 4.
Dysembryome paranéphrétique, Vu Cong Hoe [126], 8.
Dysménorrhée, Miller [59], 18.
Dysostose multiple, Sassen [98], 1.
Dysplasie périostale, Duthait [212 A], 16.

Dystrophie épiphysaire ponctuée, J. W. Birsner [185], 8.

E

Eau (Accumulation) par le rebreathing anesthésique, Cole [181], 6.
Echninococcose abdomino-péritonéale généralisée, Gayet [60], 5.
— cardiaque, Purriel [82], 5.
— osseuse, Kepetzis [42], 2 ; Larghero [82], 4.
— pleurale, Ravera [82], 10.
— rachidienne, Aubry [210], 34.
— splénique primitive, Ruggeri [21], 4.
— vertébrale, Lombard [210], 41.
Éclampsie (Hibernation artificielle), Aoustin [212 A], 11.
Ectoderme (Déficiences), Gallagher [41], 3.
Effort physique intensif (Rupture vasculaire secondaire), Ch. C. Guy [26], 28.
Électricité (Brûlures), Erdelyi [25], 5.
Électrocardiogramme dans les artérites, Audier [209], 20.
Électrocardiographie, Sirot [210], 11.
— durant l'angiocardiographie, Angelino [17], 1.
— après massage cardiaque, Marion [114], 1.
— après néphrectomie, Petch [146], 9.
Électroencéphalogramme dans les tumeurs, Renfrew [85], 3.
— post-traumatique, Thiry [83], 5.
Électroencéphalographie post traumatique, Verceletto [84], 3.
Électrophorèse-Cholestérol dans le « peptic ulcer », Rafsky [70], 9.
Électropiézographe enregistreur, Trajan [5], 4.
Électro-shock (Luxation de l'épaule), Guardabassi [100], 9.
Éléphantiasis nostras, De Roy [137], 4.
Élytrocèles, Brocq [205], 2.
Embolectomie de l'aorte terminale, A. R. Albanese [191], 8.
— artérielle, Van de Casteele [208], 9.
Embolie aortique, Slobodzian [163], 12.
— — « en selle », Lord [31], 33.
— gazeuse du pneumopéritoine, Tahar [88], 3.
— graisseuse, W. W. Glas [26], 19.
— pulmonaire, Tasovac [172], 10.
Embryons de poulet (Développement) et insuline, Barbieri [46], 2.
Encéphalographie artérielle (Thrombose carotidienne), Fontaine [214], 6.
Enclouage centro-médullaire des fractures et pseudarthroses de l'avant-bras P. Moiroud [209], 26.
— médullaire, Maibauer [26], 7. Delaney [30], 29 ; Rocher [216], 1.
— — (Critique de l'—), Kuntscher [58], 1.
Endartérite oblitérante (Injections intra-artérielles), Marinoni [158], 7.
Endométre (Carcinome) avant la ménopause, Sirtori [95], 4.
— (Carcinosarcome), Hall [59], 12.
— (Épithéliosarcome), Gabrielsen [211], 3.
— (Hyperplasie), A. G. Mc Henry [185], 6.
— (— glandulaire) et cancer, Keller [212], 43.
— (Tuberculose) ; streptomycine, Larralde [212 A], 15.
Endométriome rectal, d'Alo [95], 5.
— tuberculeux, Valensi [212 A], 23.
Endométriose (Localisation extrapéritonéale), Fischer [53], 4.
— interne, B. Lilie-Quist [101], 2.
— pelvienne, Garrone [55], 4.
— utérine, Bremond [212], 21.
Endométrite tuberculeuse post ménopausique, Florentin [212 A], 19.
Endothéliome du corps caverneux, Th. R. Waugh [97], 1.
Énervation articulaire, Costanzo [43], 5.
— sinu-carotidienne, X. Serafino [209], 29.
Entérite régionale, R, Ergüder [174], 6.
Entéro-colopathies (Contribution à leur étude) L. A. Somogyi [194], 1.
Entorses, Trillat [207], 4.
— (Traitement par bromhydrate de scopolamine levogyre), J. Meyer [121], 2.
Enzymes tryptiques à effets topiques pour décapage physiologique sélectif, H. G. Reiser [26], 21.
Eosinophiles sanguines (Numération) en chirurgie pulmonaire, Nylander [58], 2.
Eosinophilie tissurale péri-ulcéreuse, de Franchis [156], 1.
Épanchements par néoplasmes malins (Or radio-actif), Andrews [27], 11.
Épaule (Douleurs) ; valeur sémiologique, Ravault [112], 2.
— douloureuse (Syndrome) ; diagnostic différentiel, J. V. Anastasio [139], 9.
— (Luxation) par électroshock, Guardabassi [100], 9.
— (— récédivante), Merino Peinado [141], 3.
— — — ; butée double, Dejou [209], 12.
— paralytique (Tuteurs orthopédiques dans l' —), Mastromarino [43], 7.
— (Traumatisme dans l'enfance), Nobile [100], 13.
Épididyme [Appendice] (Torsion), Hamilton [64], 15.
Épilepsie essentielle simulée par tumeur, Giroire [84], 4.
— en foyer post-traumatique ou infectieuse (64 cas traités par intervention corticale), Paillas [214], 15.
— traumatique (Traitement médical), Lindenberg [128], 2.
— post-traumatique, Thiry [83], 5.
Épipharynx (Tumeur), Ando [161], 2.
Épiphyse (Dystrophie ponctuée), J. W. Birsner [185], 8.
Épiploon [Grand] (Infarctus), Kerdasha [27], 19.
— — (— segmentaire), Sinow [71], 1.
— — — — idiopathique primaire), S. A. Rachlin [30], 36.
— — (Neurofibrome), O. Thomas [12], 11.
Épithélioma (Stade O), Moricard [212], 8.
— in situ, Montpellier [91], 6.
— intra épidermique de Borst Jadassohn, Haber [148], 1.
— sous-glottique avec adénopathies guéri depuis 5 ans par roentgenthérapie, P. Marques [89], 8.
— invasif et intraépithélial, de Andrade [212], 1.
— pigmenté, Mussini Montpellier [91], 3.
— du col utérin, J. Baud [89], 4.
— wolffien, Roux [212], 29.
Épitheliosarcoma, Gabrielsen [211], 3.
Épithelisation des brûlures, Chytilova [25], 6.
Éponge de gélatine pour hémostase rénale, Favacchio [20], 2.
Épreuve à la fluorescine, Cipolla [31], 13.
Érosions cervicales, Bunka [53], 3.
Espace sous-arachnoïdien (Hémorragie) par angiome, Amyot [177], 2.
— extra-dural (Hémangiome), David [214], 2.
— sous-dural (Hématome traumatique), R. Thurel [214], 24.
— — (Hydromes), Pertuiset [214], 16.
— — de la convexité (Hématome) ; symptomes, Laine [214], 10.
— sous-glottique (Épithélioma), P. Marques [89], 8.
— paranéphrétique (Dysembryome), Vu Cong Hoe [126], 8.
— rétro-œsophagien (Phlegmon géant), A. Montandon [169], 4.

Espace sous-parotidien postérieur (Paraganglione) Bloch [65], 1.
— rétro-péritonéal (Calcul), Ziegler [8], 4.
— — (Hémorragie) après anticoagulants et blocage sympathique, Pataro [75], 3.
— — (Insufflation) dans le diagnostic différentiel des tumeurs rétropéritonéales, J. Kucera [22], 14.
— — (Kyste dermoïde), Paul [33], 10.
— — (— échinococcique) avec « rein de Goldblattn », E. Lehmann [30], 10.
— — (Sarcome), Gummer [12], 17.
— — (Tumeurs), Brodny [5], 22.
— — — ; voie d'approche, Sweetser [30], 24
— sous-phrénique droit (Abcès), Delom [126], 5.
— périrénal (Actinomycose), Silber [204], 9.
— interscapulothoracique (Kyste hydatique, F. Gentil [164], 1.
— sterno-thyroïdien (Ligature carotidienne), Huard [126], 2.
— rétro-vésical (Kyste hydatique géant) avec échinococcose abdomino-péritonéale généralisée, R. Gayet [60], 5.
Estomac (Adéno-acanthome), Mc Shane [30], 37.
— (Cancer), Ransom [29], 3.
— ; critique du diagnostic précoce, Martinez Gomez [142], 6.
— — et fistule gastro-colique, Pera Blanco Morales [139], 7.
— — ; opération radicale, Hollenbach [6], 7.
— ; ectomie totale ou non, Troell [23],1.
— — ; gastrectomie, Alessandrini [198], 1.
— (— pylorique), Kuhne [9], 18.
— (Carcinome), Michejda [22], 11.
— (Corps étranger), Vaughn [181], 9.
— (Déplacement) après blessure diaphragmatique par coup de feu ; troubles de l'évacuation, O. Walther [102], 3.
— (Diverticules sous-cardiaques vrais et faux), Fontaine [2], 1.
— (Ectopie partielle), Roviralta Astoul [39], 3.
— (Épithélioma sur gastrite), Duhamel [213], 2.
— (Hernie diaphragmatique) ; anémie, Laschi [100], 1.
— (Lésions bénignes) ; gastrectomie, Delort [125], 2.
— (Lipome) ; radiologie, Hueber [100], 10.
— (Maladie de Crohn), Martin [147], 9.
— (— ulcéreuse) ; valeur du méthylsulfate diphenmethanyl, Hoffmann [71], 2.
— (Motilité) ; effets de la banthine au cours de l'ulcère duodénal, Hightower Jr [70], 1.
— (Néoplasmes insoupçonnés), Wigh [104], 7.
— (Opérations) ; leur action sur la perte des matières grasses par les fèces chez le chien, Welbourn [70], 12.
— (Phlegmon), Terajewicz [163], 9.
— (Polypes fibroïdes), Helwig [29], 15.
— (Polypose chez l'enfant), Santy [207], 9.
— (Radiologie) ; aspects anormaux et leur contrôle opératoire, Chianwra [100], 4.
— (Résection) pour hémorragie digestive, Cooper [181], 4.
— — ; complications, M. de Sanctis [14], 4.
— (— sous sommeil au scophedal), Junghanns [6], 8.
— (— partielle) et protéolyse, Bramstedt [129], 17.
— (Sarcome diverticulaire), Skorneck [104], 14.
— thoracisé (Comportement morphologique et fonctionnel), Solerio [18], 4.
— (Transposition médiastinale antérieure), Gasinski [163], 5.
— (Tuberculose), Darmaillacq [208], 8.
— (Tumeurs bénignes), Cachin [213], 6.
Estomac (Ulcération), Dupuy [213], 1.
— (— peptique), Ogilvie [146], 5.
— (Ulcère) ; phreno-vagotomie, Grant-Dailey [5], 27.
— — ; gastrectomie ; séquelles, Monges [213], 17.
— (— haut situé) ; gastrectomie, Duval [108], 7.
— (Peptic ulcer), Reid Edwards [27], 4 ; Rafsky [70], 9 ; St Goulston [203], 8 ; F. F. Rundle [203], 9.
— — — mécanisme de la douleur, J. M. Ruffin [70], 2.
— — — ; altérations pathologiques du pylore, Cegielski [22], 9.
— — — ; résection et recherches sur le glycogène et l'acide lactique sanguins post-opératoires, St Bak [22], 8.
— — — ; Billroth I, Wallensten [31], 1.
— (Ulcères perforés), Lauwers [10], 5 ; J. Oszacki [22], 3.
— — — ; vagotomie, R. Jelinek [134], 8.
— (Volvulus), Sznajder [163], 4.
— (— chronique « en pendule »), Kremser [8], 3.
— [Petite courbure] (Kissing ulcer), Delannoy [213], 9.
— [Grosse tubérosité] (Hernie intrathoracique), Liaras [210], 37.
— Duodénum (Ulcération) ; cœxistence, Feldman [70], 5.
— Œsophage (Abord abdomino-thoracique), Goligher [146], 3.
Ethmoïde (Tumeurs malignes) ; classification, P. Eggiman [102], 1.
Ethmoïdosphénoïdectomie transmaxillaire, Hernandez [65], 14.
Éventration diaphragmatique, Axler [51], 1 ; Leger [108], 17.
— post-opératoire, Wirtz [212 A], 21.
Éviscération pelvienne, Moloney [147], 10.
Exsanguino-transfusion (Appareil automatique pour —), Taddei [17], 1.

F

Face (Tumeurs rares), Adams [9], 8.
Facteur anti-shock en anesthésie générale, Maresca [43], 6.
Fémur (Fractures) ; cerclage, Peycelon [207], 3.
— (— sus-condylienne) ; réduction par arthrotomie, Salmon [209], 15.
— (— pathologique) ; métastase, Simic [172], 6.
— (Tumeurs) ; amputation inter-ilio-abdominale, R. Ergüder [174], 3.
— [Col] (Fracture) ; luxation-rotation, Backman [23], 6.
— — — chez les paraplégiques ; chirurgie et orthopédie, Simarro-Puig [139], 15.
— — — ; chirurgie, Nicol [123], 1.
— — (— intracapsulaires), Mason [12], 14.
— — (— diaphysaire), Delaney [30], 28.
— [Extrémité sup.] (Sarcome) ; prothèse acrylique, Delannoy [205], 17.
— [Tête] (Luxation centrale) ; traitement, Rafaeli Petar [173], 3.
— — en forme d'ampoule), Thomson [29], 7.
— [— acrylique], Salmon [209], 13.
Ferments pyolytiques et fibrinolytiques pancréatiques, Cavallini [17], 5.
Fibrome ovarien, S. L. Sala [191], 3 ; Joyeux [212], 26.
— utérin, Godlewski [212], 34. Suzor [212 A], 10.
Fibrosarcome, Ruff [64], 21 ; Paoli [209] 18.
Fièvre typhoïde (Complications), J. Gandin [209], 30.
— — (Ostéite), Jackson [41], 4.
— — (Ostéomyélite), Gauvreau [179], 5.
Fistules abdominales, Wild [9], 14.
— anales, Wilson [147], 5.

Fistules artério-veineuses congénitales, Caby [205], 7.
— — pulmonaires, Stevenson [146], 8 ; Eerland [151], 2.
— bronchiques après exérèse, Tricoire [77], 3.
— cholédoco-duodénales après ulcère duodénal, J. L. Yon [28], 17.
— entéro-coliques, multiples, Deucher [69], 3.
— gastrocoliques dans le cancer gastrique, Pera Blanco-Morales [139], 7.
— ombilicales, Salmon [209], 4.
— pancréatiques, Melchior [9], 13.
— recto-uréthrales, D. Stephens [33], 1.
— recto-vaginales, D. Stephens [33], 1 ; de Franchis [156], 7.
— réno-coliques, Briggs [64], 23.
— vésico-vaginales, Bloom [64], 29.
— — (Cas particulier), E. Lefevre [61], 3,
— — — après hystérectomie, Mazzopla [5]. 36.
Fœtus (Mort traumatique) par fracture pelvienne), Seear [59], 16.
Foie (Abcès), Hardauch [112], 1.
— (— amœbicides), L. Dejou [209], 8.
— (Adéno cancer), Hoang Tieu Bao [126], 12.
— (Cancer primitif), Sepulveda [187], 1.
— (Circulation) à l'état normal ou cirrhotique Berman [27], 20.
— (Collections suppurées) ; fermeture primitive, Bourgeon [210], 30.
— (Hémangioendothéliome), Blaxland [41], 5.
— (Kystes calcifiés), M. Reyez [191], 5.
— (— hydatiques) ; découverte par cholangiographie, Bourgeon [210], 46.
— — — ; leur pression, Bourgeon [210], 40.
— (— non parasitaire), Manheimer [27], 17. Polli [159], 1.
— (Maladie polykystique), Waddle [33], 2,
— (Oblitérations artérielles) ; physiopathologie, Butturini [160], 7.
— (Ptose totale fixée) ; opération, Adams-Ray [23], 2.
— (Résection), A. Picaro [21], 5.
— [Lobe gauche] (Kyste hydatique) résection du lobe, R. R. Renner [28], 16.
— [Pédicule] (Radiologie), Bonomini [100], 1.
Fosse postérieure (Interventions en position assise) ; modifications de la table de Klein et Woringer, Woringer [214], 29.
— — (Méningiome), F. Castellano [15], 6.
Fosses nasales (Kyste paradentaire géant) ayant évoluée à travers le méat et la cloison, Thibaut [68], 4.
— — (Tumeurs malignes), P. Eggiman [102], 1.
Fractures, Picaud [4], 3 ; Mason [12], 14 ; Colombo [16], 4 ; Backman [23], 6 ; Neer [26], 2 ; Poilleux [34], 4 ; Garofalides [42], 1 ; Tira [45], 1 ; Rousseau [84], 6 ; Gurdjian [103], 3 ; Simarro-Puig [139], 15 ; Bistrom [145], 1 ; Cherry [162], 3 ; Marris [204], 8 ; Vergoz [210], 29.
— (Cerclage), Peycelon [207], 3.
— (Enclouage médullaire), Delaney [30], 29.
— — — ; étude critique, Kuntscher [58], 1.
— (Formation du cal), Schmid [9], 10.
— (Réduction sanglante), Marion [3], 5. Nicol [123], 1 ; Salmon [209], 15 ; Lombard [210], 43.
— (Traitement par la broche-fuseau), H. Rode [209], 24.
— des cancers métastatiques, Fitts [26], 6.
— diaphysaires (Enclouage centro-médullaire), P. Moiroud [209], 26.
— — obliques (Cerclage temporaire), Virenque [117], 2.
— itératives, Cassebaum [26], 5.
— pathologiques, Simic [172], 6.
Fracture-luxation, Chauvenet [5], 47.
— vertébrales, J. da Almeida Rios [193]
Fragilité opératoire dans l'adénome chrophobe, Petit-Dutaillis [108], 3.
Froid dans le traitement des désordres traumatiques des membres, H. Lia [210], 49.
Frottis vaginaux, Varangot [212], 7.
— — (Coloration de Mallory), Romani [1 6.

G

Gaîne synoviale (Tuberculose post-traumque), Frolich [92], 1.
Ganglioctomie lombaire bilatérale, Fontai [108], 14.
Ganglions lymphatiques (Blocage expérimtal) ; G. Kraucher, [130], 2.
— tuberculeux (Exérèse élargie), de Rou mont [207], 10.
Ganglioneurome, House [30], 19.
Glangliopléglques (Ablation d'un angio crânien sous —), Pouyanne [214], 19.
— (Action cardiaque), Peruzzo [16], 2.
— (Action circulatoire), Wanger [129], 2.
— dans le shock, Prete [107], 1.
— dans la lutte contre le syndrome d'hypotension ; œdème cérébral aigu, Peti Dutaillis [214], 17.
— et hypothermie pour cœur exsangu Ciocatto [107], 2.
Gangrène cutanée extensive, Yeates [33],
— duodéno-jéjunale après résection gastrique, J. E. Sulton [28], 15.
— focale des pieds chez un enfant, Juszczynski [22], 13.
— idiopathique, Orishejolomi [62], 8.
— sénile, Lehman [31], 3.
— après transfusion, Blakemore [181], 8.
— de la vessie, Mingers [61], 4.
Gastrectomie (Complications) : invagination à travers une bouche anestomotiqu Bourgeon [210], 27.
— — ; gangrène duodéno-jéjunale, J. E. Sulton [28], 15.
— ; rétrécissement de l'anse efférente J. R. Narat [28], 8.
— (— hépato-biliaires), Kourias [108], 1.
— (Malaises post-prandiaux), R. F. Rauch [70], 7.
— (Ulcère peptique), Sarasin [69], 7.
— (Troubles gastriques consécutifs), Carpentier [208], 1.
— pour cancer, J. Alessandrini [198], 1.
— pour lésion bénigne, Delort [125], 2.
— pour ulcère (Séquelles), Monges [213], 17
— pour ulcère haut situé, Duval [108], 7
— pour peptic ulcer (Comportement du glycocène et de l'acide lactique sanguin après —), St Bak [22], 8.
— différée, Papin [208], 6.
— de sécurité, Diamant-Berger [5], 26.
— totale (Dénutrition), Baumel [213], 19.
— — ou non totale dans le cancer, Troel [23], 1.
Gastrectomisés (Ictère post-opératoire du —) Nicolono.
— (Radiologie du tube digestif), Ghirell [100], 8.
Gastrite hyperplasique et ulcéreuse (Épithélioma), Duhamel [213], 2.
— phlegmoneuse, Läser [69], 1.
Gastro-colique [Fistule], Pera Blanco Morales [139], 7.
— (Ptose), Mirallié [5], 29.
Gastro-duodénal [Ulcus], Branco Ribeir [30], 40.
Gastro-duodénale (Chirurgie) ; cholengiographie, Bourgeon [210], 2.
Gastro-entérostomie (Cancer de la bouch anastomotique), Bandmann [9], 19.
— — (Prolapsus jéjunal), Richardson [12 10.

Gastro-entérostomie (Troubles de la protéolyse), Bramstedt [129], 17.
— pour ulcère (Cinq ans d'expérience), Ch. C. Guy [30], 30.
Gastro-pancréatique [Union spontanée], Melchior [9], 13.
Gastroscopie, Duhamel [213], 2.
— (Indications et techniques), H. Goerke [127], 6.
— actuelle, Gandara Mazpale [139], 12.
Gaz de combat (Hémoptysies tardives), Lemoine [109], 2.
Genou (Arthrodèse par compression), Camberoglou [42], 5.
— (Douleur), Hackenbroch [129], 6.
— douloureux (Examen), Baumgartner [111], 1.
— (Entorses) ; blocage méniscal secondaire, Trillat [207], 4.
— (Luxation complète) ; rupture vasculaire, Goldman [30], 21.
— (Résection) ; procédé économique, Carpentier [208], 2.
— (Traumatologie) ; rôle des ménisques, P. Ficat [117], 5.
— (Tuberculose) ; streptomycine et récupération fonctionnelle, Meunier [34], 9.
— — ; synovectomie, F. Jorio [43], 1.
— [Ligament croisé antér.] (Reconstitution), Zappala [152], 4.
Gigantisme osseux, Branicki [163], 10.
Glande mammaire (Régulation hormonale), Grünberger [135], 1.
— — (Tumeurs expérimentales), après 2-acétylaminofluorène chez le rat, R. C. Ross [97], 7.
— parotide (Tumeur mixte) ; ectomie totale, Luciani [199], 1.
— pituitaire (Adénome chromophobe), Petit-Dutaillis [108], 3.
— thyroïde (Cancer), H. Mahorner [185], 3.
— — (Greffe intra-splénique), Lacour [89], 5.
— — (Expérience de 7.000 opérations), Richard [24], 2.
— — (Tumeurs) avec métastases, Griva [154], 3.
— — [Épithelium folliculaire] (Structure), Parma [156], 4.
Glandes endocrines (Greffes), S. Güchan [174], 7.
— — et cystopathies, Abad Colomer [142], 8.
— parathyroïdes (Physiologie), Dent [148], 3.
— sudoripares (Tumeurs), Adams [9], 8.
— surrénales (Insuffisance), Morec [51], 4.
— — (Stimulation) dans le « dumping syndrome », J. F. Pontes [70], 11.
— — (Sympathogoniome), Spigolon [96], 1.
— — (Tumeurs corticales) ; hypertension, Litynski [163], 11.
— — (— médullaires) ; hypertension, Landau [163], 15.
— — dans les artériopathies Morone [20], 1.
Gliomes, Floris [86], 2.
— (Traitement), Petit-Dutaillis [214], 18.
— cérébraux, Layne [146], 4.
— temporaux, Paleari [154], 1.
Gluconate de calcium (Injection intra-lombaire), Stober [6], 6.
Goitre (Technique opératoire), Krabbel [8], 1.
— du Nord Africain en France, Guinet [114], 7.
— colloïdal métastatique (Problème isolé), Martin Lagos [139], 1.
— postérieur, Oselladore [16], 1.
— thoracique plongeant, H. Dauwas [209], 2.
Gonadotrophines urinaires, Moricard [212 A], 5.
Granulome amibien du gros intestin, H. de Azevedo Sodre [194], 2.
Granulome éosinophile, Taccani [16], 6 ; Laurence [35], 2.
— inflammatoire intra-crânien, Guezou [84], 1.
— inguinal, Nelson [162], 2.
Greffes d'aorte humaine, Dubost [205], 21.
— artérielles homologues pour pertes de substance, F. N. Cooke [31], 23.
— articulaires totales, J. Ducuing [117], 1.
— du cuir chevelu, Lagrot [210], 18.
— cutanées, Masmonteil [206], 2.
— —; Pierre [209], 11.
— — immédiates après excision dans les brûlures, Whittaker [26], 27.
— — pédiculées pour ulcère phagédénique, Marcotorchino [205], 19.
— de fascia pour hernies, Lee [30], 27.
— des glandes endocrines, S. Güchan [174], 7.
— humaines, Lagrot [206], 1.
— nerveuses aux mains, Marble [26], 11.
— osseuses par opposition, Lasserre [208], 11.
— — dans l'ostéomyélite, Bickel [29], 2.
— — pour larges brèches du maxillaire inférieur, J. Barrett Brown [26], 25.
— — iliaques remplaçant le tantale dans les blessures du crâne par armes à feu, Cl. L. Kiehn [26], 24.
— — et lombosciatalgies, G. Lazorthes [117], 3.
— — vissées, Guilleminet [34], 1.
— — et cutanées (Comportement histiocytaire), Bergonzelli [18], 3.
— tunnellisées, Marion [207], 8.
— urétérales pour plastie biliaire, Rieger [64], 24.
— uretéro-coliques, Bocchetti [19], 4.
— vasculaires (Sélection ; utilisation), Deterling [31], 26.
— — et banque d'artères (Étude expérimentale), Henrotin [10], 10.
— — pour plastie œsophagienne, Roux [78], 3.
— — en Y, Oudot [108], 12.
— veineuses aortiques (Complications), Schmitz [31], 24 ; Johnson [31], 25.
— autogènes pour pertes de substance, F. N. Cooke [31], 23.
— vertébrales, Pouyanne [5], 51 ; Ricard [5], 52.
— (Complications) ; thrombose pulmonaire et mort subite consécutive, Salmon [209], 7.
— — vissées, Guérin [5], 50.
Greffon en pont symphysaire, Ferrand [210], 6.
— souple vertébral, Diamant-Berger [5], 48.
Grossesse, Ziprick [59], 11 ; Van der Straeten [137], 5 ; Oddo [212], 18 ; Joyeux [212], 25 ; Rautureau [212 A], 8 ; Suzor [212 A], 10 ; Burger [212 A], 20 ; David [214], 2 ; Hillemand [215], 4.
— (Iléus), Burger [52], 3.
— abdominale, Lester [59], 9.
— ectopique, Shueh-Ping Tien [201], 1.
— — (Diagnostic), Winkler [59], 2.
— — et carcinome utérin, Kinnunen [58], 4.
— extra-utérine (Diagnostic), Serment [52], 1.
— — (Rupture), Gigli [156], 2.
— — à terme (Lithopedion et fœtus macéré à terme) ; 2 cas, Mirgon [210], 26.
— — intrautérine simultanées, A. Alexander [59], 17.
— ovarienne, Hayes [33], 6.
— secondaire, Vesell [59], 8.
— tubaire (Diagnostic radiographique) ; une erreur, Bennoun [211], 11.
— — (Hystérosalpingographie), Rouquet [211], 10.
— — (Radio-diagnostic), Gautier [211], 2.
— — interstitielle, Roux [212], 23.

Guerres modernes (Chirurgie d'urgence), DE QUADROS TEJEIRO [141], 2.
Gynécologie (Abdomen aigu en—), E. BRACHT [127], 2.
— (Œstrogènes et organothérapie en —), E. E. FECHT [131], 1.
Gynécomastie (Anatomie et clinique), PLAUCHU [115], 1.

H

Hamartome pulmonaire, BREA [82], 8.
Hanche (Arthrite aiguë du nourrisson) ; séquelles, GUILLEMINET [207], 11.
— (Polyarthrite) ; arthroplastie, LOMBARD [210], 3.
— (Arthroplastie) pour arthroses, CAMERA [46], 1.
— — et prothèse acrylique, G. RIEUNAU [117], 4.
— (Chirurgie intra-articulaire) pour coxarthrie, CHEYNEL [209], 21.
— (Enclouage) ; complications, MAIBAUER [26], 7.
— (Énervation antérieure) pour ostéochondrite, PANCINO [43], 3.
— (— expérimentale) ; *p*H des tissus articulaires, COSTANZO [43], 5.
— (Luxation) et pied bot talus, CHIARI [133], 6.
— (— congénitale) ; radiologie du détroit supérieur, LYONNET [212], 13.
— — — ; conception de Putti, R. ZANOLI [48], 10.
— — — ; dystrophie articulaire, GUÉRIN [208], 13.
— (— — et sub-luxation) ; radio-diagnostic précoce, R. GAY [117], 6.
— (— traumatique), GHORMLEY [26], 9.
— (— — bilatérale), SPEED [26], 8.
— (Ostéite fibreuse et mutilante chez l'enfant), LOMBARD [34], 2.
— (Ostéoarthrite tuberculeuse) ; streptomycine, LOMBARD [210], 7.
— (Ostéochondrite) et protrusion, GUÉRIN [208], 14.
— (Plastie au nylon), CHARRY [30], 1.
— (Prothèse acrylique), BIANCHI MAJOCCHI [45], 2.
Héliothérapie de l'ulcère crural, ASBECK [128], 8.
Hémangioendothéliome, BLAXLAND [41], 5.
— chez l'enfant, RICCI [95], 2.
Hemangiome caverneux, UBERTI [17], 4 ; GRIMES [81], 8 ; PELIZZOLO [95], 3.
— extra-dural (Compression), DAVID [214], 2.
— métastasiant, TIBBS [12], 9.
— du front, TEILMANN [87], 2.
Hématocèles antéligamentaires, ODDO [52], 2.
Hématogynolaus, ALDERS [30], 26.
Hématome cérébral spontané, A. AKERMAN [195], 1.
— sous dural (Symptome), LAINE [214], 10.
— — traumatique, R. THUREL [214], 24.
— sous-séreux, STIRK [147], 12.
— traumatique (Facteur diffuseur dans son traitement), L. PERUZZO [15], 4.
Hémianopsie latérale homonyme, PETIT-DUTAILLIS [108], 3.
Hémipelvectomie (Réhabilitation), WERSSOWETZ [27], 14.
Hémisphérectomie (Conditions du réajustement), GROS [83], 3.
— pour hémiatrophie, GROS [214], 8.
Hémopéritoine, GIGLI [156], 2.
Hémoptysies bronchiques tardives pour gaz de combat, LEMOINE [109], 2.
Hémorragies (Transfusion à partir d'une artère isolée), H. W. MAYO JR [28], 2.
— après anticoagulants, PATARO [75], 3.
— chez les tuberculeux, BIANCO [154], 9.
— abdominales, DIGONNET [212 A], 4.
— cérébrales, WERTHEIMER [3], 1.
Hémorragies intracrâniennes (Traitement conservateur), SCHÖNBAUER [133], 2.
— duodénales par schwannome, BOURGEON [210], 16.
— gastriques, MARWEGA [9], 9.
— gastro-duodénales, MC ELMOYE [179], 2.
— des ulcères gastro-duodénaux, GRENET [5], 28.
— gastro-intestinales post-opératoires, HOFFERT [27], 12.
— — supérieures, COOPER [181], 4.
— génitales, BLANCHARD [190], 13.
— — extrapéritonéales, JOYEUX [212], 32.
— intestinales, MASPÉTIOL [65], 12.
— ovariennes massives, BACH [59], 26.
— du col restant, FABRE [211], 8.
— intraventriculaires et sous arachnoïdiennes, ROMA AMYOT [177], 2.
Hémorroïdes (Genèse) ; rôle du manchon d'adhérence musculo-segmentaire de l'anus, G. CABANIE [67], 1.
Hémostase (Thrombine), ENRICO [158], 5.
— rénale à l'éponge de gélatine, FAVACCHIO [20], 2.
— spontanée, M. G. PORTELA [11], 5.
Hémothorax, GIGLI [156], 2.
— traumatique, GIRAUD [208], 7.
Héparine (Action sur l'œdème pulmonaire), SOMMARIVA [17], 7.
— -Antithrombine en période post-opératoire, G. OLDANO [17], 2.
— -Cortisone, CERVINI [152], 1.
Hépatectomie, A. PICARO [21], 5.
— gauche réglée, SENÈQUE [78], 5.
Hépato-cholangiostomies digestives, COUINAUD [108], 15.
Hermaphrodisme vrai, W. J. BAKER [64], 16.
— [Pseudo] mâle, ARMSTRONG [148], 4.
— — — chez trois enfants de la même fratrie, C. CAVALLERO [97], 3.
Hermaphrodite, FERRAND [210], 38.
Hernie (Récidives) dans 369 cas, RYAN [29], 14.
— amniotique (Un cas), K. SMOLARSKI [22], 4.
— crurale, CARRILLO [156], 3.
— du Douglas, AMELINE [5], 33.
— diaphragmatique, DELANNOY [213], 13.
— — (Anémie), LASCHI [100], 11 ; KUMMERLE [129], 20 ;
— — et grossesse, HILLEMAND [215], 4.
— — avec mégadolichocôlon, DUFOUR [5], 1.
— — associée à la phlébite à répétition, PONT [144], 2.
— — étranglée, S. PEARSON [28], 4.
— — intrapéricardique, BROOKES [12], 22.
— — post-traumatique, NICOL [205], 9.
— discale lombaire (Conservation), COPLANS [204], 2.
— — lombo-sacrée (Myélographie), LEADER [104], 6.
— paraduodénale, PARSONS [104], 13.
— épigastrique (Hémorragies), MARWEGE [9], 9.
— étranglée par l'hiatus de Winslow, I. HAMILTON [203], 5.
— — transmésentérique, MAY [31], 36.
— du hiatus, NELSON [33], 4 ; KOHLI [70], 4 ; O. GAZMURI [198], 3 ; LIARAS [210], 37.
— — (Anémie), OLIVE BADOSA [39], 6.
— — (Œsophagite du reflux), AYLWIN [79], 3.
— inguinale (Bases du traitement chirurgical), MAURITY SANTOS [139], 8.
— — (Greffe de fascia), LEE [30], 27.
— — (Herniorraphie), J. FERRAND [210], 25.
— — droite étranglée avec diverticulite de Meckel, L. GIORDANO [17], 11.
— — opérée (Observation intéressante), F. VAHOUMANI [202], 1.
— — rédicivée (Section du cordon), HEIFETZ [190], 16.
— interne supra vésicale, BARNES [12], 20.
— transmésocolique, SEROR [210], 45.

Herniorraphie avec transposition du cordon dans les hernies inguinales, J. Ferrand [210], 25.
Hiatus œsophagien (Hernie), D. R. Kohli [70], 3. O. Gazmuri [198], 3.
— de Winslow (Hernie étranglée), J. Hamilton [203], 5.
Hibernation artificielle, Laborit [5], 11.
— — selon la technique de Laborit, R. Pinet [106]; 4, Campanini [107], 3.
— dans l'anesthésie, Fanjeaux [210], 47.
— — (Sa place en pratique courante), Huguenard [105], 1.
— — chez un grand brûlé, Lagrot [210], 48.
— — en chirurgie cérébrale et en traumatologie crânienne, G. Lazorthes [214], 12.
— — (Son action sur l'infarctus expérimental du myocarde), J. Cahn [105], 5.
— — (Son action sur un coma prolongé grave compliquant une cure de Sakel), Campan [105], 6.
— pour occlusion grave, Dubas [169], 2.
— — pour éclampsie, Aoustin [212 A], 11.
— — (Réactions hypophysosurrénales au cours de l' —), J. Cahn [105], 4.
Histiocytes (Comportement) dans les greffes, Bergonzelli [18], 3.
Homogreffes frigorifiées pour crânioplastie, Rousseaux [214], 21.
Hoquet post-opératoire, Tchékoff [206], 8.
Hormones dans la régulation mammaire, Grünbergen [135], 1.
Humérus (Fractures sus-condyliennes), Marris [204], 8.
— [Col] (Fracture) avec luxation, Neer [26], 2.
— [Diaphyse] (Ostéomyélite) simulant le sarcome, Rocher [208], 4.
Hyaluronidase dans la coxarthrie, Baumgartner [111], 6.
Hydatide de Morgaghi (Torsion), Hamilton [64], 15.
Hydrocéphalie, Chaumonnot [212], 14.
— (Drainage), Christophe [214], 1.
— avec tumeur, Delaitre [84], 5.
Hydromes sous-duraux primitifs (Diagnostic et pronostic), Pertuiset [214], 16.
Hydronéphrose par uretère rétro-cave, Marcel [35], 1.
— bilatéral par vaisseaux polaires, Marogna [15], 2.
Hydrosalpinx par insufflation, Bonnet [212], 6.
Hyperhydratation cellulaire (Syndrome), Hamburger [170], 4.
Hyperostose frontale interne, V. Göksel [174], 4.
Hyperpyrexie post-opératoire (Syndrome), Sabbatini [15], 5.
Hypertension artérielle (Chirurgie), Broustet [5], 7.
— — — ; point de vue médical, Aubertin [5], 5.
— — (Méthonium), Smirk [146], 2.
— — (Sympathectomies dorso lombaires), Darmaillacq [5], 8.
— — (Syndrome d'—) ; gangloplégiques, Petit-Dutaillis [214], 17.
— — (Voie opératoire transpleurale transdiaphragmatique, extrapéritonéale, Tricerri [190], 5.
— — par tumeur surrénale, Litynski [163], 11 ; Landau [163], 15.
— — maligne (Sympathectomie avec surrénalectomie), Riser [5], 14.
— cérébrale aiguë (Hypotension contrôlée), Schonbauer [133], 2.
— portale (Indication chirurgicale), Gouveia Monteiro [57], 2.
— — (Ligature artérielle), Mc Fadzean [146], 6; Taylor [181], 12.
— rénale post-traumatique, Wildbolz [7], 2.
Hyperthyréose (Thyroïdectomie), Guiheneur [5], 16.
Hyperthyroïdiens (Soins pré et post-opératoires) ; acide ascorbique, Giberti [154], 4.
Hypochondre gauche (Syndrome douloureux) ; sympathectomie, Chenel [207], 7.
Hypophyse (Tumeurs) ; artériographie, Fischgold [214], 5.
— Glandes surrénales (Réactions) au cours de l'hibernation, J. Cahn [105], 4.
Hypophysectomie et traitement du cancer, J. Le Beau [214], 13.
Hypoprothrombinémie et phlébite, Funck Brentano [212], 3.
Hypospadias (Operation), Muschat [64], 35.
Hypotension artérielle contrôlée, Schönbauer [133], 2, Benké [133], 3.
— — — dans l'anesthésie, Fanjeaux [210], 47.
— — — dans l'opération transventriculaire de la sténose pulmonaire, G. Hienert [134], 3.
— portale (Chirurgie), C. Monteiro [32], 1.
Hypothermie pour chirurgie intra cardiaque, Bigelow [27], 9.
— contrôlée pour chirurgie cardiaque, Lewis [31], 6.
— post-opératoire, Bering [27], 16.
Hystérectomie abdominale, Joyeux [212], 31.
— — totale (Fistule vésico-vaginale), Mazzola [5], 36.
— radicale (État de l'uretère), Godfrey [33], 5.
— rétrograde pour myomes pelviens, Moseley [5], 37.
— totale (Morbidité et mortalité), Johnson [59], 22.
— sub-totale (Grossesse), Ziprick [59], 11.
— vaginale (Complications), V. P. Mazzola [30], 8.
— — suivie d'éviscération intestinale, Outerbridge [59], 13.
Hystérie (Excès chirurgicaux), Cohen [181], 7.
Hystérosalpingographie (Dangers) ; prévention, Rendelstein [133], 1.
— (Moyen de contraste), Ponzi [99], 2.
— dans la grossesse tubaire, Rouquet [211], 10.

I

Ictère (Diagnostic) et radiomanométrie, Aron [123], 2.
— chronique par rétention, Hoang Tieu Bao [126], 12.
— post-opératoire des gastrectomisés pour ulcère duodénal, R. Nicolono [15], 1.
Ictres (Syndrome cérébral) ; stellectomie, Cancellotti [152], 3.
Iléon (Bouche), Rogers [181], 3.
— (Duplication), Killpack [41], 6.
— (Granulome éosinophile), Taccani [16], 6.
— (Perforation mélitococcique), P. Merz [209], 25.
— (Rupture traumatique), Gowans [30], 23.
— [1] (Diverticulose multiple), Riberi [17], 4.
Iléus de la grossesse, Burger [52], 3 ; [212 A], 20.
— chez le nouveau-né, Gaertner [9], 2.
Image radiologique rare de calculose intestinale, Castello [17], 5.
Impuissance (Chirurgie), O. S. Lowsley [30], 4.
Incision-Suture primitive dans les collections suppurées aiguës, Lagrot [210], 28.
— abdominale, Gross [27], 7.
— de Cherney (Ses avantages en chirurgie urinaire), O. S. Culf [64], 17.
— laparotomique (Sensibilité cutanée), Uglietti [55], 5.
— oblique costo- sus- ou sous-ombilicale, Leger [108], 2.
— de Stewart, Finochietto [190], 3.

Incontinence urinaire et fécale neurogénique chez l'enfant (Traitement), R. E. Gross [28], 3.
— — d'effort, Wharton [64], 28.
— — — (Rôle du corps spongieux), Berkow [59], 3.
— — — (Relations urèthre et vessie), Hodgkinson, [59], 21.
Infarctus épiploïque, Kerdasha [27], 19.
Infections chirurgicales (Antibiotiques) ; us et abus, Iselin [5], 10.
— post-abortum (Chloramphénicol), Tasovac [172], 3.
— urinaires, Giberti [63], 3.
— — (Persistance) après prostatectomie, Caine [62], 2.
Injections intra-artérielles de diodraste, thorotrast (Effets sur le pouls), Jepson [31], 31.
— — de Nitrogen Mustard dans le cancer, Grady [27], 10.
— — de Priscol, Droller [76], 1.
— intra-lombaires de gluconate de calcium, Stober [6], 6.
— intra-veineuses d'alcool, Grundmann [24], 5.
— — sous-claviculaires (Avantages et technique), R. Aubaniac [210], 53.
Innervation pulmonaire segmentaire expérimentale, Leschke [132], 1.
Instruments chirurgicaux (Leur mise au point par Putti), Mandruzzato [48], 6.
Insufflation kymographique (Hydrosalpinx), Bonnet [212], 6.
Insuline (Action embryonnaire expérimentale), Barbieri [46], 2.
Intestin (Aspiration chez l'enfant), Gubern-Salisachs [39], 5.
— (Atrésie) chez le nouveau-né, Gaertner [9], 2.
— — chez des jumeaux vrais, F. J. Lewis [31], 16.
— (Calculose) ; tableau radiologique rare, Castello [17], 5.
— (Cancer) chez l'animal, Samso [91], 5.
— (Distension) ; intubation, Reggianini [159], 2.
— (Diverticuloses) ; cas rare, Riberi [17], 4.
— (Éviscération vaginale) après kystérectomie, Outrebridge [59], 13.
— (Hémorragie) après amygdalectomie, Maspétiol [65], 12.
— (Invagination) au cours du purpura rhumatoïde, Seror [210], 32.
— — lavement baryté, Pouliquen [39], 4.
— (— aiguë) chez l'adolescent et l'adulte, W. F. Becker [185], 7.
— (— chronique), Ma-An-Chuan [201], 6.
— (— du grand enfant), Lagrot [210], 9.
— (Mélanose) et polypose généralisée, R. Andrew [70], 14.
— (Obstruction aiguë) par diverticule de Meckel ; 3 cas, Przewoski [22], 5.
— (Occlusion) par l'artère mésentérique, Nicole [69], 2.
— — après Doléris, Digonnet [212 A], 6.
— — par tumeur ovarienne, Aimes [212], 22.
— — blocage ganglionnaire, Rotter [163], 18.
— (— aiguë), P. J. Burnham [28], 5.
— — — chez les Bantou, Skapinker [204], 5.
— (— post-appendiculaire), Fialkowski [22], 12.
— (— congénitale), Roviralta Astoul [39], 3.
— (— par étranglement transmésocolique), Brodny [5], 23.
— (— expérimentale) ; déshydratation, L. Morelli [17], 7.
— (— grave) et hibernation, Dubas [169], 2.
— (Polypose généralisée) avec mélanose, R. Andrew [70], 14.
— grêle (Encapsulation péritonéale), Thorlakson [12], 16.
Intestin grêle (Invagination chroni... Gibbins [12], 18.
— — (Lymphosarcome), Bollinger, [30...
— — — 2 cas, Mercier [169], 3.
— — (Oblitération congénitale), Peter [...
2.
— — (Polypose), Kitchin [147], 6.
— (Tumeurs argentaffines), Freiden ...
11.
— pour plastie urétérale, Davids ...
13 ; Annis [62], 10.
— [Gros] (Anastomose) ; une maladie, G...
[9], 5.
— — (Cancer) ; traitement y compris l...
section restauratrice pour cancer r...
Nauton Morgan [139], 4.
— — (— multiples) ; 7 cas, Dujardin [2...
— — (Granulomes amibiens), H. de ...
vedo Sodre [194], 2.
— moyen (Volvulus) et défaut de rotatio...
l'intestin, K. C. Sawyer [30], 11.
Intra-hépatico-cholangio-jéjunostomie, Bo...
la-Naar [190], 19.
Intubation intestinale, Reggianini [159...
— métallique œsophagienne ; pour ca...
Ombrédanne [65], 11.
— pour narcose (Technique), Fr. G...
[130], 1.
Invagination haustrale du cæcum, M...
[20], 5.
— diverticulaire, Boucheron [213], 4.
— intestinale, Seror [210], 32.
— — (Lavement baryté), Pouliquen [39...
— — par polypose, Kaplan [147], 7.
— — aiguë chez l'adolescent et l'adu...
W. J. Becker [185], 7.
— — chronique, Ma-An-Chuan [201], 6.
— — — par diverticule, Gibbins [12],
— — du grand enfant, Lagrot [210], 9.
Iode de radio-actif (Test à l'—) dans le c...
gnostic d'une hyperthyroïdie par trau...
tisme crânien, Stoll [214], 22.
Ionisation-Irrigation périodique pour p...
lysie vésicale, E. Truc [118], 3.
Irradiation ovarienne (Altérations histo...
miques), A. G. Foraker [97], 4.
— pré-opératoire utérine, Buchholz [53],
Ischialgie Reischauer [127], 4.
Ischion (Ostéite post-traumatique), Sim...
[207], 6.
Isonicotinidrazide, Bianco [154], 9.
Isopropylchloride (Anesthésique), Henk...
[129], 10.
Isthmotomie complémentaire de la stoma...
plastie utérine, Theodorides [212], 2.

J

Jambe (Fractures fermées), Picaud [4], 3.
— (Ulcère crural), Asbeck [128], 8.
Jéjunite chronique, L. Sirot [210], 55.
Jéjunum (Diverticulite), Robinson [147],
— (Léomyome malin), Matthews [27],
— (Prolapsus) après gastro entérostom...
Richardson [12], 10.
— (Ulcère) ; sténose Decoulx [213], 12.
Joue (Schwannome), Marchand [65], 6.
Jumeaux (Atrésie intestinale chez des —...
F. J. Lewis [31], 16.

K

Kemithal sodique (Anesthésique intra-v...
neux), Hernandez [200], 2.
Kissing ulcer de la petite courbure, Dela...
noy [213], 9.
Kyste bronchogénique, Laumonier [5],
— — médiastinal, Grasveld [151], 3.
— cœlomique, Frommhold [98], 3.
— du corps jaune, Digonnet [212 A], 4.
— paradentaire géant ayant évolué dans ...
fosses nasales, Thibaut [68], 4.

Kyste dermoïde, Paul [33], 10.
— — buccal, Huard [126], 4.
— — infecté, Welti [205], 13.
— — médiastinal, Sauvage [205], 14.
— échinococcique, Biocca [80], 4; Savonuzzi [80], 5.
— épidermoïde du squelette de la main, Carroll [26], 13.
— hématome calcanéen, Ravelli [9], 3.
— hépatique, Manheimer [27], 17; Polli [159], 1.
— — calcifié, M. Reyes [191], 5.
— — hydatique hépatique, R. R. Renner [28], 16; Bourgeon [210], 40; [210], 46.
— — musculaire, Vergoz [210], 36.
— — rétro-péritonéal, E. Lehmann [30], 10.
— — pulmonaire, Davidovic [172], 4; Dubau [205], 1.
— — rénal, Davidovic [172], 11.
— — interscapulo-thoracique, F. Gentil [164], 1.
— — splénique rompu, Sirot [210], 54.
— — rétrovésical géant, R. Gayet [60], 5.
— ovarien, Goinard [210], 17.
— — hémorragique, Moricard [212 A], 5.
— [Pseudo] du poignet, Scholder [34], 11.
— pulmonaire, B. Macheta [22], 2; Gilbert [181], 13; Jesus Zerbini [197], 1.
— rénal, Angel de Rosa [190], 20.
— thyréoglosse, Webb [33], 7.
— urinaire, Aschieri [63], 1.
— utérin, Deturmeny [212], 20.

L

Ladogal, Lechtenberg [9], 15.
— (Chimiothérapie), Lechtenberg [9], 15.
Lambeaux cutanés (Recouvrement de la charnière), Marion [207], 8.
— palmaires pédiculés pour pertes de substance pulpaire, Pierre [209], 5.
— de Thiersch (Greffe endo-laryngée), Willems [122], 3.
— — (Implantation endo-laryngée), Willems [108], 18.
— vésicaux tubulés pour plastie urétérale, Küss [205], 8.
Laminectomie et greffe vertébrale, Pouyanne [5], 51; Ricard [5], 52.
Langue (Cancer de la partie mobile); valeur du curage ganglionnaire prophylactique et d'autres procédés, M. Dargent [89], 6.
— (Sarcome sur cicatrice d'un épithélioma traité par radium 15 ans plus tôt), P. Cibert [89], 9.
Laparotomie (Fréquence du diverticule de Meckel et importance de sa recherche au cours de la —), Pasqualetti [21], 3.
Laryngectomie (Lambeaux de Thiersch, Willems [108], 18; [122], 3.
— reconstructive (Technique personnelle), Hofmann-Saguez [66], 3.
Laryngocèle, Leroux [65], 10.
Larynx (Cancer); pronostic, G. Portmann [66], 1.
Lavement baryté dans l'invagination, Pouliquen [39], 4.
Léiomyome, Vohnout [8], 2.
— malin, Matthews [27], 18.
— uréthral, Wilenius [145], 2.
Léiomyosarcome vésical, Peiris [12], 12.
Leucotomie pré-frontale, Pirovano [17], 6.
Lever précoce en chirurgie abdominale, A. Charbonnier [169], 1.
Ligament croisé (Lésion ancienne), Siebert [98], 5.
— — antérieur (Reconstitution), Zappala [152], 4.
— infra-rotulien (Rupture); plastic, J. R. Cole [30], 38.
Ligature artérielle hépatique, Taylor [181], 12.
— vasculaire lente, Boerema [78], 4.
Lipome du corps calleux, Smith [104], 16.
— diverticulaire, Gibbins [12], 18; Boucheron [213], 4.
— gastrique, Hueber [100], 10.
— médiastinal, Keeley [81], 7.
Liponécrose sous-cutanée multiple, Valentino [19], 3.
Liposarcome embryonnaire, H. Skjoldborg [101], 7.
Liquide extra-cellulaire chez le malade chirurgical, Heinzen [29], 5.
— séminal chez les prostatiques, Ventura [63], 2.
Liquides corporels (Changements), Aronstam [27], 2.
Lithiase cholédocienne, Mallet-Guy [3], 3.
— hépato-biliaire, A. Lasala [32], 3.
— rénale géante (950 gr.), A. de la Pena [11], 8.
— urétérale et biliaire (Radiologie), Ottani [100], 14.
— urinaire expérimentale, Helsby [64], 2.
— — multiple, Picatoste Y. Picatosta [11], 6.
Lithopédion et fœtus macéré à terme dans 2 cas de grossesses extra-utérine Mirgon [210], 2.
Lobe frontal (Angiome) et anévrysme gauche, P. Trotot [214], 25.
— pré-frontal droit (Amputation), Thiry [83], 5.
— temporal (Abcès), Marie [35], 4.
— — (Gliome), Paleari [154], 1.
— — (Tumeurs), J. Game [203], 11.
Lobectomie pulmonaire pour maladie kystique, Mc Eachern [181], 10.
— — pour tuberculose, de Rougemont [207], 10.
Lobotomie pré-frontale (Action sur les fonctions intellectuelles) dans la schizophrénie chronique, Struckett [87], 4.
Lombalgie, Ischialgie, Brachialgie (Étude), Reischauer [127], 4.
Lombo-sacrée [Douleur] (Traitement), Haggart [26], 15.
Lombo-sciatalgies et greffes osseuses, G. Lazorthes [117], 3.
Lumbago, Manuel Losada [198], 4.
Lumière solaire dans le traitement de l'ulcère crural, Asbeck [128], 8.
Luxation, Dorbes [5], 49; Speed [26], 8; Ghormley [26], 9; Goldman [30], 21; Benedetti [46], 4; Alexander [50], 2; Guardabassi [100], 9.
— atloïdo-occipitale, A. Werner [170], 2.
— centrale de la tête du fémur, Rafaeli Petar [173], 3.
— congénitale, Zanoli [48], 10; R. Gay [117], 6; Guérin [208], 13; Lyonnet [212], 13.
— — [Sub-], R. Gay [117], 6.
— récidivante, Merido Peinado [141], 3.
— non traumatique, Boever [34], 3.
Lymphangiome congénital, Jarrousse [212], 36.
— kystique du cou, F. Gentil [164], 4.
Lymphangite après perfusion, Dalmas [209], 14; [209], 17.
Lymphatiques [Plexus sous-aréolaire]; et cancer mammaire, Grant [31], 9.
Lymphœdème, De Roy [137], 4.
— (Technique opératoire nouvelle), Pratt [181], 5.
Lymphogranulomatose maligne, Hanicki [163], 17.
Lymphosarcome, Bollinger [30], 28.
— du grêle, Mercier [169], 3.
— du pancréas, Dominguez Navarro [11], 4,

M

Mâchoires (Constrictions) d'origine extra-articulaire), Ginestet [68], 1.

Main (Circulation artérielle), Bracco [17], 2.
— (Greffes nerveuses), Marble [26], 11.
— (Kyste épidermoïde), Carroll [26], 13.
— (Radiodermite) ; greffe cutanée, Pierre [209], 2.
— (Réparation des tendons par suture immédiate) Lorthioir [10], 7.
— (Traumatismes) ; ténorraphies, greffes tendineuses, nerveuses, Posch [26], 10 ; Marble [26], 11 ; Crikelair [26], 12.
— Doigts (Pansement à attelles), E. Seifert [128], 7.
Mal perforant plantaire, Marinello [154], 7.
— de Pott (Évolution atypique), Gardella [100], 7.
— — silencieux, Blankoff [136], 2.
Malade opérée (Observation intéressante), M. E. Ghavamian [202], 2.
Maladie de Baastrup, Gardella [100], 6.
— de Cooley, Gatto [44], 1.
— de Crohn intéressant l'estomac, Martin [147], 9.
— de Dupuytren et traumatisme, Moorhead [26], 17.
— de Grisel chez un adulte, A. Werner [170], 2.
— de Hashimoto, Giberti [16], 3.
— de Hodgkin, Hanicki [163], 17.
— — (Formes osseuses), Zara [215], 1.
— de Horton-Gilmour, Dechaume [114], 4 ; Plauchu [114], 5.
— kystique rénale, Dermot O'Flynn [62], 5.
— de Lindau, Bird [12], 4.
— de Maria-Strumpell, Lloyd Tyson [94], 1.
— de Paget du mamelon, Oddo [212], 18.
— — osseuse, Lasserre [208], 10.
— pancréatique (Diagnostic), Spiro [71], 6.
— de Parrot, Romeo [157], 2.
— de Persson, Desenfans [10], 3.
— polykystique, Waddle [33], 2.
— de Porak et Durante, Duthoit [212 A], 16.
— de Recklinghausen chez l'enfant (Quelques cas), Crisalli [47], 1.
— de Schwerman, Benzecry [189], 2.
— de Sudeck, Th. F. Rose [203], 1.
— synoviale familiale, Didier [35], 5.
— ulcéreuse (Valeur du diphenméthanyl), Hoffmann [71], 2.
Maladies chirurgicales (Procaïne intra-veineuse dans les —), St Bak [22], 7.
— vasculaires des membres inférieurs, July [74], 2.
Malaises prandiaux après gastrectomie, R. F. Rauch [70], 7.
Malformations congénitales, Gubern-Salisachs [39], 1.
— crânio-cervicales, A. Lévy [214], 14.
— d'Ebstein, J. E. Edwards [184], 1.
— du poumon (Chirurgie), H. Bruck [134], 7.
Malléoles (Fractures), Biström [145], 1.
Mamelon (Maladie de Paget) ; dégénérescence, Oddo [212], 18.
Manométrie intra-splénique, Lebon [124], 2.
— radiographie biliaire (Statistique de 2 années), E. Jorès [10], 8.
Massage cardiaque (Électrocardiographie), Marion [114], 1.
Masse sanguine (Dosage) dans l'ulcère hémorragique, Grenet [5], 28.
— pseudo-tumorale (Nécrose aiguë) ; troubles cardiaques, Nadiras [73], 2.
Massif facial (Plasmocytome), Lemoine [65], 7.
Mastite à cellules plasmatiques, Cassle [12], 19.
Matières plastiques en pathologie humaine, Ongil Gonzalez [139], 6.
Maxillaire inférieur (Larges brèches) ; greffes osseuses, Barrett Brown [26], 25.
— supérieur (Schwannome), Millar [65], 8.
— — (Tumeur kystique envahissante), Cornouec [68], 3.
Maxillaires (Infection) ; ses rapports avec sinusite, W. E. Fleming [203], 3.
Médiastin (Angiome caverneux), Em[illegible] [12], 23.
— (Ganglioneurome), House [30], 19.
— (Kystes bronchogéniques), Laumon[illegible] [5], 19; Grasveld [151], 3.
— (— dermoïde), Sauvage [205], 14.
— (— — infecté), Welti [205], 13.
— (Lipome), Keeley [81], 7.
— (Tumeurs), Wiechno [163], 6.
— antérieur (Tératome), Liaras [210], 20[illegible]
— postérieur (Hémangiome caverneux), C[illegible] mes [81], 8.
— — (Kyste cœlomique), Frommhold [8[illegible] 3.
Médullo-sclérose contro-latérale, B. Bi[illegible] [17], 8.
Mégagastrie paroxystique, Fassio [213], [illegible]
Mélanoblastome, Citterio [80], 6.
Mélanosarcome digestif, Banzet [205], 23[illegible]
Mélanose intestinale, Andrew [70], 14.
Mélitococcie, P. Merz [209], 25.
Membrane de Jackson dans un cas r[illegible] d'appendicite aiguë perforée, M. F. Pro[illegible] [173], 2.
Membre inférieur (Affections veineuses et [illegible] térielles) ; physiopathologie circulatoi[illegible] Sale [190], 10.
— — (Amputation) ; rééducation prothé[illegible] que, Costanzo [43], 2.
— — (Artérite) ; histologie des ganglio[illegible] sympathiques lombaires, Manfredi [1[illegible] 2.
— — (Lymphœdème), De Roy [137], 4.
— — (Maladies vasculaires), July [74], 2.
— — (Perte de substance cutanée congé[illegible] tale), Jarrousse [212], 37.
— — (Phlébo-thrombose post-opératoire[illegible] G. Marcozzi [14], 2.
— — (Pouls perphérique) ; effets des injections intra-artérielles de diodraste, Jepso[illegible] [31], 31.
— supérieur (Choréo-athétose) ; chirurg[illegible] Cardenas [187], 2.
(Hypertrophie congénitale), Morisse [51], 5.
Membres (Artérite oblitérante), Rutkowsk[illegible] [163], 14.
— (Circulation artérielle) ; troubles, Auge[illegible] [177], 1.
— (— collatérale), Toni [160], 2.
— (Désordres post-traumatiques), traitemen[illegible] par le froid, H. Liaras [210], 49.
— (Ostéodystrophie post-traumatique de Su[illegible] deck), Th. F. Rose [203], 1.
— (Troubles artériels) chez les diabétiques Jouve [73], 1.
— [Extrémités] (Artério-sclérose) ; trouble[illegible] circulatoires, Singer [134], 5.
Méningiomes (Exérèses) ; manifestations co[illegible] mitiales, Courjon [83], 4.
— de la fosse postérieure, Castellano [15[illegible] 6.
Méningocèle occipitale ossifiée de volum[illegible] rare, Pouyanne et H. Pouyanne [214], 20
Ménisques articulaires (Leur rôle dans [illegible] traumatologie du genou), P. Ficat [117], 5
Ménopause (Troubles consécutifs) ; cycle d'œstrogènes et d'androgènes alternés Clavero Nunez [142], 2.
Mésencéphale (Anévrysme artério-veineux et rétraction palpébrale, Askenasy [87], 3
Mésentère (Tumeurs), Comar Guarner [142[illegible] 1, 4 et 9.
Mésothéliome, Rossi [80], 3.
Métabolisme du sodium et du potassium Aronstam [27], 2.
Métastases d'angiome, Tibbs [12], 9.
Méthode de Danis, Peycelon [207], 3.
— de Dupuytren, Swynghedauw [212], 12
— de Key-Charnley Ferrand [210], 14.
— de Mallory, Romani [108], 6.
— de Paulino, De Camp [81], 1.

Méthodes chirurgicales modifiées, Bjorn [167], 3.
Méthonium (Composé nouveau du —), Smirk [146], 2.
Méthylsulfate diphénméthanyl, Hoffmann [71], 2.
Métrorragies par corps étranger, Labry [212], 15.
— post-ménopausiques par tuberculose, Labry [212], 16.
Moelle épinière (Compression) par hémangiome, David [214], 2.
— — (Lésions et signes cliniques) dans la hernie discale, Mair [85], 2.
— — (Métastases) ; myélographie, Wood [104], 5.
— — (Traumatismes) ; troubles vésicaux, Cosbie Ross [62], 6.
— — cervicale (Compression) par spondylose, Symonds [146], 1.
Moignon cervical (Cancer), Young [29], 4.
Mole hydatiforme (Ectopie), Miller [204], 6.
— — (Suites), Lepage [212 A], 13.
Morphine (Intoxication) ; leucotomie, Pirovano [17], 6.
Mort subite post-opératoire par thrombose pulmonaire à la suite d'une greffe vertébrale, Salmon [209], 7.
Mortalité en chirurgie abdominale (Prévention), Babcock [5], 20.
Moyens de contraste (Peroxyde d'oxygène), P. Klami [101], 1.
— — : Le télépaque, Dunne [103], 2.
Muqueuse buccale (Restauration), Ginestet [205], 10.
— gastrique (Prolapsus transpylorique), Kleitsch [71], 5; Fracasso [100], 5.
— utérine (Sarcome), Rochat [212], 3.
— — [Phase sécrétoire] (Retards de développement), Kantor [59], 24.
— vésicale (Transplantation) ; ossification expérimentale, Meins [9], 11.
Muscle biceps brachial (Sarcome) ; résection, Paoli [209], 18.
— grand pectoral (Hémangiome caverneux), Pelizzolo [95], 3.
— sterno-cléido-mastoïdien (Tuberculose isolée), Masera [17], 3.
— (Affections) ; examen cinétique, Francillon [34], 5.
— (Hémangiome caverneux), Uberti [17], 4.
— (Kyste hydatique ou abcès), Vergoz [210], 36.
— (Relaxants) ; type succinylcholine, Mac [162], 1.
— pectoraux (Ablation), Redon [1], 1.
— thoraciques (Hémangiome), Larghero [82], 9.
Myasthénie grave (Anesthésie), Dauri [20], 4.
Myélographie au pantopaque, Leader [104], 6.
Myoblastomes (Histochimie), Sirtori [95], 1.
Myocarde (Infarctus expérimental) ; action de l'anesthésie potentialisée et de l'hibernation, J. Cahn [105], 5.
Myomes utérins, Moseley [5], 37 ; Valle [55], 3.
Myométrite syncytiale port-molaire, Lepage [212 A], 13.
Myopathie (Chirurgie selon Putti), Mancini [48], 5.
Myosarcome, Vu Cong Hoe [126], 11.
Myosite ossifiante, Lucherini [154], 6.

N

N-Allylnormorphine, Beal [31], 8.
Narcose et anesthésie actuelles, Fischer [171], 3.
— barbiturique (Dynamique circulatoire), Malamani [153], 1.
— par intubation, Fr. Gycha [130], 1.
Narcose moyenne (Moyens accessoires), O. Friberg [134], 1.
— potentialisée, Irmer [129], 7.
Narcotal oxyde nitreux, Forssell [23], 9.
Nécrohormone placentaire, Marinello [154], 7.
Nécrose pancréatique aiguë, Hernandez Meyer [143], 1.
Néoplasies (Suites opératoires), Alcayde-Antoine [91], 4.
Néoplasme cardiaque primitif, Samparo Barradas de Noronha [164], 3.
Néphrectomie (31 cas pour aplasie ou atrophie), J. Cibert [60], 1.
— (Électrocardiographie), Petch [146], 9.
— pour rein exclus depuis dix ans, Auvray [61], 4.
— pour tuberculose (Moignon urétéral), Surraco [60], 3.
— trans-thoracique pour lithiase géante, A. de la Pena [11], 8.
— [Hémi] pour bassinet et uretère doubles, Baptista Franco [32], 6.
Néphropexie avec réseau de silon, J. Kucera [22], 6.
Néphro-résection (Hémostase) ; éponge de gélatine, Favacchio [20], 2.
Néphrostomie (Porte-tubes en matière plastique), M. Palken [64], 19.
Nerf cubital (Névrite traumatique), Nigst [24], 3.
— — (Paralysie tardive post traumatique), Contargyris [34], 6.
— facial (Conservation), Luciani [199], 1.
— — (Neurinome), Parsy [84], 7.
— — (Paralysie périphérique) consécutive à l'ablation des tumeurs de l'acoustique, Tavernier [214], 23.
— — intra-mastoïdien (Neurinome), Parsy [84], 7.
— honteux (Ablation) pour troubles vésicaux, Cosbie Ross [62], 6.
— optique (Gliomes), Floris [86], 2.
— — (Lésions traumatiques), Lazorthes [214], 11.
— — intra-crânien (Compression) par granulome, Guezou [84], 1.
— phrénique (Crush) ; éventration diaphragmatique, Leger [108], 17.
— sciatique (Section) et biochimie de l'os, Fontaine [214], 7.
Nerfs périphériques (Métastases cancéreuses), Pirner [9], 22.
Neurimome parostal ossifiant, Lièvre [108], 10.
Neurobiologie et chirurgie, Laborit [108], 8.
Neuro-chirurgie (Spoliation sanguine per-opératoire en —), Wertheimer [214], 26.
— (Tomographie crânienne), Ferey [214], 4.
— des paraplégies, Frykholm [167], 8.
Neurofibrome épiploïque, Orishejolomi Thomas [12], 11.
Neuromes diverticulaires, Ochmann [9], 16.
Neurotomie vertébrale, Maspetiol [65], 13.
Névrite traumatique, Nigst [24], 3.
Nez (Carcinome) ; diagnostic précoce, Davis [147], 3.
Nitrogen Mustard (Injections intra-artérielles) Grady [27], 10.
Nodosités d'Heberden et spondylarthrose, Peltola [144], 3.
Noradrénaline (Infusion), L. E. Aro [58], 5.
Novocaïne et hyaluronidase (Injections) ; dans la coxarthrie, Baumgartner [111], 6.
— intra-veineuse, adjuvant de l'anesthésie générale et facteur antishock, Maresca [43], 6.
Nystagmus de rétraction, Askenasy [87], 3.

O

Occlusion abdominale et hibernation, Dubas [169], 2.

Occlusion intestinale, SKAPINKER [204], 5; AIMES [212], 22.
— — aiguë, BURNHAM [28], 5.
— — post-appendiculaire, FIALKOWSKI [22], 12.
— — artério-mésentérique, NICOLE [69], 2.
— — congénitale, ROVIRALTA-ASTOUL [39], 3.
— — par ligament rond, DIGONNET [212 A], 6.
Œdème cérébral aigu per-opératoire, PETIT-DUTAILLIS [214], 17.
— pulmonaire, SOMMARIVA [17], 7; COURTICE [33], 3.
— — post-opératoire, VAN DE WALLE [106], 2.
Œil (Troubles) par fracture crânienne, ROUSSEAU [84], 6.
Œsophage chez l'homme, CONTI [80], 7.
— (Atrésie congénitale), REHBEIN [6], 5.
— (— chez le nouveau-né), NICOLE [69], 6.
— (Cancer), SMITH [12], 15; WATSON [104], 2.
— — ; maintien de l'état général, DENOIX [205], 20.
— — ; traitement, L. H. STRUG [185], 4.
— — ; plastie colique, DEPAULIS [208], 5.
— — ; chirurgie, DECKER [69], 4.
— (— inopérable) ; intubation métallique, OMBRÉDANNE [65], 11.
— — — ; tube de Souttar, DE VERNEJOUL [213], 16.
— (Pseudocancer), AUGUSTE [213], 11.
— (Carcinosarcome), THOMPSON [81], 4.
— (Chirurgie), JENTZER [69], 5; F. AREL [174], 1.
— — ; progrès, KRAUSS [129], 12.
— (Corps étranger perforant) et phlegmon rétro-œsophagien géant, A. MONTANDON [169], 4.
— (Diverticules), MEEROFF [190], 17.
— (Faux diverticule), MARUELLE [123], 3.
— (Mélanoblastome), CITTERIO [80], 6.
— (Obstruction mucilagineuse) ; cathétérisme, SENCE [213], 10.
— (Perforation par corps étranger), FERREIRA-BERRUTTI [82], 6.
— (— traumatique), ALDER [204], 1.
— (Plastie par le côlon droit), FRY [29], 10.
— (— par homogreffes), ROUX [78], 3.
— (Polype géant), A, BERTIERI [21], 2.
— (Résection) ; anastomose, MALAGO [80], 8.
— (Rétrécissement cicatriciel), FRANCIOLI [24], 7.
— (— — par caustiques) ; comment l'éviter ? J. H. RESANO [198], 6.
— (Rupture spontanée), CERBONNET [1], 2; W. B. BUTLER [185], 2.
— (Tumeur maligne pédiculée), HILLEMAND [215], 5.
— (Varices) ; hémorragie ; suture, LINTON [31], 28.
— inférieur (Léiomyome), VOHNOUT [8], 2.
— supérieur (Cancer), GASINSKI [163], 5.
— thoracique moyen (Cancer) ; guérison après extirpation, H. DALMAS [209], 23.
Œsophagite de reflux, AYLWIN [79], 3.
Œsophagogastrique [Chirurgie] (Anesthésie), SALVINI [107], 4.
Œsophagoplastie avec côlon droit, DEPAULIS [208], 5.
Œstogènes en gynécologie, E. E. FECHT [131], 1.
— et cancer prostatique, FERGUSSON [12], 2.
— (Métabolisme), WENNER [212], 9.
— (Voie rectale), SAMBUELLI [63], 4.
— Androgènes (Cycles d' —) dans les troubles de la castration et de la ménopause, CLAVERO NUNEZ [142], 2.
Œstrogénisation abusive, BOURG [212], 10.
Oligurie post-traumatique, FLEISHMAN [204], 4.
Ombilic (Fistule) par persistance du canal omphalo-mésentérique, M. SALMON [209], 4.
Opération de Baldwin-Mori, FERRAND [210], 38.
Opération de Blalock et de Potts (Comparaison), NICOLOSI [161], 4.
— de Brock, TRICERRI [190], 18.
— césarienne après ligature des trompes LEROUX [212], 38.
— de Cone (Complication), FEREY [214], 3
— de Doléris (Occlusion consécutive), DIGONNET [212 A], 6.
— de Gallie, LEE [30], 27.
— de Hébraud, Ch. RENON [209], 32.
— de Hryntschak, J. FORET [60], 2.
— d'interposition, BRADY [59], 7.
— de Lambrinudi, PETIT [206], 4.
— de Matti, SEYFARTH [8], 5.
— Moszkowiez, ZACHARIAE [167], 5.
— de Noble, VAN WIEN [10], 2; LAGROT [210], 9.
— d'Ogniero, RUTKOWSKI [163], 14.
— périnéale triple pour prolapsus, MAGENDIE [5], 35.
— de Sauvé-Kapendji, VERGOZ [210], 35.
— d'André Toupet, CARPENTIER [208], 3.
— de Wilson Hey, AIKEN [62], 3.
Opérations chirurgicales (Insuffisance circulatoire aiguë), DARK [190], 9.
— — (Scopolamine contre la douleur), KÖHLER [8], 7.
Or radio-actif dans le cancer avancé de la prostate et de la vessie (24 cas), E. BURNS [185], 5.
— — intra cavitaire, ANDREWS [27], 11.
Oreille moyenne (Tumeur), BLOCH [65], 1.
Organothérapie en gynécologie, E. E. FECHT [131], 1.
Orifices du diaphragme, GRUBER [9], 12.
Orteils (Gros) (Corthrose goutteuse), WALLET [5], 53.
Orthopédie pour épaule paralytique, MASTROMARINO [43], 7.
— (Contribution de Putti à la thérapeutique par —), PRAMPERO [48], 3.
— (Techniques), R. MASSART [206], 5.
— (Thérapeutique à base d'apalgine en —), FENERSTACKE [128], 9.
— (Résultats des ultra-sons), CORRADI [45], 4.
Os (Angiomatose), LIARAS [210], 19.
— (Biochimie) après section nerveuse, FONTAINE [214], 7.
— (Cancer secondaire), DE SÈZE [215], 3.
— (Echinococcose), KEPETZIS [42], 2.
— (Fractures et pseudarthroses), GAROFALIDES [42], 1.
— (Gigantisme), BRANICKI [163], 10.
— (Maladie de Hodgkin), ZARA [215], 1.
— (— de Paget), LASSERRE [208], 10.
— (Néoformation par induction) ; physiologie locale, F. C. MC LEAN [26], 32.
— (Neurinome parostal ossifiant), LIÈVRE [108], 10.
— (Pertes de substance) ; transplantation de muqueuse vésicale, MEINS [9], 11.
— (Tuberculose) ; hydrazide de l'acide isonicotinique, HADZIGEORGES [42], 3.
— — ; streptomycine-TB1, WEBER [205], 6.
— (Tumeurs) ; conceptions de Putti, S. COLOMBANI [48], 1.
— (Vascularisation), SCHOLDER [34], 11.
— Articulations [Parties molles] (Blessures) ; traitement consécutif et après les inflammations, WYMOR [128], 1.
— frontal (Hyperostose interne), V. GÖKSEL [174], 4.
— homogènes réfrigérés (Utilisation), HALFMAN [30], 32.
— occipital (Chondrosarcome), KRANTZ [104], 15.
— semi-lunaire (Maladie), DESENFANS [10], 3.
Ossification d'un céphalhématome, CRISPOLTI [54], 1.
— sous-chondrale, SASSEN [98], 1.
— hétérotopique (Comportement des ipides dans l' —) ; importance des facteurs lipotropiques, G. CATALANO [17], 3.

Ostéite fibreuse, LOMBARD [34], 2.
— purbienne expérimentale (Essai infructueux chez le chien), BENEVENTI [64], 9.
— post-traumatique, SIMON [207], 6.
— typhique, JACKSON [41], 4.
Ostéoarthrite coxale, BRAILSFORD [5], 46.
— tuberculeuse coxale (Streptomycine), LOMBARD [210], 7.
Ostéo-articulaire [Tuberculose], ADERALDO CHAVES [32], 5.
— — (INH), SORREL [88], 4.
Ostéochondrite, MORGAN [103], 4; GUÉRIN [208], 14.
— coxale, PANCINO [43], 3.
— disséquante, CARNEVALE [190], 7.
Ostéochondrome, MOREAU [109], 3.
Ostéodystrophie post-traumatique de Sudeck, TH. F. ROSE [203], 1.
Ostéolyse thoracique, LIÈVRE [215], 6.
Ostéome ostéoïde, LÖFGREN [23], 7.
Ostéomyélite aiguë (Pathogénie et traitement); variations, NAEGELI [129], 14.
— — (Pénicilline), WASKÖNIG [129], 3.
— chronique (Curettage et greffe), BICKEL [29], 2.
— diaphysaire, ROCHER [208], 4.
— typhique, GAUVREAU [179], 5.
Ostéopathies infectieuses ostéolysantes, SÉRAFINO [4], 4.
— — — (Interventions sympathiques), SERAPHINO [209], 1; SALMON [209], 3.
Ostéoporose (Étude expérimentale des manifestations radiologiques), C. FUSI [102], 4.
Ostéosarcome périostique simulé par ostéomyélite, ROCHER [208], 4.
Ostéosynthèse par cerclage temporaire, VIRENQUE [117], 2.
Otospongiose et traumatisme, DE REYNIER [65], 3.
Ovaire (Agénésie), SKJELBRED [41], 2; CUTLER [51], 3.
— (Cancer) avec cancer colique, JOYEUX [108], 13.
— (Cystadénome); ablation, GORDON JOHNSON [59], 15.
— (Douleurs); chirurgie, TCHÉKOFF [206], 7.
— (Endométriome tuberculeux), VALENSI [212 A], 23.
— (Fibrome), S. L. SALA [191], 3; JOYEUX [212], 26.
— (Goitre), FOLKE HOLTZ [211], 1.
— (Irradiation); altérations histochimiques consécutives, A. G. FORAKER [97], 4.
— (Kyste); guérison médicale, GOINARD [210], 17.
— (— hémorragique), MORICARD [212 A], 5.
— (Tumeurs); clinique, ECKERT [53], 2.
— — ; diagnostic, MICHEL [212], 39.
— — ; occlusion intestinale, AIMES [212], 22.
— (— à cellules granuleuses), BACH [59], 26.
— (— à fonction endocrine), DE VERNEJOUL [212], 17.
— (— métanéphrogènes), FRUHLING [212], 41.
— (— thécale), THIERRY [212], 4.
— restant, WEILL [212], 42.
— — (Évolution), KERYELL [212], 5.

P

Paludisme, CROSNIER [215], 2.
Pancréas aberrant, BOUCHERON [213], 3.
— annulaire, MAC PHEE [12], 21; TH. C. MOORE [31], 19; MONSAINGEON [67], 2.
— (Exploration), SARLES [213], 21.
— (Fistule); guérison spontanée, MELCHIOR [9], 13.
— (Lymphosarcome), DOMINGUEZ NAVARRO [11], 4.
— (Maladie); diagnostic, SPIRO [71], 6.
— (Nécrose aiguë), HERNANDEZ MEYER [143], 1.
— pathologique (Radiologie) par stratigraphie et insufflation, MACARINI [100], 12.
Pancréas (Radiologie); stratigraphie et pneumopéritoine, BONOMINI [100], 1.
— (Steato-nécrose), POPPER [29], 6.
— (Tumeur kystique), H. DALMAS [209], 9.
— [Tête] (Tumeurs); pancréatico-duodénectomie, M. W. VAN VEEL [13], 4.
Pancréatico-duodénectomie (Hémorragie digestive consécutive), HOFFERT [27], 12.
— dans les tumeurs de la tête pancréatique et de l'ampoule de Vater, VAN VEEL [13], 4.
Pancréatite (Chirurgie), PROBSTEIN [5], 32.
— (Diagnostic du laboratoire), WOLLAEGER [29], 17.
— aiguë, DIAMANT-BERGER [206], 3.
— — (Diagnostic), TRITTO [156], 5; BOCKUS [188], 2.
— — (Drainage du Wirsung), LEGER [108], 11.
— — nécrosante avec syndrome du néphron après prostatectomie, J. L. WILKEY [30], 31.
Pancréatopathies aiguës, BAISTROCCHI [190], 12.
— — (Résultats), LONGO [72], 1.
Pansement à attelles de la main et des doigts, E. SEIFERT [128], 7.
— plastique chirurgical, ORLOW [167], 2.
Papille de Vater (Calculs enclavés); extraction chirurgicale, A. LASALE [32], 3.
Papillites oddiennes, FIGARELLA [213], 22.
Papillome choroïdien (Extirpation), OBRADOR [139], 13.
— rénal, DELVOYE [210], 8.
Paraaminobenzoate de diéthylammonium (Sédatif pré-opératoire), MARILLO [158], 4.
Paraganglion carotidien (Tumeur) et syndrome de Cushing, E. MARTIN [90], 1.
Paralysie cubitale, CONTARGYRIS [34], 6.
— faciale périphérique, TAVERNIER [214], 23.
— vésicale (Rééducation), E. TRUC [118], 3.
Paraplégies (Neurochirurgie), FRYKHOLM [167], 8.
Paraplégiques (Fractures du col du fémur chez les —), SIMARRO-PUIG [139], 15.
— (Soins orthopédiques et urologiques aux —) SEVERIN [167], 9; GIERTZ [167], 10.
Parathyroïdisme [Hyper] primaire, BAPTISTA FRANCO [32], 4.
Parotidectomie totale, LUCIANI [199], 1.
Parotidite aiguë, CORBEIL [68], 2.
Parties molles (Sarcome); classification, GOES [9], 4.
— — ostéo-articulaires (Blessures et inflammations); traitement consécutif, WYMOR [128], 1.
PAS local et UV, dans les adénites tuberculeuses, LAUGIER [110], 2.
Patellectomie, LOMBARD [210], 43.
— (Indications), MARION [3], 5.
Paupières (Carcinome), ROSEBERG [104], 3.
— (Rétraction) par anévrysme artério-veineux du mésencéphale, ASKENASY [87], 3.
Peau (Épithélioma pigmenté), MUSSINI-MONTPELLIER [91], 3.
— (Gangrène), YEATES [33], 9.
— (Sensibilité) et siège de l'incision, UGLIETTI [55], 5.
— Pour arthroplastie, DE MARCHI [46], 3.
Pellets d'œstrogène (Implantation testiculaire), DARGET [5], 41.
Pendiomid pour hibernation, CAMPANINI [107], 3.
— (Hypotension contrôlée), BENKE [133], 3.
— dans l'œdème pulmonaire post-opératoire, J. VAN DE WALLE [106], 2.
Pénicilline (Son influence sur la coagulation), B. ROCCO [15], 3.
— (Réponse étrange à la —), T. A. MORENO LOPEZ [11], 3.
— chez les opérés, PETKOVIC [172], 1.
— procaïnée et mortalité de la péritonite, BARBIERI [31], 11.

Pénicillinothérapie de l'ostéomyélite, Waskönig [129], 3.
— des sinusites, Doyen [65], 4.
Pénis (Cancer), Reitmann [64], 33 ; Furlong [64], 34.
— -scrotum (Arrachement de la peau), Ewell [30], 17.
« Peptic ulcer », St Bak [22], 8. Cegielski [22], 9 ; Reid Edwards [27], 4 ; J. M. Ruffin [70], 2 ; K. B. Little [70], 3.
— — (Aspects chirurgicaux), F. F. Rundle [203], 9.
— — (Électrophorèse et cholestérol dans le —), Rafsky [70], 9.
— — (Traitement), St Goulston [203], 8.
— — perforé du diverticule de Meckel, Fradrin [70], 13.
Perfusion (Lymphangite), Dalmas [209], 14 ; Dalmas [209], 17.
Périarthrite calcaire, Gondos [103], 5.
Péricarde (Diverticule), Halonen [58], 3.
— (Plaie par éclat), Delom [126], 7.
— (Tumeurs secondaires), J. F. de Loach [183], 2.
— [Cavité] (Hernie diaphragmatique), Brookes [12], 22.
Période post-opératoire (Accidents veineux) ; anticoagulants, Tournay [74], 3.
— — (Antithrombine, Héparine associées en —), G. Oldano [17], 2.
— — (Atomie vésicale), Di Martino [55], 2.
— — (Le hoquet), Tchékoff [206], 8.
— — (Plastrinémie), Serra [159], 3.
— — (Sédatif) ; paraaminobenzoate de diéthylammonium, Marillo [158], 4.
Péritoine (Adhérences post-opératoires) ; prophylaxie, Cavallini [17], 5.
— (Anomalies) ; sténose duodénale, Berheim [37], 2.
— [Cavité] (Chimiothérapie) au Ladogal, Lechtenberg [9], 15.
Péritonite expérimentale (Mortalité) ; influence des antibiotiques-procaïne, Barbieri [31], 11.
Pertes de substance cardiaque, Lewis [31], 6.
— — crânienne, Cossa [83], 1 ; Koszla [163], 19; Aubaniac [210], 21.
— — cutanée congénitale, Jarrousse [212], 37.
— — osseuse, Meins [9], 11.
*p*H des tissus articulaires dans l'énervation de la hanche, Costanzo [43], 5.
Pharynx (Corps étranger), Appaix [65], 5.
Phéochromocytome, Symington [149], 1 ; Goodall [149], 2 ; Landau [163], 15.
— (Amines hypertensives), Burn [147], 8.
— (Diagnostic et conduite pré- per- post-opératoire à tenir), Mc Dowell [30], 39.
— (Voie chirurgicale), Barnbrook [179], 1.
Phlébite (Chirurgie) ; bases physiques, Van Hove [10], 9.
— avec hypoprothrombinémie et hypo coagulabilité, Funck Brentano [212], 3.
— et ligature de la veine cave, Vandecasteale [209], 22.
— post-opératoire (Thérapeutique préventive), Goinard [210], 50.
— à répétition et hernie diaphragmatique, Pont [114], 2.
Phlébographie portale (Injection splénique), Leger [5], 30.
Phlébo thrombose post-opératoire (Fréquence et diagnostic précoce), G. Marcozzi [14], 2.
Phlegmon gastrique, Terajewicz [163], 9.
— rétro-œsophagien par corps étrangers perforé géant, Montandon [66], 2.
— — géant par corps étranger perforant, A. Montandon [169], 4.
Phosphatase alcaline tissulaire gastro-duodénale dans l'ulcération peptique, Fodden [70], 10.
— basique du sérum, Schmid [9], 10.
Photofluorographie, Wigh [104], 7.
Phrénicotrypsie, Cardis [93], 2.
Phréno-vagotomie, Grant Dailey [5], 27.
Phytobezoard, Young [12], 24.
— (Radio-opaque), Canlas [103], 6.
Pied-bot talus, Chiari [133], 6.
— (Gangrène focale bilatérale), Juszczynski [22], 13.
— (Pathologie), Lelièvre [111], 7.
Pied de mine (Conservation), Delom [126], 10.
Placenta pour ulcères variqueux, Fesani [158], 3.
Plaies abdominales par corne de taureau, M. G. Portela [11], 5.
— chirurgicales (Antibiotiques) : os et abus, Iselin [5], 10.
— — du cuir chevelu, Woringer [214], 27.
— du cœur, F. Levy [165], 1.
— de guerre péricardique, Delom [126], 7.
— vésicales par empalement, E. Truc [118], 1.
Plasma (Substituts du —), progrès accomplis, S. F. Seeley [26], 22.
Plasmocytome, Lemoine [65], 7.
Plastie au fascia des viscères creux, De Muth [29], 8.
— de la hanche au nylon, Charry [30], 1.
— mammaire, Harris [30], 13.
— reconstructive du ligament infrarotulien, F. R. Cole [30], 38.
Plastrinémie, Serra [159], 3.
Pleurésie purulente tuberculeuse (Traitement), Lallemand [116], 2.
Pleuro-pulmonaire [Chirurgie d'exérèse], Toussaint [93], 1.
Plèvre (Échinococcose hétérotopique), Ravera [82], 10.
— (Épanchements) dans les néoplasmes malins, Andrews [27], 11.
— — après adhérences plurales et streptomycine, Beatty [79], 4.
— Mésothéliome) ; chirurgie, Rossi [80], 3.
Plexalgie hypogastrique, Pellizzari [56], 1.
Plexus choroïde (Papillome), Obrador. [139], 13.
Pneumoencéphalographie (Remplissage ventriculaire et sous-dural), Castorina [86], 1.
Pneumo-médiastin, F. Arel [174], 5.
— artificiel, Bariety [77], 2.
Pneumonectomie pour chorioépithéliome, Guichard [114], 3.
— sans thoracoplastie, Dana [125], 7.
— gauche (Dissection intrapéricardique), Kirklin [81], 5.
Pneumopéritoine (Embolie gazeuse), Tahar [88], 3.
— dans le diagnostic des tumeurs du cardia et du paracardia, Meneghini [102], 2.
Pneumo-rétro-péritoine dans le diagnostic des affections viscérales de l'abdomen, Rautureau [209], 6.
Pneumothorax hydatique spontané, Ravera [82], 10.
— spontané contro-latéral post-opératoire, Grundy [179], 4.
Poignet (Pseudokystes), Scholder [34], 11.
— (Traumatismes), Vergoz [210], 35.
Poinçon de Rocher, Salmon [209], 15 ; Salmon [209], 16.
Poliomyélite aiguë et subaiguë (Traitement orthopédique avec extension précoce sous curare), V. H. Raisman [30], 7.
Polyarthrite ankylosante évolutive (Énervation sinu-carotidienne), X. Serafino [209], 29.
Polydyn pour tumeurs malignes, Jelinek [133], 5.
Polypes fibroïdes gastriques, Helwig [29], 15.
— géants de l'œsophage, A. Bertieri [21], 2.
Polypose colique familiale, Tumolo [180], 1.
— gastrique, Santy [207], 9.
— du grêle, Kitchin [147], 6.
— intestinale, Kaplan [147], 7.
— — généralisée, Andrew [70], 14.
Porencéphalie, Gautier [207], 5.

Porte-tubes pour néphrostomie, PALKEN [64], 19.
Potassium (Métabolisme) post-opératoire, ARONSTAM [27], 2.
— (Variations) dans l'acidose et alcalose expérimentales, KEATING [29], 11.
— sanguin chez le chien (Insuffisance), J. D. HARDY [28], 12.
Pouce (Rétraction chez l'enfant), VARRERA WHITE [50], 1.
Poumon (Abcès), ARMAND UGON [82], 7.
— (— carcinomateux), STRANG [79], 2.
— (— multiples embolico-métastatiques), CORBETTA [154], 5.
— (Agénésie), OYAMADA [50], 3.
— (— totale), SCARINCI [155], 1.
— (Artères anormales) ; origine aortique, NGUYEN HUU [126], 1.
— (Bronchiectasies) ; résection, DERRA [129], 13.
— (Cancer) ; origine, RAEBURN [79], 1.
— — ; fréquence et tabac, LEVENT [110], 1.
— — ; dépistage radiologique, GNISS [92], 2.
— (— bronchique), SCHWAIGER [6], 1.
— — — ; angiopneumographie et bronchoscopie, SCARINCI [155], 3.
— — — ; irradiation du hile après résection, SCHNEIDRZIK [81], 9.
— (— bronchogénique) ; ectomie, KIRKLIN [31], 5.
— (— métastatique), RUSSO [103], 1.
— (— opérable), CH. DE MUYLDER [10], 4.
— (— primitif à cellules alvéolaires), J. H. FISHER [97], 6.
— (Chorioépithéliome), et gynécomastie, GUICHARD [114], 3.
— (Circulation artérielle) (Cinédensigraphie), KOURILSKY [77], 1.
— (Complications post-opératoires) ; toilette de l'arbre bronchique, SITKOWSKI [22], 1.
— — — ; trachéotomie préventive, LEDEN [30], 14.
— (Échinococcose) par dissémination cardiaque, PURRIEL [82], 5.
— (Embolie au début), DAVIS [27], 8.
— (— récidivantes) ; ligature cave, TASOVAC [172], 10.
— (Exploration fonctionnelle), LIARAS [210], 24.
— (Fistule artérioveineuse), EERLAND [151], 2.
— — — ; infection, STEVENSON [146], 8.
— (Hamartome), BREA [82], 8.
— (Indications chirurgicales) ; numération des éosinophiles, NYLANDER [58], 2.
— (Innervation segmentaire) ; étude expérimentale, LESCHKE [132], 1.
— (Kystes), GILBERT [181], 13.
— — ; traitement opératoire, B. MACHETA [22], 2.
— (— congénitaux), DE JESUS ZERBINI [197], 1.
— (— cocciques), BIOCCA [80], 4 ; SAVONUZZI [80], 5.
— (— hydatiques), DAVIDOVIC [172], 4.
— — — ; plans de clivage, DUBAU [205], 1.
— (Maladie kystique) ; lobectomie, MC EACHERN [181], 10.
— (Malformations) ; possibilités chirurgicales, H. BRUCK [134], 7.
— (Métastases d'un chordome), MAYNARD [33], 8.
— (Œdème), COURTICE [33], 3.
— — ; action de l'héparine, SOMMARIVA [17], 7.
— (— post-opératoire) ; emploi du pendiomide, J. VAN DE WALLE [106], 2.
— opéré (Radiologie), P. DI RIENZO [139], 10.
— (Ostéochondrome), MOREAU [109], 3.
— (Résection) ; 38 cas consécutifs, TEIXEIRA [32], 2.
— (— en position de supination), SANGER [31], 3.
— (Résultat fonctionnel éloigné), DUFOUR [5], 1.
Poumon (Sténose) ; opération transventriculaire avec blocage et hypotension contrôlée, G. HIENERT [134], 3.
— (— atrésie) ; étude anatomique et chirurgicale, TH. N. P. JOHNS [31], 21.
— (Tuberculomes et foyers ronds), SANTY [88], 1.
— (Tuberculose) ; carte des lésions bronchiques, LARGHERO [82], 1.
— — ; chirurgie, ROYER [125], 3.
— — ; traitement chirurgical nouveau, A. JOUS [138], 3.
— — ; résection, BREA [82], 3.
— — ; résection segmentaire, C. F. STORY [30], 3 ; DERRA [129], 1.
— — ; exérèse pulmonaire et ganglionnaire, DE ROUGEMONT [207], 10.
— — ; examen des pièces après résection, PURRIEL [82], 2.
— [Hile] (Irradiation après résection) dans le cancer bronchique, SCHNEIDRZIK [81], 9.
— [Lobe infér.] (Malformations kystiques), NGUYEN HUU [126], 1.
— (— supérieur] (Tuberculose) : constriction par suture, DE CAMP [81], 1.
Pression sanguine (Dynamique), ASCHIERI [160], 4.
— veineuse avant les grandes opérations, PIERCE [29], 9.
Priscol (Injections intra-artérielles), DROLLER [76], 1.
Procaïne intra-veineuse dans les affections chirurgicales, ST BAK [22], 7.
Procédé du cigare, MARION [207], 8.
Proctalgie fugace, A. ZANGL [134], 6.
Proctologie de base, H. CARRAPATOSO [192], 1.
Programme de Toledo (détection du cancer utérin), DIETHELM [5], 34.
Projectiles de guerre (Abcès hépatique), DELOM [126], 5.
Prostate (Adénomectomie) ; voies d'accès, E. TRUC [118], 2.
— (Affections) ; diagnostic nouveau, ABAD COLOMER [142], 7.
— (Cancer), HIGBEE [186], 1.
— — ; biopsie, HUDSON [31], 35.
— — ; œstrogènes, DARGET [5], 41 ; FERGUSSON [12], 2 ; SAMBUELLI [63], 4.
— (— avancé) ; or radio-actif, E. BURNS [185], 5.
— (Carcinomes latents) ; diagnostic différentiel microscopique, R. S. TOTTEN [97], 2.
— (— rares), G. J. THOMPSON [64], 12.
— (Chirurgie), DAVIS [64], 31.
— (Hypertrophie) ; radiumthérapie, DARGET [5], 38.
— (Résection transurétrale), E. H. RAY [64], 10.
— (Sarcome), DERIAN [64], 32.
— (Vascularisation), LEE [62], 9.
Prostatectomie et vascularisation de la prostate, LEE [62], 9.
— (Persistance de l'infection), CAINE [62], 2.
— [Cavité restante], BRODNY [30], 15.
— de Hryntschak (100 cas), J. FORET [60], 2.
— immédiate pour rétention, AIKEN [62], 3.
— de Térence Millin (Complications per- et post-opératoires), E. LATALA [22], 15.
— totale (Anastomose urétéro-vésicale modifiée), R. H. FLOCKS [64], 11.
— transurétrale suivie de pancréatite nécrosante avec syndrome du néphron intérieur, J. L. WILKEY [30], 31.
Prostatiques (Examen du liquide séminal), VENTURA [63], 2.
Prostatite granulomateuse, THOMPSON [64], 30.
Protéolyse (Troubles), BRAMSTEDT [129], 17.
Prothèse acrylique, MARTINEZ PAEZ [188], 3 ; PICAUD [205], 16 ; DELANNOY [205], 17 ; ROCHER [208], 17 ; SALMON [209], 13.
— — crânienne, DESCUNS [210], 5.

Prothèse acrylique de hanche, Bianchi Maiocchi [45], 2.
— — et problèmes de l'arthroplastie de hanche, Rieunau [117], 4.
— fémorale, Thomson [29], 7.
— à l'hésacryl immédiate pour ablation d'un angiome du crâne, Pouyanne [214], 19.
— de Marino Zuco, Costanzo [43], 2.
— de plexiglass, Aubaniac [210], 21.
Pseudarthrose, Garofalides [42], 1 ; Picaud [205], 16 ; R. Massart [206], 6.
— (Enclouage), P. Moiroud [209], 26.
— (Greffes osseuses), Graff [9], 21.
— ancienne (Guérison médicale), Saliba [205], 15.
— congénitale, Guilleminet [34], 1.
— du scaphoïde carpien, Ch. Renon [209], 32.
Purpura rhumatoïde et invagination intestinale, Seror [210], 32.
Pylore (Altérations), par « peptic ulcer », Cegielski [22], 9.
— (Ligature expérimentale) et ulcères consécutifs chez le rat, Welbourn [70], 8.
— (Obstruction par diaphragme muqueux), N. N. Rota [97], 8.
— (Sténose par caustique) sans lésion œsophagienne, Genem [125], 1.
— (— hypertrophique), Morec [51], 4.
— (Tumeurs), Borchers [129], 11.
Pyopneumopéricarde, Bonan [125], 6.
Pyrosis de la femme enceinte, Hillemand [215], 4.

Q

Queue de cheval (Compression), Ferro [161], 1.
— — (— par hernie discale), Kuhlendahl [129], 5.

R

Rachianesthésie à la tétracaïne, Magendie [5], 2 et [5], 12.
Rachis (Affections douloureuses) ; élongation, manipulations, Rocher [208], 15.
— (Blastomycose ; actinomycose), Baylin [104], 9.
— (Échinococcose), Aubry [210], 34.
— cervical (Traumatismes fermés) ; 31 cas, R. Souquet [117], 7.
— dorsal (Fracture luxation), Chauvenet [5], 47.
— lombaire (Mouvements) ; radiologie, Tanz [104], 10.
Radiculites lombaires, Chavany [111], 2.
Radio-diagnostic des calculs du rein et de l'uretère, Ilkka Arvola [58], 7.
— de la grossesse tubaire, Gautier [211], 2.
— précoce des luxations et sub-luxations de la hanche, R. Gay [117], 6.
Radiographie sans préparation des tumeurs du rein, Gros [207], 1.
— mammaire, Gros [5], 18.
— de la tuberculose tubaire, Valensi [212 A], 24.
Radio-isotopes en chirurgie, Pochin [148], 2.
Radiologie du poumon opéré, S. Di Rienzo [139], 10.
— des tumeurs mammaires, Dargent [207], 2.
— tubaire, Dubuis [212 A], 1.
— expérimental de l'ostéoporose, C. Fusi [102], 4.
Radiomanométrie dans les papillites, Figarella [213], 22.
— biliaire, Sarles [213], 21.
— — dans les ictères, Aron [123], 2.
Radiorésistance acquise, Montgomery [103], 12.
Radiothérapie d'un cancer sous glottique avec adénopathies (Guérison), P. Marques [89], 8.
Radiothérapie du cancer du col, Percival [59], 5.
— de l'épithélioma du col utérin (Statistique [1919-1945] à la Fondation Curie, J. Baud [89], 4.
Radiumthérapie (Sarcome sur cicatrice de la langue quinze ans après), P. Gibert [89], 9.
— d'un carcinome (1er cas en Yougoslavie), Simic [172], 7.
— de l'hypertrophie prostatique, Darget [5], 38.
Radius [Tête] (Fracture), Cherry [162], 3.
— [— et col] (Traumatisme épiphysaire), Gaston [26], 4.
Raideurs cicatricielles, Lasserre [203], 12.
Rate (Échinococcose primitive) ; splénectomie, Ruggeri [21], 4.
— (Ectopie pelvienne), Lagrot [210], 52.
— (Injection intramésenchymateuse transpariétale), Leger [5], 30.
— (Kyste hydatique rompu dans l'angle colique gauche) ; splénectomie ; colectomie, L. Sirot [210], 54.
— palustre (Rupture spontanée), Crosnier [215], 2.
— [Pulpe] (Image giganto-folliculaire), Crosnier [215], 2.
Rayons X à 24 millions de volts, Layne [146], 4.
Réaction de Hotchkiss-Manus, Sirtori [95], 1.
— de Weltmann, Weiss [163], 1.
Réanimation, Decker [171], 2.
— (Principes de —), Lassner [105], 2.
— per-opératoire, Gosset [113], 2.
Recto-colite hémorrhagique, Terrasse [213], 7.
Recto-sigmoïde (Angiomatose) ; résection, Mousseau [5], 31.
— (Cancer) ; anastomose colo-rectale, Ganem [125], 5.
Rectum (Cancer) ; pronostic et localisation, Stearns [29], 16.
— — ; chirurgie, Decker [24], 1.
— — ; résection restauratrice, Nauton Morgan [139], 4.
— — ; voie abdominale, Cahen [5], 24.
— (Chirurgie) ; transplantation de l'uretère en —, T. E. Wilson [203], 12.
— (Endométriome), d'Alo [95], 5.
— (Extirpation abdomino-sacrée), Ungehener [9], 7.
— (Imperforation congénitale), Douglas Stephens [33], 1.
— (Prolapsus) chez le jeune enfant, Pouletty [35], 3.
— (Résection) ; procédé de Toupet, Carpentier [208], 3.
— (— abdomino-périnéale) à 2 équipes, Neal Jr. [27], 3.
— (Tumeurs) ; chirurgie, J. Pi-Figueras [11], 1.
Réflexe de vaso-dilatation dans la périarthrose huméro-scapulaire et le syndrome épaule-main, E. F. Mogensen [166], 1.
Reflux duodéno-hépatique (Mise en évidence par repas baryté), C. E. Lampe [101], 5.
Rein (Adénome), Shelley [64], 22.
— (Aplasie) ; néphrectomie, J. Cibert [60], 1.
— (Atrophie) ; néphrectomie, J. Cibert [60], 1.
— (Calculs), Hecker [98], 4.
— — ; radio-diagnostic, Ilkka Arvola [58], 7.
— (Cancer) ; classification histologique, Fruhling [60], 4.
— (Cholestéatome), Naumann [64], 20.
— (Contusion) ; 2 cas, J. A. Borras [142], 5.
— (Corps étrangers), Osmond [103], 8.
— (Ectopie), Kostic [172], 5.
— — et infarctus, T. de la Maza [64], 3.
— (— croisée) ; fixation par voie extra-péritonéale, G. Diaz F. [30], 12.
— (Épreuve de Clearance au thiosulfate), Crosetti [24], 4.

Rein (Exclusion ancienne) ; néphrectomie, Auvray [61], 4.
— (Fibrosarcome), Ruff [64], 21.
— (Fistule colique), Briggs [64], 23.
— « de Goldblatt », Lehmann [30], 10.
(Homotransplantation), Dempster [9], 8.
— (Hypoplasie), Cerasani [100], 3.
— (Infarctus) et ectopie, T. de la Maza [64], 3.
— (Kyste hydatique), Davidovic [172], 11.
— (— séreux), Angel de Rosa [190], 20.
— (Lésions multiples) [Cancer, tuberculose et lithiase d'un seul côté], J. L. de la Mano Marcos [11], 7.
— (Lithiase géante) ; néphrectomie transthoracique, de la Pena [11], 8.
— (Maladie kystique), Dermot O'Flynn [62], 5.
— (Papillome), Delvoye [210], 8.
— polykystique, Castellani [100], 2.
— (Traumatismes), Suermondt [13], 6.
— (— fermés), Zivanovic [172], 12.
— (Tuberculose) ; néphrectomie, Surraco [60], 3.
— — ; résection partielle, Semb [168], 1.
— (— casécuse massive), Paul [62], 4.
— (Tumeurs) ; évolution, Wesolowski [163], 16.
— — ; métastase, Lombard [210], 42.
— — ; radiographie, Gros [207], 1.
— (— conjonctive bénigne), R. Devos [61], 1.
— [Loge] (Tératome kystique complexe), F. Bilger [60], 8.
— [Pédicule vasculo-urinaire] (Déchirure) dans une plaie par corne de taureau, M. G. Portela [11], 5.
Relaxine et excrétion du diodastre, Abramson [59], 25.
Repas baryté et reflux duodéno-hépatique, C. E. Lampe [101], 5.
Résectoscope modifié, Gibson [64], 37.
— nouveau, Hutchins [64], 18.
Rétention d'urine (Prostatectomie), Aiken [62], 3.
Réticulosarcome, Spampino [96], 2.
— de l'aisselle chez une enfant, Salmon [209], 27.
— lymphoganglionnaire, Lischi [99], 3.
Rétracteur cérébral nouveau pour lésions intra-crâniennes profondes, Cloward [30], 34.
Rétrécissement œsophagien cicatriciel par caustiques (Comment l'éviter ?), J. H. Resano [198], 6.
Rétropneumopéritoine, Castellani [100], 2.
— avec stratigraphie, Morone [20], 1.
Rhinoliquorrhée post traumatique, Conforti [155], 2.
Rhinopharynx (Tumeurs), Celis Perez [199], 3.
Rhinoplastie correctrice (Greffes de cartilage en —), C. Ricca [17], 9.
Rotule (Fractures) ; résultats, Colombo [16], 4.
— — ; patellectomie, Marion [3], 5 ; Lombard [210], 43.
— (Luxation acquise) ; intégrité fonctionnelle, Delom [126], 3.
— (Ostéochondrite), Carnevale [190], 7.

S

Sacro-coccyx (Tératome), Carrillo [156], 9.
Sacrum (Basaliome), Madonia [96], 3.
Salpingite tuberculeuse bilatérale (Radiographie), Valensi [212 A], 24.
Sang (Donneurs de —), O. Lopes [164], 2.
— (Spoliation per-opératoire) en neurochirurgie, Wertheimer [214], 26.
— Liquides (Substitution) chez les traumatisés, J. P. North [26], 23.
— citraté (Transfusions massives) ; temps de saignement et de coagulation, Mayer [31], 10.
Sang menstruel (Diagnostic de la tuberculose génitale), Kraubig [211], 4.
Sarcome et lymphogranulomatose, (Relations) Hanicki [163], 17.
— gastrique, Skorneck [104], 14.
— de la langue, P. Gibert [89], 9.
— ostéogénique, Delannoy [205], 17.
— des parties molles, Goes [9], 4.
— rétropéritonéal, Gummer [12], 17.
— prostatique, Derian [64], 32.
— utérin, Rochat [212], 3.
Scalp (Greffe du cuir chevelu), Lagrot [210], 18.
— génital mâle, Jaroszewicz [163], 8.
Scaphoïde carpien (Pseudarthrose) ; taille-greffon et emporte pièce, Ch. Renon [209], 32.
— — — ; prothèse acrylique, Picaud [205], 16.
Schistosomiase (Forme aiguë), L. de Oliveira [72], 4.
Schizophrénie chronique (Lobotomie préfrontale), Struckett [87], 4.
Schwannome, Marchand [65], 6. Millar [65], 8.
— duodénal, Bourgeon [210], 16.
Sciatique (Traitement), Haggart [26], 15.
— vertébrale (Conception de Putti), Delitala [48], 2.
Scolioses graves (Évolution) ; arrêt opératoire, Armanet [207], 12.
Scophedal, Junghanns [6], 8.
Scopolamine contre la douleur en chirurgie, Köhler [8], 7.
— levogyre [Bromhydrate] dans les entorses, J. Meyer [121], 2.
Scrotum (Gangrène) chez les Africains de l'Ouest, Orishejolomi [62], 8.
Sédimentation globulaire (Vitesse) dans le cancer des os, de Sèze [215], 3.
Sein (Affections malignes), Uriburu [190], 1.
— (Amputation large), Redon [1], 1.
— (Cancer) ; facteurs de pronostic et biopsie, A. Scheel [101], 8.
— — et plexus lymphatique sous-aréolaire, Grant [31], 9.
— — ; métastase fémorale ; fracture, Simic [172], 6.
— — ; incision, Finochietto [190], 3.
— ; chirurgie élargie, Brenier [2], 2.
— (— bilatéral), Reese [12], 3.
— (— métastatique) ; survie chez la femme après testostérone, O. Hallberg [101], 4.
— (— des quadrants internes) ; résection de la chaîne ganglionnaire mammaire, Luccioni [209], 28.
— (Chirurgie et radiographie), Gros [5], 18.
— hypertrophique (Plastie), Harris [30], 13.
— (Lésions bénignes) ; potentiel dégénératif, J. Ducuing [89], 7.
— (— traumatiques chez l'homme), W. W. Greene [26], 30.
— (Tuberculose primitive), H. Ferrando [191], 7.
— (Tumeurs) ; radiologie, Dargent [207], 2.
Selle turcique (Chondromyxo-sarcome), Ferey [214], 4.
Septum interauriculaire (Lacunes) : chirurgie, Swan [181], 1 ; Gross [181], 2.
— supra throchléaire (Ostéochondrite), Morgan [103], 4.
Sérum (Phosphatoses basiques), Schmid [9], 10.
Shock (Progrès récents dans son étude), B. Eiseman [31], 20.
— (Action d'un ganglioplégique), Prete [107], 1.
— des brûlures, Kubacek [25], 2 ; Hajkowa [25], 3.
— traumatique (Étude expérimentale), Ch. L. Fox Jr [26], 18.
Sigmoïdites (Étiologie) Debernardi [18], 2.

Sinus carotidien (Énervation) dans une polyarthrite ankylosante, X. Serafino [209], 29.
— caverneux (Thrombophlébite), Lemariey [65], 2.
— coronaire (Cathétérisme) chez l'homme, Episcopo [157], 1.
— frontaux chez l'enfant, Jovanovic [172], 2.
— paranasaux (Évidement), Hernandez [65], 14.
Sinusite maxillaire (Ses rapports avec l'infection du maxillaire), W. E. Fleming [203], 3.
— — (Pénicilline), Doyen [65], 4.
Siphon carotidien (Artériographie), Fischgold [214], 5.
Sodium (Métabolisme post-opératoire), Aronstam [27], 2.
Sonde de Carlens pour l'anesthésie en chirurgie intra-thoracique, Léaras [210], 33.
— pour insufflation de matière plastique, Dalsace [212 A], 7.
— urinaire comme attelle interne post-opératoire, Senger [64], 5.
Spatule aspiratrice cannelée, Finochietto [191], 6.
Sphincter anal interne (Importance chirurgicale), Eisenhammer [204], 10.
Splénectomie (Indication médicale), Salmon [4], 2.
— pour échinococcose primitive, Ruggeri [21], 4.
— pour kyste hydatique rompu, Sirot [210], 54.
— dans la maladie de Cooley, Gatto [44], 1.
Splénoportographie transpariétale, Lebon [124], 2.
Spondylarthrite ankylosante antérieure, Dorbes [5], 49.
Spondylarthrose, Peltola [144], 3.
Spondylite chez la femme, Lloyd Tyson [94], 1.
— tuberculeuse, Kaplan [176], 1.
— typhique guérie par vaccin, greffe et chloromycétine, J. Gaudin [209], 3.
Spondylolisthésis (Indications chirurgicales), Lombard [34], 8.
Spondylose cervicale, Symonds [146], 1.
— rhizomélique, Pedro Nava [192], 4.
Squelette (Étude du —) dans les troubles de la croissance, J. Enould [138], 2.
— (Traumatismes) et complications vasculaires, Hampton Jr [26], 34.
— (Tumeurs malignes) ; résection A. J. Kingma [13], 8.
— chez l'enfant (Traumatismes non diagnostiques) ; radiologie, Silverman [104], 11.
Staphylocoques pathogènes (Résistance des — aux antibiotiques), M. Finland [183], 1.
Stellectomie dans l'ictus, Cancellotti [152], 3.
Stérilisation des bandages, Guldberg [167], 1.
Sternotomie médiane, Welti [205], 13.
« Stimuli additifs » (Leur signification en pathogénie et thérapeutique), Dammann [8], 6.
Stomatoplastie utérine, Theodorides [212], 2.
Streptodornase-streptokinase dans la prophylaxie des adhérences, Cavallini [17], 5.
Streptomycine (Cause d'épanchement pleural), Beatty [79], 4.
— chez les opérés, Petkovic [172], 1.
— et rimifon, Larralde [212 A], 15.
— -T. B. 1. ; dans la tuberculose osseuse, Weber [205], 6.
Streptomycinothérapie de la tuberculose en Finlande, Franzas [23], 11.
— de la tuberculose ostéoarticulaire, Lombard [210], 7.
— de la tuberculose du genou, Meunier [34], 9.
Struma ovarii, Folke Holtz [211], 1.
Sulfamides (Administration intra-péritonéale prolongée, C. Brunner [70], 3.
Surrénalectomie pour thromboangéite, Tingaud [5], 3.
— unilatérale expérimentale (Hypersurrénalisme avant et après —), B. Binda [17], 8.
— -Cortisone (Leur action sur la sécrétion acide et les ulcères du rat après ligatur du pylore), Welbourn [70], 8.
— avec sympathectomie pour hypertension Riser [5], 14.
Surrénalisme [Hyper] expérimental (Étude histologique des artères, B. Binda [17] 8.
Suture artérielle, Salasc [210], 44.
Sympathectomie (Elle augmente la circulation collatérale), Atlas [31], 30.
— avec surrénalectomie pour hypertension. Riser [5], 14.
— dorsolombaires pour hypertension, Darmaillacq [5], 8.
— lombaire pour syndrome douloureux. Cheynel [207], 7.
— — pour troubles vasculaires, Kirtley [31], 29.
— transpleurale, Kuthan [175], 1.
Sympathique (Interventions) ; leur place dans les ostéopathies ostéolysantes, Serafino [209], 1 ; Salmon [209], 3.
— (Thérapeutiques) pour ostéopathies infecticuses, Sérafino [4], 4.
— (Tumeurs), Spigolon [96], 1.
— [Ganglions] (Blocage per-opératoire), Wilflingseder [6], 3.
— ganglionnaire lombaire (Histologie) dans les artérites, Manfredi [19], 2.
— lombaire (Blocage) dans l'occlusion intestinale, Rotter [163], 18.
— — — ; hémorragie après anticoagulants, Pataro [75], 3.
— — (Infiltrations) pour thrombose hémorrhoïdaire, Thaly [213], 8.
Sympathogoniome, Spigolon [96], 1.
Sympathome intra-thoracique, E. Forster [121], 1.
Symphyse (Disjonctions), Ferrand [210], 6.
Syndrome des apophyses épineuses, Gardella [100], 6.
— cérébral de l'ictus (Stellectomie), Cancellotti [152], 3.
— cervical postérieur (Vertige) ; neurotomie, Maspetiol [65], 13.
— cicatriciel douloureux après appendicectomie, A. Guerra [17], 12.
— post-commotionnel frontal déficitaire, Gautier [207], 5.
— de Cushing (Adrénalectomie subtotale), W. Walters [28], 14.
— — dans un cas de tumeur du para-ganglion carotidien, E. Martin [90], 1.
— de Demons Meigs, Godlewski [212], 34.
— douloureux abdominal après appendicectomie, Reggianini [159], 4.
— — de l'hypochondre gauche (Sympathectomie), Cheynel [207], 7.
— de l'épaule douloureuse, J. V. Anastasio [139], 9.
— épaule-mains (Réflexe de vasodilatation), E. F. Mogebsen [166], 1.
— d'hyperhydratation cellulaire, Hamburger [170], 4.
— hyperpyrétique post-opératoire chez l'adulte, Sabbatini [15], 5.
— de Jaccod, Ando [161], 2.
— de Klippel-Trenaunay, Liaras [210], 19.
— de Marfan, Sassen [98], 1.
— de Meigs, Yin [201], 4.
— de Morgagni, V. Göksel [174], 4.
— du néphron inférieur, J. L. Wilkey [30], 31.
— d'occlusion du carrefour aortique, Cheynel [207], 7.
— d'œstrogénisation abusive, Bourg [212], 10.

Syndrome ptérygoïdien, SKJELBRED [41], 2.
— de surcharge ventriculaire gauche après fermeture chirurgicale du canal artériel, VILLAMIL [191], 2.
— de Volkmann (Résection diaphysaire), FONTAINE [34], 10.
Syndromes chirurgicaux (Aspects neurobiologiques), LABORIT [108], 8.
— spastiques gastro-intestinaux, PETRELLI [152], 2.
Synergies médicamenteuses amœbicides et abcès du foie, L. DEJOU [209], 8.
Synovectomie pour tuberculose, F. JORIO [43], 1.
Synoviale (Maladie familiale), DIDIER [35], 5.
Synovialomes (Pathologie), NEVES DA SILVA [164], 7.
— mâlin de la cheville, CONZETT [26], 16.
Syphilis, HARDY [27], 15.
— vésicale, BILGER [60], 7.
Système nerveux autonome (Désiquilibre) par « peptic ulcer », K. B. LITTLE [70], 3.
— réticulo-endothélial (Tumeurs), ZAGAMI [161], 3.

T

Table d'opération pour chirurgie expérimentale, E. W. HOAG [31], 4.
— de Klein et Woringer pour interventions sur la fosse postérieure en position assise (Modification), WORINGER [214], 28.
— à tête mobile, GOLIGHER [146], 3.
Taille-greffon-Emporte-pièce pour la cure de pseudarthrose du scaphoïde carpien, CH. RENON [209], 32.
Technique de Biesenberger, HARRIS [30], 13.
— de Lima, HERNANDEZ [65], 14.
— de Lindgren, CASTORINA [86], 1.
— de Longmire-Sandford, BONILLA-NAAR [190], 19.
— de Phemister, GRAFF [9], 21.
Télépaque pour cholécystographie, DUNNE [103], 2.
Température [Haute] (Lésions), BURIAN [25], 1.
Temps de saignement et de coagulation après transfusions massives, MAYER [31], 10.
Tendon du biceps (Rupture) à son insertion radiale, SANDAHL [23], 8.
— bicipital inférieur (Désinsertion), CHEVALLIER [205], 3.
Tendons de la main (Suture immédiate après rupture), LORTHIOIR [10], 6.
Ténorraphies secondaires, POSCH [26], 10.
Tératome crânien, LOMBARD [210], 1.
— épignate, DOHLMAN [149], 3.
— kystique complexe du rein, J. BILGER [60], 8.
— médiastinal, LIARRAS [210], 20.
— sacrococcygien, CARRILLO [156], 9.
— intra-thoracique à siège atypique, LIARAS [210], 31.
Testicule (Déficience familiale congénitale), A. R. SOHVAL [182], 1.
— (Ectopie) ; azoospermie, LOMBARD [210], 12.
— (Implantation de pellets d'œstrogène), DARGET [5], 41.
— (Torsion), GOWANS [30], 23.
— (— chez l'adulte) ; 3 cas, WEYENETH [60], 6.
Testosterone dans le cancer mammaire avec métastases (Survie), O. HALLBERG [101], 4.
Tétanos, BENZECRY [189], 2.
— (Prévention et traitement), DE LAVERGNE [113], 4.
— (Traitement), E. G. SAINT [203], 10 ; CHAVANNAZ [205], 22.
— chez l'enfant (Traitement moderne), J. DOIX BARRIOS [142], 43.
— du nouveau-né, SPIVEY [51], 2.
— post-traumatique (Issue fatale), W. SC. NETTROUR [26], 20.
Tétracaïne pour rachianesthésie, MAGENDIE [5], 2 ; MAGENDIE [5], 12.
Tétracétine en urologie, GIBERTI [63], 3.
Tétralogie de Fallot et abcès cérébelleux, GENESI [37], 5.
— — (Chirurgie), NICOLOSI [161], 4.
Théorie de Sampson, GARRONE [55], 4.
Thérapeutique nutritionnelle, BISKIND [71], 4.
Thoraco-phréno-laparotomie en chirurgie de l'abodmen, ALBANESE [190], 2.
Thoracoplastie en position de supination, SANGER [81], 3.
Thoracotomie modifiée, SILLS LLOYD [81], 6.
Thorax (Chirurgie) ; progrès anesthésique avec la sonde de Carlens, LIARAS [210], 33.
— (Écrasement) ; trachéotomie, ROLAND CARTER [190], 14.
— (Tumeurs primitives malignes), O. CABRAL MOTTA [193], 2.
— [Cavité] (Interventions) ; ganglioplégiques, PERUZZO [16], 2.
— — (Sympathome), E. FORSTER [121], 1.
— — (Tératomes) ; siège atypique, LIARAS [210], 31.
— [Paroi] (Abcès froids), F. JORIO [14], 5.
— — (Hémangiome musculaire), LARGHERO [82], 9.
— — (Ostéolyse), LIÈVRE [215], 6.
— — (Résorption spontanée), MIALARET [205] 18.
— — (Tuberculose), WU [201], 2.
— — (Tumeur maligne), LEDRU [114], 6.
Thrombine (Pouvoir hémostatique), ENRICO [158], 5.
Thrombo-angéite (Surrénalectomie), TINGAUD [5], 3.
Thrombodym (Anticoagulant), WILBRAND [129], 4.
Thrombo-embolie, DAVIS [27], 8.
— post-opératoire et plastrinémie, SERRA [159], 3.
— Thrombophlébite (Ligature cave), TASOVAC [172], 10.
— migrante (Cortisone), LUCHERINI [160], 1.
— récurrente (Dicoumarol prolongée), SWEDBERG [167], 6.
— des sinus, LEMARIEY [65], 2.
Thrombose (Suites éloignées), MAY [129], 10.
— — artérielle, FONTAINE [214], 6.
— — pulmonaire, KEATING [104], 4.
— — après greffes vertébrales (Mort subite), SALMON [209], 7.
— carotidienne, PAILLAS [109], 1.
— hémorrhoïdaire interne, THALY [213], 8.
— veineuse (Prophylaxie) ; vitamine E-calcium, PIANA [158], 6.
— — intra-crânienne, BARNETT [85], 1.
— — spontanée, MARTORELL [75], 2.
Thymus (Tumeurs), GANZ [6], 4.
Thyréopathie, GIBERTI [16], 3.
Thyroïdectomie pour hyperthyréose, GUIHINEUR [5], 16.
— expérimentale (Tumeurs par greffe intrasplénique chez le rat après —), LACOUR [89], 5.
— linguale (Technique améliorée), J. A. PIGGER [31], 18.
Thyroïdie [Hyper] après traumatisme crânien, décelée par iode radio-actif, STOLL [214], 22.
Thyroïdisme [Hyper] (Indications chirurgicales), M. GALLEGO TEJEDOR [191], 4.
Tibia (Absence congénitale), ROCHER [205], 11.
— (Pseudarthrose congénitale), GUILLEMINET [34], 1.
— [Plateau externe] (Fractures) ; quatre cas, VERGOZ [210], 29.
Tissu cellulaire sous-cutané (Liponécrose), VALENTINO [19], 3.
— spongieux (Transplantation) selon Matti, H. SEYFARTH [8], 5.

Trachéotomie en chirurgie, COLVIN [29], 13.
— dans l'écrasement thoracique, NOLAND CARTER [190], 14.
— (Prévention des complications pulmonaires), LEDEN [30], 14.
Tractus alimentaire (Duplications chez l'adulte), NOLAND [27], 6.
— digestif (Mélanosarcome), BANZET [205], 23.
— gastro-intestinal (Anastomose) ; électrochirurgie, CHAO [201], 5.
— — (Angiomes), SHEPHERD [12], 1.
— — (Hémorragie massive), HOFFERT [27], 12.
— — (Mobilité) ; action de la N-Allylnormorphine, BEAL [31], 8.
— — (Neuromes diverticulaires), OCHMANN [9], 16.
— — (Polypose) ; invagination, KAPLAN [147], 7.
— — (Syndromes spastiques), PETRELLI [152], 2.
— — supérieur (Hémorragie) ; gastrectomie, COOPER [181], 4.
Transfusion intra-artérielle (Gangrène), BLAKEMORE [181], 8.
— de sang (Notions d'expérience sur la —), A. DUMONT [106], 1.
— — (Physiologie), TZANCK [113], 1.
— — (Ses problèmes), FERNANDES [146], 6.
— — (Techniques), REVOL [113], 3.
— — (Troubles) ; diagnostic et traitement, KOSLOWSKI [129], 8.
— — dans les hémorragies, H. W. MAYO JR [28], 2.
— — intraaortique, HAXTON [146], 7.
Transplantation du tissu spongieux, SEYFARTH [8], 5.
Traumatisés (Substitution sanguine et liquidienne chez les —), J. P. NORTH [26], 23.
— crâniens (Électroencéphalographie), VERCELETTO [84], 3.
Traumatismes (Hypertension rénale), WILDBOLZ [7], 2.
— (Lésions accidentelles), KLEN [175], 2.
— (Avenir du traitement), METZ [26], 1.
— et rétraction de Dupuytren, MOORHEAD [26], 17.
— et tétanos mortel secondaire, W. SC. NETTROUR [26], 20.
— abdominaux, GOWANS [30], 23. NICOL [205], 9.
— cérébraux expérimentaux, G. M. HASS [87], 1.
— crâniens, GAUTIER [207], 5 ; LAZORTHES [214], 11.
— — (Délires), TOURAINE [108], 16.
— — (Électroencéphalogramme), MEYER-MICKELEIT [129], 18.
— — (Hyperthyroïdie consécutive), STOLL [214], 22.
— — (Otospongiose), DE REYNIER [65], 3.
— — (Rhinoliquorrhée), CONFORTI [155], 2.
— — (Suites post-opératoires), SKALL-JENSEN [167], 7.
— crânio-cérébraux, THIRY [83], 5.
— crânio-encéphaliques (Siège de la fracture), GURDJIAN [103], 3.
— de l'épaule, NOBILE [100], 13.
— fermés du rachis cervical (31 cas), R. SOUQUET [117], 7.
— — du rein, de la rate, du poumon, ZIVANOVIC [172], 12.
— graves du cou-de-pied, J. GAUDIN [209], 31.
— de la main, POSCH [26], 10.
— mammaires chez l'homme, W. W. GREEM [26], 30.
— médullaires (Troubles vésicaux), COSBIE ROSS [62], 6.
— du membre supérieur, CONTARGYRIS [34], 6.
— multiples (Évaluation de la priorité), F. GLENN [26], 35.
— des nerfs, NIGST [24], 3.
Traumatisme du radius, GASTON [26], 4.
— du rein, SUERMONDT [13], 6; J. A. BORRA [142], 5.
— du squelette (Séquelles) : lésions vasculaires, HAMPTON JR [26], 34.
— urinaires, ROWLANDS [62], 7.
— vertébraux cervicaux, SYMONDS [146], 1.
Traumatologie (Évolution depuis cent ans et perspectives d'avenir), L. BOHLER [143] 2.
— selon Putti, PALTRINIERI [48], 7.
— crânienne (Hibernation en —), G. LAZORTHES [214], 11.
— du genou, P. FICAT [117], 5.
Triade de Saint, DELANNOY [213], 13.
Triangle calcanéen (Hématomes kystiques), RAVELLI [9], 3.
Trichomonas vaginalis, COURTY [212], 11
Trochanter [Grand] (Tuberculose), MICHALATOS [42], 4.
Trompe de Fallope (Désobstruction), GOINARD [120], 39.
— — (Images radiologiques) ; diversité, DUBUIS [212 A], 1.
— — (Ligature) ; opération césarienne consécutive, LEROUX [212], 38.
— — (Tumeur primitive), HORST [212 A], 22.
Tronc brachio-céphalique (Anévrysme) ; greffe, OUDOT [108], 12.
Trous intervertébraux lombaires (Pathologie), WEPLER [9], 20.
Troubles circulatoires (Formes évolutives) dans l'artériosclérose des extrémités, R. SINGER [134], 5.
Tubage diodénal minuté, SARLES [213], 21.
Tube de polythène, ROUX [212], 24.
— de Souttar, DE VERNEJOUL [213], 16.
— digestif des gastrectomisés (Radiologie), GHIRELLI [100], 8.
Tuberculeux (Hémorragies) ; l'isonicotinidrazide, BIANCO [154], 9.
Tuberculomes et foyers ronds, SANTY [88], 1.
Tuberculose et gastrectomie, BAUMEL [213], 19.
— chirurgicale (Traitement par l'acide hydrazide isonicotinique, KOWALCZYC [22], 10.
— coxale épiphysaire (Streptomycine), LOMBARD [210], 7.
— de l'endomètre, FLORENTIN [212 A], 19.
— — (Streptomycine), LARRALDE [212 A], 15.
— ganglionnaire (P. A. S. local et U. V.), LAUGIER [110], 2.
— gastrique, DARMAILLACQ [208], 8.
— génitale de la femme, MARCEL [211], 5 ; GILLOUX [211], 9.
— — — (Diagnostic par le sang menstruel), KRAUBIG [211], 4.
— génito-urinaire, FRANZAS [23], 11.
— — chez l'homme, E. DE LA PENA [140], 3.
— du genou, F. JORIO [43], 1.
— mammaire primitive, H. FERRANDO [191], 7.
— musculaire, MASERA [17], 3.
— osseuse (Résultats de l'hydrazide de l'acide isonicotinique), HADZIGZORGES [42], 3.
— (Streptomycine -TB1), WEBER [205], 6.
— ostéo-articulaire (Aspects de la —), ADERALDO-CHAVES [32], 5.
— — (I. N. H.), SORREL [88], 4.
— — (Streptomycine), MEUNIER [34], 9.
— pulmonaire, C. F. STORY [30], 3.
— — (Caverne déplacée et bridée), CARDIS [93], 2.
— — (Chirurgie), ROYER [125], 3.
— — (Construction du lobe par suture, DE CAMP [81], 1.
— — (Exérèse pulmonaire et ganglionnaire), DE ROUGEMONT [207], 10.
— — (Lésions bronchiques), LARGHERO [82], 1.
— — (— (Lésions sur pièces opératoires), PURRIEL [82], 2.

Tuberculose pulmonaire (Résection), Brea [82], 3 ; Derra [129], 1.
— — (Traitement chirurgical nouveau), A. Jous [138], 3.
— rénale, Surraco [60], 3.
— — (Résection partielle), Semb [168], 1.
— — caséeuse massive, Paul [62], 4.
— salpingienne, Valensi [212 A], 24.
— synoviale post-traumatique, Frölich [92], 1.
— thoracique pariétale, Wu [201], 2.
— du grand trochanter, Michalatos [42], 4.
— utérine, Rochat [212 A], 2.
— utéro-annexielle (Hémorragies), Labry [212], 16.
— — et tumeur thécale, Thierry [212], 4.
— vertébrale, Kaplan [176], 1.
Tumeurs (Diagnostic bronchographique), Vietzen [6], 2.
— de l'acoustique, Tavernier [214], 23.
— de l'ampoule de vater, Van Veel [13], 4.
— argentaffines, Freiden [33], 11.
— axillaires, Salmon [209], 10.
— du cardia et du paracardia (Radio-diagnostic), Meneghini [102], 2.
— cardiaques secondaires, Carvalho de Almeida [164], 8; J. F. de Luach [183], 2.
— cérébrales, Giroire [84], 4 ; Delaitre [84], 5 ; Wood [104], 5.
— cervicales, Olivier [126], 6.
— conjonctives rénales bénignes, R. Devas [60], 11.
— intracrâniennes, Renfrew [85], 3.
— épipharyngées, Ando [161], 2.
— expérimentales par greffe intra-éphénique de thyroïde chez le rat thyroïdectomisé, Lacour [89], 5.
— du fémur (Amputation inter-ilio-abdominale), Ergüder [174], 3.
— gastriques, Cacifn [213], 6.
— hypophysaires, Fischgold [214], 5.
— kystiques pancréatiques, H. Dalmas [209], 9.
— du lobe temporal, J. Game [203], 11.
— malignes (Polydyn), Jelinek [133], 5.
— — de l'éthmoïde, Eggiman [102], 1..
— — des fosses nasales, P. Eggiman [102], 1.
— — du squelette, Kingma [13], 8.
— — thoraciques. Ledru [114], 6.
— mammaires, Dargent [207], 2.
— expérimentales, R. C. Ross [97], 7.
— maxillaires kystiques, Cornouec [68], 3.
— médiastinales, Wiechno [163], 6.
— mésentériques, Comar Guarner [142], 1, 4 et 9.
— métanéphrogènes, Fruhling [212], 41.
— œsophagiennes, Hillemand [215], 5.
— osseuses, S. Colombani [48], 1.
— ovariennes, Eckert [53], 2 ; Back [59], 26 ; de Vernejoul [212], 17 ; Aimes [212], 22.
— du pancréas, Van Veel [13], 4.
— du paraganglion carotidien, E. Martin [90], 1.
— péricardiques secondaires, J. F. de Loach [183], 2.
— pyloriques, Borchers [129], 11.
— rectales (Chirurgie), Pi Figueras [11], 1.
— rénales, Wesolowski [163], 16; Gros [207], 1.
— réticulo-endothéliales, Zagami [161], 3.
— rètropéritonéales, Brodny [5], 22 ; Sweetser [30], 24.
— — (Insufflation), J. Kucera [22], 14.
— rhinopharyngées, Celis Perez [199], 3.
— sudoripares, Adams [9], 8.
— sympathiques, Spigolon [96], 1.
— thécales, Thierry [212], 4.
— thoraciques primitives malignes, O. Cabral Motta [193], 2.
— thymiques, Ganz [6], 4.
— thyroïdiennes, Griva [154], 3.
— tubaires, Horst [212 A], 22.
— utérines, Roux [212], 28.
— vasculaires, Sommelet [122], 1.
Tumeurs du IVe ventricule, Obrador [139], 13.
— vésicales, Chome [111], 4.
— (Études des cellules à l'ultramicroscope, W. E. Coutts [60], 9.
— — malignes, M. K. O'Heeron [30], 2.

U

Ulcérations (Visibilité par peroxyde d'oxygène), P. Klami [101], 1.
Ulcération gastrique, Dupuy [213], 1.
— gastro-duodénale, Feldman [70], 1.
— peptique, Ogilvie [146], 5.
Ulcères cruraux, Asbeck [128], 8.
— duodénaux, Hightower Jr [70], 1.
— — (Complications), J. L. Yon [28], 17.
— — (Eosinophilie peri-ulcéreuse), de Franchés [156], 1.
— — (Gastrectomie) ; complications, Nicolono [15], 1. Kourias [108], 1.
— — (— différée), Papin [208], 6.
— — (Vagotomie), Lagrot [210], 10.
— — (— et gastro-entérostomie), Ch. C. Guy [30], 30.
— — avec pneumatisation biliaire, Bourgeon [210], 22.
— gastriques (Gastrectomie), Monges [213], 17.
— — haut situés (Gastrectomie), Duval [108], 7.
— — perforés, Lauwers [10], 5.
— gastro-duodénaux dans l'enfance et la jeunesse, Alease [27], 5.
— — opérés à Cieszyn, Mackowski [163], 7.
— — (Chirurgie), Piret [136], 1.
— — (Radiologie), Zujovic [172], 9.
— — (Hémorragies), Mc Elmoye [179], 2.
— — hémorragiques (Dosage de la masse sanguine), Grenet [5], 28.
— — perforés, Oszacki [22], 3. R. Jelinek [134], 8.
— — — (Traitement), Cottini [190], 4.
— — — et sutures (Suites éloignées), Cassina [20], 3.
— jéjunaux, Decoulx [213], 12.
— peptiques (Phosphatase alcaline tissulaire gastro-duodénale), Fodden [70], 10.
— — après gastrectomie, Sarasin [69], 7.
— phagédéniques (Greffes pédiculées), Marcotorchino [205], 19.
— variqueux (Placenta), Fesani [158], 3.
Ulcus duodénal (Complications), R. M. Dunn [203], 4.
— gastro-duodénal (Chirurgie), Branco Ribeiro [30], 40.
Ultrasons, Corradi [45], 4 ; [45], 5.
Uretère après hystérectomie radicale, Godfrey [33], 5.
— (Anastomose intestinale), Mathisen [29], 1 ; Sabadini [210], 23.
— (— sigmoïdienne) latéro-latérale, Letac [5], 43.
— (Blessure opératoire) ; tubage de polythène Roux [212], 24.
— (Calcul) ; radiodiagnostic, Ilkka Arvola [58], 7.
— (— géant fracturé), Burkland [64], 4.
— (Corps étrangers), Valenta [64], 25.
— (Greffe colique), pour exstrophie, Bocchetti [19], 4.
— [Méga-] (Anastomose), J. Cibert [60], 10.
— (Plaies chirurgicales), Darget [5], 40.
— (Plastie vésicale), Küss [205], 8.
— (Reconstruction intestinale), Davids [27], 13.
— (Réimplantation), St Clair [62], 1.
— (Remplacement par le grêle), Annis [62], 10.
— (Suture), Neveu [5], 44.
— (Transplantation) en chirurgie rectale, T. E. Wilson [203], 12.
— [Moignon d'—] après néphrectomie pour tuberculose, Surraco [60], 3.

Uretère double (Héminéphrectomie après abouchement dans le vagin, BAPTISTA FRANCO [32], 6.
— inférieure (Rétrécissement) ; anastomose, J. CIBERT [60], 10.
— pelvien (Calculs), LANGE [5], 42.
— rétro-cave (Hydronéphrose), MARCEL [35], 1.
— supérieur (Abouchement vaginal) dans un cas de bassinet et uretères doubles, BAPTISTA FRANCO [32], 6.
Urétéro-intestinale [Anastomose latéro-latérale], DARGET [5], 39.
Urétéro-pyélite kystique (Cas nouveau), R. DEVOS [61], 2.
Urétéro-sygmoïdostomie (Inconvénients), C. D. CREEVG [31], 18*.
Urétérostomie *in situ*, VOSE [64], 26.
Urétéro-vésicale [Anastomose], J. CIBERT [60], 10.
Urètre (Cancer), A. ANSELEM [139], 3.
— (Léiomyome), WILENIUS [145], 2.
— [Corps spongieux] ; rôle dans l'incontinence d'effort, BERKOW [59], 3.
— bulbeux (Rupture traumatique), ROWLANDS [62], 7.
— membraneux (Rupture), PELOT [5], 45.
Uro-lithiase expérimentale, HELSBY [64], 2.
Urologie (Abdomen aigu en —), B. BANIC [173], 1.
Urèthre et vessie (Relations) dans l'incontinence d'effort, HODGKINSON [59], 21.
Utérus (Affections malignes), HAHN [30], 22.
— bicorne (Col unique), LESTER [59], 9.
— (Cancer) ; détection précoce, DIETHELM [5], 34.
— (Chorioépithélioma), MOLINENGO [16], 5. SHUEH-PING TIEN [201], 3 ; DUBREUIL [212 A], 14.
— (Corps étrangers) après césarienne, LABRY [212], 15.
— double (Avortements), JONES JR [59], 1.
— (Endométriose) ; radiographie, BREMOND [212], 21.
— (— interne) ; 2 cas, B. LILIE-QUIST [101], 2.
— (Épithélioma wolffien métastatique), ROUX [212], 29.
— [Fibrome] ; développement rapide, SUZOR [212 A], 10.
— — torsion, GODLEWSKI [212], 34.
— (Hernie crurale), CARRILLO [156], 3.
— (Kyste), DETURMENY [212], 20.
— (Myomes) ; histologie après actinothérapie, VALLE [55], 3.
— (— adhérents pelviens), MOSELEY [5], 37.
— (Myosarcome), VU CONG HOE [126], 11.
— (Opération d'interposition), BRADY [59], 7.
— (Opérations radicales) ; conservation d'un vagin profond, FEGERL [133], 4.
— (Stomatoplastie) complétée par isthmotomie, THEODORIDES [212], 2.
— (Tumeurs multiples), ROUX [212], 28.
— [Col] (Cancer), HOWSON [104], 1.
— — — étude de 45 cas, DE ANDRADE [212], 1.
— — — stade pré-invasif, VARANGOT [212 A] 12.
— — — cytodiagnostic, GANDAR [212], 40.
— — — diagnostic ; cytologie et biopsie, DARO [59], 4.
— — — graduation histologique, GRAHAM [29], 12.
— — — et grossesse, VAN DER STRAETEN [137], 5.
— — — irradiation pré-opératoire, BUCHHOLZ [53], 1.
— — — radiothérapie, PERCIVAL [59], 5.
— — — radiochirurgie, CHALNOT [212 A], 18.
— — (— asymptomatique), VARANGOT [212], 7.
— — (— au début) ; *in situ*, ROUX [212], 30.
— — (— sténosant), ROUX [212], 27.
Utérus [Col] (Carcinome) ; pronostic macroscopique, U. BORELL [101], 3.
— — (Conisation), VARANGOT [212], 7.
— — (Épithélioma) ; stade 0, MORICARD [212], 8.
— — — radiothérapie à la Fondation Curie étude statistique [1919 à 1945], J. BAUR [89], 4.
— — (États pré-cancéreux) ; colpocytodiagnostic, GENTIL [57], 1.
— — (Érosions), BUNKA [53], 3.
— — (Tuberculose) ; diagnostic, ROCHAT [212 A], 2.
— (— restant] (Hémorragies) par œstrogènes, FABRE [211], 8.
— [Corne] (Rupture localisée), LATIERS [137], 3.
— [Corps] (Cancer), BONAFOS [91], 2 ; ROUCHY [212], 35.
— — — cystologie, GOMPEL [137], 2.
— — — et hyperplasie glandulaire, KELLER [212], 43.
— — (Carcinome) et grossesse ectopique, KINNUNEN [58], 4.
— [Fond] (Cancer) ; irradiation, hystérectomie immédiate, ADDINGTON [104], 12.
— — (Images lacunaires), JOYEUX [212], 31.
— [Moignon cervical] (Cancer) : chirurgie et irradiation, YOUNG [29], 4.
— gravide (Perforation) ; par projectiles, RAUTUREAU [212 A], 8.
— et annexes (Tuberculose), THIERRY [212], 4 ; LABRY [212], 16.
— et vagin (Prolapsus) ; 1066 cas, PHANEUF [78], 2.

V

Vaccinothérapie-Greffe-Chloromycétine dans la guérison d'une spondylite typhique, J. GANDIN [209], 30.
Vagin (Absence congénitale), SWYNGHEDAUW [212], 12.
— (Aplasie) ; menstruation, grossesse post-opératoires, BEILLY [59], 10.
— (Calcul urinaire), YOUNGBLOOD [64], 14.
— (Carcinome primitif), BIVENS [59], 6.
— (Épithélioma wolffien secondaire), ROUX [212], 29.
— (Réticulosarcome), SPAMPINATO [96], 2.
— artificiel, W. J. REICH [28], 1 ; FERRAND [210], 38.
— profond après opérations utérines radicales, FEGERL [133], 4.
Vaginite à trichomonas, COURTY [212], 11.
Vagotomie (Suture simple) pour ulcères gastro-duodénaux perforés, R. JELINEK [134], 8.
— pour ulcère duodénal, LAGROT [210], 10.
— — — (Cinq ans d'expérience), CH. C. GUY [30], 30.
— expérimentales (Effets morphologiques), ALVAREZ MORUJO [140], 2.
Vaisseaux (Anastomose) ; nouveau procédé, PELOT [5], 13.
— (Complications) dans les lésions traumatiques du squelette, L. G. HERRMANN [26], 33.
— (Greffes) et banques d'artères, HENROTIN [10], 10.
— (Rupture) par suite d'effort physique intensif, CH. C. GUY [26], 28.
— [Gros] (Ligature lente), BOEREMA [78], 4.
— périphériques (Troubles) ; sympathectomie KIRTLEY [31], 29.
— polaires (Hydronéphose par —), MAROGNA [15], 2.
— poplités (Rupture) par luxation, GOLDMAN [30], 21.
— lymphatiques (Étude), KUHNE [9], 6.
— — thoracique (Lésions chirurgicales) ; chylothorax, BRAILLON [88], 5.
Valvule tricuspide (Malformation d'Ebstein) ; faits pathologiques, J. E. EDWARDS [184], 1.

MASSON et Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS-VIe

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

L'OUVRAGE EST COMPLET ET LIVRABLE IMMÉDIATEMENT

10 volumes reliés, totalisant 10.320 pages,
avec 2.875 figures et 6 planches hors texte en couleurs.

Les tomes IX et X viennent de paraître.

Le tome X et dernier, véritable Pratique médico-sociale, réunit en un seul volume les différentes disciplines qui constituent la Médecine sociale, la Médecine du travail et la profession médicale.

Le caractère international qu'ont pris la Médecine sociale et la Médecine du travail donne à ce tome une audience qui déborde largement la frontière française.

EN 6 MOIS, UN ENSEMBLE COMPLET ET ABSOLUMENT « A JOUR » DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES A ÉTÉ MIS A LA DISPOSITION DU MÉDECIN. SA VALEUR RESTERA CONSTANTE GRACE A UNE MÉTHODE DE « MISE A JOUR » ÉTUDIÉE SPÉCIALEMENT

Prix de l'ouvrage complet (10 volumes reliés) . . . . . **68.000** fr.

Pour recevoir immédiatement LA PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, et la payer en 10 mensualités, demander les conditions à MASSON et Cie (Métropole et Algérie seulement).

Valvules mitrales (Insuffisance) ; inconvénients des écharpes transventriculaires autogènes, Th. C. Moore [31], 22.
— — (Rétrécissement) ; étude pré-opératoire, Faivre [122], 2.
— — — résultats chirurgicaux, Ivancic [109], 4.
— — (Sténose) ; chirurgie, d'Abreu [150], 1 ; Fatti [154], 2.
Valvulotomie pulmonaire, Therkelsen [23], 3 ; Sondergaard [23], 4 ; Tricerré [190], 18.
Varices (1 200 opérations), Maes [74], 1.
— (Opération de Moszkowicz), Zachariae [167], 5.
— œsophagiennes, Linton [31], 28.
— vésicales, Lenko [163], 13.
Varus du cou-de-pied, De Morus [34], 7.
Vascularisation osseuse, Scholder [34], 11.
Vaso-dilatation dans la péri-arthrose scapulo-humérale et le syndrome épaule-main, E. F. Mogensen [166], 1.
Veine cave (Ligature) pour phlébite, J. Vandecasteale [209], 22.
— — inférieure (Ligature) pour cardiopathies décompensées, W. Cloetens [10], 1.
— — — — pour thrombophlébite, Tasovac [172], 10.
— sous-clavière (Obstruction), Horwitz [181], 11.
— saphène (Varices), Maes [74], 1.
Veines (Accidents post-opératoires), Tournay [74], 3.
— (Lésions) et circulation artérielle collatérale, Morone [160], 5.
— (Thromboses spontanées), Martorell [75], 21.
Vento-circulatoires [Troubles] chez l'homme, Viallet [124], 3.
Ventricule cardiaque droit (Plaie) ; suture, Sirot [210], 11.
— — gauche (Diverticule congénital), Potts [31], 34.
Ventricules cérébraux (Angiome) ; hémorragie Amyot [177], 2.
— — (Remplissage par l'air), Castorina [86], 1.
— — [IV^e] (Tumeur) ; troubles prolongés après extirpation, Obrador [139], 13.
Vertèbre d'ivoire dans la tuberculose, Langenskiold [23], 5.
— cervicales [I^re] (Luxation antérieure), Alexander [50], 2.
— lombo-sacrées de transition, E. Hasner [101], 6.
Vertige guéri par neurotomie, Maspétiol [65], 13.
Vésico-vaginale [Fistule], Lefevre [61], 3.
Vésicule biliaire (Absence congénitale), Mouzas [146], 10.
— — (Courbes d'évacuation), Paschetta [213], 20.
— — double, Groenendijk [13], 1.
— — (Maladies) ; problèmes médicaux, Mc Glone [30], 5.
— — (Stase) ; pathologie ; radiologie, M. de Abreu Campanario [196], 1.
Vessie après traumatismes médullaires, Cosbie Ross [62], 6.
Vessie (Atonie) et mercurochrome, Di Martino [55], 2.
— (Cancer), Cock [64], 27.
— (— avancé) ; traitement par or radio-actif, E. Burns [185], 5.
— (Carcinome) ; étude clinique et anatomo pathologique, Hejtmancik [64], 7.
— (Exstrophie) ; greffe urétéro-colique, Bocchetti [19], 4.
— (Fistule vaginale), Bloom [64], 29.
— — — après hystérectomie, Mazzola [5] 36.
— (Gangrène), Mingers [61], 4.
— (Léiomysarcome), Peiris [12], 12.
— paralytique (Rééducation par irrigation périodique et ionisation, E. Truc [118], 3
— (Plaies par emplacement), E. Truc [118] 1.
— (Rupture intra-péritonéale) ; épreuve à la fluorescence, A. F. Cipolla [31], 13.
— (Syphilis), F. Bilger [60], 7.
— (Tumeurs) ; cytodiagnostic rapide, W. E. Coutts [60], 9.
— (— malignes), M. K. O'Heeron [30], 2.
— (— primitives), Chome [111], 4.
— (Veines variqueuses), Lenko [163], 13.
— [Col] (Obstruction), Collins [179], 3.
Viscères abdominaux (Affections) ; diagnostic par pneumo-rétro-péritoine, Rautureau [209], 6.
— creux (Pertes de substance) ; plastie au fascia, De Mutii [29], 8.
Vitamine E (Effets circulatoires), Dominguez [75], 1.
— — -Calcium Bios I (Prophylaxie de la thrombose), Piana [158], 6.
Voie artérielle (Reconstruction), Kautzky [129], 15.
— biliaire commune (Cancer ou calcul), Dixon [186], 2.
Voies aériennes et digestives supérieures (Cancer), Turgot [178], 1.
— biliaires (Chirurgie) ; exploration au bleu de méthylène, Bourgeon [210], 51.
— — (Exploration fonctionnelle) ; valeur comparée, Lamy [4], 1.
— — (Morphologie) dans les dyskinésies, Paschetta [213], 20.
— — (Pneumatisation), Bourgeon [210], 22.
— — (Radiographie et manométrie) ; statistique de 2 années, E. Joris [10], 8.
— — (Radiomanométrie), Sarles [213], 21.
— urinaires (Calculs) ; dissolution, J. L. de la Mano Marcos [139], 11.
— — (— en « corne de cerf »), E. Hess [64], 1.
— — (Formation kystiques), Aschieri [63], 1.
— — (Infection) ; tétracétine, Giberti [63], 3.
Vomissements post-opératoires, Colombo [154], 8.
Vulve (Cancer), Salasc [91], 1.
— (Carcinome intra-épithélial), Gardiner [59], 19.

X

Xylocaïne (Anesthésique local nouveau), S. Wiedling [106], 3.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

MAI 1953

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 333.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. 69, n° 4, Avril 1953. — **R. Joyeux** et **A. Courty.** Le valvulus total de l'intestin grêle (1). — **J. J. Herbert.** Nouvelles techniques de fixations vertébrales (2). N° 5, Mai. — **E. Bourgeon** et **H. Pietri.** Les cholerragies consécutives aux interventions sur kystes hydatiques du foie (3). — **G. Seillé** et **R. Chevillotte.** Invagination partielle du cæcum (4). [1]

Lyon Chirurgical, t. 48, n° 3, Avril 1953. — **P. Santy, J. C. Sournia** et **J. Courjon.** Contrôle électroencéphalographique de l'anesthésie au cours d'interventions chirurgicales de longue durée (1). — **R. Leriche.** De l'abus des opérations nerveuses dirigées contre la douleur (2). — **M. Dargent** et **J. Lavigne.** Documents cliniques pour servir à l'étude du rôle de la secrétion thyroïdienne sur l'évolution du cancer (3). — **J. Foret** et **Ch. Maquinay.** L'abord transpleural de la loge rénale (4). — **P. Mallet-Guy** et **M. Gangolphe.** Le risque opératoire dans la lithiase cholédocienne II. Indications fournies pour le choix d'une technique (5). — **J. Creyssel** et **P. Barry.** Les récidives post-opératoires dans les kystes solitaires non parasitaires des os (6). — **Seffert.** Sur l'anesthésie en Angleterre (7). [2]

Lille Chirurgical, t. 8, n° 2, Mars-Avril 1953. — **Y. Salembier.** La duodénotomie en chirurgie biliaire (1). — **P. Gellé, A. Clay** et **E. Lefebvre.** Tumeur de la granulose (2). — **Mme Y. Godefroy-Vendevielle** et **L. Wemeau.** Térato-carcinome du testicule révélé par une volumineuse métastase pelvienne (3). — **P. Decoulx, Ch. d'Halluin** et **Loy.** Ostéotomie du col du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche (4). — **Cl. Lenglart.** Aspects de l'anesthésie et des soins pré et post-opératoires dans la chirurgie des cardiaques (5). — **Swynghedauw** et **Salembier.** Volumineux corps organique simulant un calcul vésiculaire (6). — **Swynghedauw, Legrand** et **Duthoit.** Fractures du bassin; enfoncement bilatéral du cotyle (7). — **Gautier** et **Soulier.** Séminome du testicule ectopique (8). — **P. Razemon, Delacroix, Gregoire** et **Laniez.** Dix pneumonectomies élargies pour cancer (9). — **Macquet, Wemeau, Lemaitre** et **Defrance.** Angiome caverneux du rein (10). — **P. Minet, Soulary** et **Hazebroucq.** Cysto-cervico-pexies (11). [3]

Bordeaux Chirurgical, Fasc. 1, Janvier 1953. — **H. L. Rocher.** De quatre cas de pseudarthrose congénitale de jambe opérée, guérie et radiographies (1). — **H. Dax.** Notre expérience sur la ligature de la veine cave inférieure dans la maladie thrombo-embolique, 5 observations (2). — **Dufour, Rigaud, Cabanié** et **Gouazé.** Étude anatomo-chirurgicale des pédicules pulmonaires en fonction des types morphologiques (3). — **Laumonier** et **Depaulis.** Du traitement chirurgical des métastases pulmonaires (4). — **Rivière** et **Chastrusse.** Diagnostic, pronostic et traitement de chorio-épithéliome de l'utérus (5). — **P. Lafargue.** Traitement du chorioépithéliome utérin (6). [4]

Marseille Chirurgical, an. 5, n° 1, Janvier-Février 1953. — **R. Michel Béchet.** Traitement du prolapsus après hystérectomie (1). — **J. Lachard.** Restauration de la muqueuse buccale (2). [5]

6 **Der Chirurg** (Berlin), an. 24, fasc. 4, Avril 1953. — **K. Weisbach.** Thérapie du genou ballant (1). — **F. Scheuer.** [illegible] de la question de la chondropathie de la rotule (2). — **W. E. J. Schnedrzik.** [illegible] après amygdalectomies dues aux cavités résiduelles; leur prévention (3). — **M. Wenzl.** [illegible] de gestion post-opératoire du poumon restant après lobectomie [illegible] (4). — **W. Weidenbach.** Le frigidaire A. T. E. dans la pratique quotidienne [illegible] (5). — **A. Schmitt et H. Mehr.** Aérosols à pencilline dans la prophylaxie [illegible] post-opératoires (6). — **E. Derra, H. Franke et H. Rink.** Technique et applications de la résection segmentaire dans la tuberculose (7). — **H. Hellner.** [illegible] (8). — **H. Griessmann.** Dissociation digitale [illegible] (9). — **B. Capaldi.** Avantages et technique de la voie [illegible] des vaisseaux utérins (10). — **Fr. Ziegler.** Contribution [illegible] (11). — **W. Bernaschek.** Comment remplacer le sphincter grâce à une prothèse d'éponge de caoutchouc dans [illegible] (12). — **K. Planke.** Diagnostic différentiel et thérapie des processus sténosants rectaux (Séquelles d'irradiations thérapeutiques) (13). — **H. Reth.** Sur le placement des fils après embrochage pour fracture [illegible] (14). — **H. Spangler.** Angiomyxomyome (Tumeur glomique) de l'estomac et autres tumeurs neurogéniques du tractus digestif (15).

Fasc. 5, Mai. — **B. Blumensaat.** Le problème des fractures longitudinales et sagittales [illegible] (16). — **H. Wojta et F. Hilgert.** Largeur de [illegible] (17). — **S. Wunderer.** Fracture bilatérale de [illegible] (18). — **J. Drewes.** Représentation [illegible] (19). — **S. J. Lœnnecken et C. Ressel.** Traitement [illegible] — **F. Koczy.** [illegible] (21). — **W. Panz.** Propositions pour [illegible] (22). — **H. Gelbke.** Opération plastique du nez de bouteur (23). — **E. Melchior.** Restauration de pertes de substance étendues du côlon sigmoïde (24). — **U. Ritter.** Indications, pronostic et suites défavorables dans le traitement des [illegible] (25). — **A. Karst.** Contribution au traitement opératoire de la luxation chronique de la tête radiale (26). — **J. da Silva Horta.** Sarcome du sein chez une femme, 3 ans et 2 mois après injection de thorotrast (27). — **R. Villinger.** [illegible] (28). — **H. G. Gleichmann.** La granulomatose du talc comme cause de la formation [illegible] (29). — **T. Perras.** Traitement de la péritonite diffuse par appendicite perforée (30).

7 **Monatschrift für Unfallheilkunde** (Berlin), an. 56, fasc. 4, Avril 1953. — **C. L. Paul Trüb.** [illegible] (1). — **G. Kuntscher.** [illegible] (2). — **F. Faulwetter.** La fracture par hyperextension [illegible] (3). — **W. Hollmann.** Rupture de l'aorte par nécrose idiopathique de la media comme liée au travail (4).

Fasc. 5, Mai. — **H. Bonnenkamp.** Un cas rare d'escroquerie des assurances par automutilation (5). — **H. Bader.** Blessures abdominales par contusion (6). — **J. Riess.** Résultats du traitement après ablation de la rotule (7).

8 **Zentralblatt für Chirurgie** (Leipzig), an. 78, n° 9, 1953. — **R. Simon-Weidner.** Atonie gastrique post-opératoire après résection (1). — **A. Schulte.** Traitement des vomissements post-opératoires [illegible] (2). — **C. Hammesfahr.** Invagination de l'anse afférente [illegible] (3). — **A. Kaufmann.** [illegible] (4). — **H. Klinger.** Iléus du gros intestin par calcul biliaire (5). — **W. Axhausen.** Traitement des [illegible] (6). — **R. Bachmann.** Expériences [illegible] (7). — **G. Glenk.** Traitement local des brûlures de 1er et de 2e degré avec le gel à Badional (8).

N° 10. — **B. Fiedler et H. Menke.** Contribution à la question du goitre malin (9). — **E. Hasche.** [illegible] (10). — **V. Struppler.** Traitement des fractures fermées de l'os malaire (11). — **O. Voss et K. W. Hartmann.** [illegible] (12). — **W. Kothe.** [illegible] (13). — **F. Meissner.** Expériences animales avec le perlon (14).

N° 11. — **K. E. Loose et J. Schröder.** Contribution au problème de la gynécomastie (15). — **E. Kracheel.** [illegible] (16). — **H. G. Fischer.** Atonie gastrique post-opératoire (17). — **G. Boll.** Contribution au problème de l'angor abdominal (18). — **R. Hintzen.** La cuprine dans le traitement de la diphtérie des plaies (19). — **L. Winter, T. Benedek et D. Bagdy.** Applications expérimentales et cliniques [illegible] (20).

N° 12-13. — **H. Heizer.** Sur un [illegible] (21). — **K. Kümmerle.** Sur l'[illegible] (22). — **H. Gruner.** Sur la [illegible] (23). — **H. Florcken.** [illegible] (24). — **G. Kneise.** Expériences et enseignements [illegible] (24). — **K. Schwädt.** Notre expérience [illegible] (25). — **E. Sieber.** Le traitement des pseudarthroses par [illegible] (26).

Fasc. 14. — **H. Clemens.** Amputation de la partie supérieure du corps au moyen d'une section [illegible] (27). — **H. Kohler.** Le dekacuran dans [illegible] (28). — **H. Lohman.** Anesthésie lombaire et prophylaxie des [illegible] (29). — **A. v. Lutzki.** [illegible] (30). — **W. Jong.** Essai d'homotransplantation [illegible] (31).

Fasc. 15. — **W. Beyer.** L'anesthésie caudale et son importance en chirurgie (32). — **H. Lissner.** [illegible] (33).

[8] **W. Krätzig.** Suture à la paroi abdominale d'un moignon duodénal mal fermé (34). — **J. Priesack.** Trouvailles accessoires dans l'appendicectomie (35). — **H. Montag.** Opération économe de sang par hypotension contrôlée (36). — **W. Strauss.** A propos de l'anesthésie péridurale (37). — **H. Przemeck.** Manière simple et ultra rapide de nouer les nœuds chirurgicaux (38).

Fasc. 16. — **K. Unger.** Troubles circulatoires dans les anévrysmes artério-veineux anciens (39). — **F. Pirner.** Le problème du cancer du moignon gastrique (40). — **A. Möhlenbruch.** Contribution au tableau clinique d'une affection mégalimitée à l'intestin grêle (41). — **D. Lázár.** Création et fermeture de l'anus contre nature temporaire (42). — **H. Sapia.** Clinique des fractures par arrachement de la tête du péroné (43). — **G. Bertele.** Contribution au traitement des cavités osseuses d'origine ostéomyélitique (44). — **O. Jungling** Sulfate de magnésie comme relaxant dans l'anesthésie moderne (45).

Fasc. 17. — **E. Weygand.** Avantages et inconvénients de l'enclouage de Kuntscher en pratique hospitalière générale (46). — **U. Clöckner.** Enclouage simplifié du col fémoral (47). **F. Lettow.** Cubitus mobile, radius mobile et « maladie du coupeur » du pouce (48). — **A. Schulz** et **G. Zehrer.** Endométriose à forme tumorale de la cuisse (49). — **G. Bertele.** Contribution à l'hémangiome articulaire du genou (50). — **H. J. Paulus.** Enseignements de 500 injections intra-artérielles (51).

[9] **Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie** (Munich), vol. 184, fasc. 1, 1952. — **W. Abel.** Principes du radio-diagnostic du petit cancer gastrique (1). — **S. Petkovic.** Le cancer primitif de l'uretère (2). — **Rotthauwe.** Sur la clinique et le traitement de la sclérodermie (3). — **A. Balthasar.** La fracture de l'olécrane et la patella cubiti au point de vue de l'histoire du développement de l'olécrane (4). — **W. Herzog.** L'histologie vasculaire de l'estomac et du duodénum dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum (5). — **J. Knorre.** Sur l'atrésie congénitale des voies biliaires (6). — **K. Aderhold.** Maladies vertébrales tardives typhiques et leur diagnostic différentiel (7). — **Zwicker.** Les réactions à plasmazelles sanguines dans la maladie du sérum (8). — **K. Hinrichs** et **F. Truss.** Dangers et défauts dans l'emploi de la chimiothérapie et des antibiotiques (9). — **A. Thies.** La surveillance de l'administration de la dicoumarine en cas de thrombo-embolie (10).

Fasc. 2. — **G. Schreckenbach.** Sur l'étiologie de l'appendicite (11). — **P. F. Matzen.** L'influence des actions mécaniques sur la formation du cal (11). — **H. Mehlhorn.** L'opération des hémorroïdes d'après Whitehead (12). — **H. Kühne.** Transplantation du tissu thyroïdien; réinnervation du transplant (13). — **O. Meinertz.** Sur un cas rare d'épidermoïde de la voute crânienne (19). — **A. Büttner** et **K. Rost.** Recherche sur l'action de l'albumine et du sang conservé dans l'intervention chirurgicale (20). — **H. Berger.** Le tableau morbide de l'hyperinsulinisme; kyste du pancréas avec hypoglycémie (21). — **H. Kopf.** Sur le traitement des fistules abdominales typiques et atypiques (22).

Fasc. 3. — **F. Zettler.** La statique du bassin osseux (23). — **H. Waskönig.** Étude et critique du cancer des fistules (24). — **A. Crone-Münzebrock.** Traitement et résultat des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'adulte (25). — **H. Probst** et **E. Wetzels.** Lacune du ligament large (26). — **C. Röper.** La tuberculose osseuse kystique (27). — **K. G. Eysholdt.** Expériences du thrombocid dans le traitement de la thrombo-embolie (28). — **K. Hinrichs** et **W. Marggref.** Altérations des albumines sanguines après les opérations (29). — **U. Graff.** Recherches animales sur la fonction des anastomoses récentes et de l'influence exercée sur elles par les médicaments (30). — **H. Berger** et **A. Ravelli.** Sur les localisations osseuses du tissu thyroïdien (31). — **E. Melchior.** Le traitement par l'émétine de l'infiltrat fébrile appendiculaire (32). — **H. Brückner.** Le complexe symptomatique périty phlitique dans l'ostéomyélite de l'aile iliaque (33). — **H. Kühne.** Le ramollissement artificiel de l'os vivant par le chlorure d'ammonium (34).

Fasc. 4. — **E. Schmid.** Voies nouvelles de la chirurgie plastique du nez (35). — **G. Mönch.** Mortalité après appendectomie (36). — **H. J. Wissfeld.** La narcose au magnésium (37). — **W. Marggraf** et **K. Hinrichs.** Recherches sur le comportement des diverses parties de la coagulation du sang avant et après les opérations (38). — **V. Jakovljevic.** Recherches sur la perte d'eau et les valeurs du sucre sanguin dans la maladie post-opératoire (39). — **P. Frank.** Sur l'entérokystome (40). — **J. Heymann.** L'état actuel du traitement des brûlures (41). — **B. Karitzky.** Erreurs de diagnostic dans la hernie diaphragmatique (42). — **H. Scheffel.** Sur la formation des pseudarthroses des os longs (43). — **R. Hasche-Klünder** et **G. Œhlert.** Les limites opératoires et chimiothérapiques de la tuberculose uro-génitale (44). — **L. Rathcke.** Sur la décortication des cavités restantes non spécifiques (45). — **P. C. Nicolay.** Expérience de l'enclouage de Kuntscher (46).

[9 A] Vol. 185, fasc. 1, 1952. — **W. Bittner.** Le traitement médicamenteux (Régitin et Dilatol) comparé au traitement chirurgical (Blocage et sympathectomie) dans les troubles circulatoires (1). — **W. Dick** et **Skopal.** Sur un réflexe vésiculaire dermato-viscéral (2). — **H. Spängler.** Les sténoses post-opératoires des voies biliaires (3). — **E. Wachs, Sieber** et **Bandmann.** La question de la régénération post-opératoire du sympathique et de la resympathectomie (4). — **H. Contzen.** Neurofibromatose du mésocôlon (5). — **H. J. Wissfeld.** Sur 200 narcoses brèves au chlorure d'isopropyl en petite chirurgie (6). — **B. Schmidt, J. Keudel** et **W. Weimershaus.** Sur la désinfection de l'air par irradiation ultra-violette dans les salles d'opérations (7). — **H. Herbig** et **H. Heizer.** Points de vue récents en transplantation des tissus (8).

Fasc. 2. — **E. Hasche.** Le diagnostic différentiel du cancer bronchique (9). — **G. Müller.** Sur la question des tumeurs thyroïdiennes métastasiantes (10). — **H. Knoblauch.** Recherches expérimentales et cliniques sur une compresse de gaze résorbable (11). — **H. O. Schubert.** Sur le traitement du furoncle septique, grave de la face (12). — **G. H. Marcus.** Sur les lésions musculaires typiques de l'épaule (13). — **W. Schuh.** Sur une variante maligne de la tumeur à cellules géantes des os (14). — **A. Vogl.** Trouble de croissance neurotrophique et formation d'arthrose (15). — **R. Kucher** et **K. Steinbereithner.** La question de l'anoxie cérébrale per et post-opératoire (16). — **F. K. Kempf.** Sur la carcinoïde de l'arbre bronchique et son traitement chirurgical (17). — **H. Biermeister.** Clinique et traitement du goitre géant (18). — **F. X. Bsteh.** Avantages et désavantages de l'aspiration gastro-duodénale à demeure en chirurgie (19).

Fasc. 3. — **L. Diethelm** et **P. Alnor.** Sur le problème de la perforation de l'ulcère et du danger de perforation (20). — **M. Tomoda.** La toxicose splénopathique comme type mor-

[9 A] bide individualisé (21). — **J. Volkmann.** Considérations sur les incidents de près 78 000 blocages de la chaîne sympathique (22). — **F. L. Duschl** et **J. A. Lämmle.** La p thèse plastique des voies biliaires (23). — **H. Eiermann.** Le comportement post-op toire de la circulation (24). — **K. Maier.** Observations de lésions traumatiques cérébr couvertes au point de vue du fond d'œil (25). — **J. Koncz.** La physiopathologie d maladie thrombo-embolique (26). — **K. Stucke.** Fautes et dangers du prélèvement transplant tibial (27). — **H. Pickl.** L'ostéomyélite à forme tumorale de l'os frontal (2

Fasc. 4. — **A. Balthasar.** Résultats du traitement conservateur ou opératoire de la fr ture de l'olécrâne (29). — **F. Thiele.** Sarcome à cellules rondes de la base du crâne, ven de l'épipharynx (30). — **R. Hunsperger.** L'invagination comme complication post-opé toire (31). — **H. J. Serfling** et **H. J. Reiss.** Sur la question de la résection pour exclus de Finsterer dans l'ulcère duodénal difficile à réséquer et sur la destinée du moignon p pylorique en expérimentation animale (32). — **E. Otto.** Sur l'angiographie et les résul du traitement chirurgical des occlusions vasculaires périphériques (membres et caro interne) (33). — **M. Zwicker.** Sur l'application de la cytologie en Chirurgie (34). **K. Köhn.** L'anatomie pathologique de l'embolie artérielle cérébrale (35).

[10] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles), n° 3, Mars 1953. — **E. Henrotin** et **R. Veroft.** Greff vasculaires et banque d'artères. Étude expérimentale (1). — **R. Sœur.** Les séquelles fractures du poignet (2). — **J. Cahen.** Syndrome de Leriche. Résection du carrefo aortique. Résultat après 2 ans 1/2 (3). — **P. Van der Linden.** Réflexions sur la pathogé et le traitement chirurgical des oblitérations du carrefour aortique (4). — **M. van Ghinst.** Contribution expérimentale à l'étude des méthodes de traitement chirurgical d oblitérations artérielles (5).

[*Rapports au Congrès annuel de l'Association Belge de Chirurgie*, 29 et 30 Mai 195

Suppl. I. — **A. Dumont** et **D. Honoré.** La résection pulmonaire dans le traitement ch rurgical de la tuberculose (6). — **Ch. de Muylder.** Le rôle du diagnostic cytologique chirurgie (7).

[11] **British Journal of Plastic Surgery** (Edinburg). — Vol. 6, n° 1, Avril 1953. — **Th. Gibson** **W. Brian Davis.** Sort des implants de cartilage bovin conservés dans l'organisme humain (1 — **A. L. Schofield.** Rapport préliminaire sur l'utilisation d'implants cartilagineux co servés homogènes (2). — **I. H. M. Curwen.** Physiothérapie des ulcérations de la jambe (3 — **F. Robinson.** Lymphangiome de la langue (4). — **D. R. Batchelor.** Contrôle des brû lures étendues (5). — **J. Penn** et **E. Epstein.** Complications consécutives à la manipulatio tardive d'une fracture par impact de l'os malaire (6).

[12] **Il Policlinico [Sezione Chirurgica]** (Rome), vol. 60, n° 2, Avril 1953. — **F. Baisi.** Considération étio-pathogéniques sur la pachyvaginalite hémorragique (1). — **G. Favacchio.** Considérations sur la thérapeutique des chondrites et des caries osseuses de la paroi thoracique (2) — **M. de Santis.** Les occlusions et la difficulté du transit gastro-duodéno-jéjunal après gastrectomie partielle (3). — **M. Ricciardi.** Fistules bilio-digestives spontanées et artificielles (4).

[13] **Giornale Italiano di Chirurgia** (Naples), vol. 9, n° 2, Février 1953. — **A. Dorigo.** Hernie diaphragmatique du foie (1). — **G. Carnera.** Kystes épithéliaux traumatiques de la main (2). — **A. Naso.** L'entérogastrone et l'urogastrone dans les ulcères gastriques expérimentaux à l'acide phényl-quinoléo-carbonique (3). — **A. Naso** et **M. Marchacci.** Action des sulfamides sur le coagulum sanguin (4). — **G. Brancadoro** et **R. Cudcolo.** Sur l'anesthésie dans la collapsothérapie chirurgicale de la tuberculose pulmonaire (5). — **C. Parenti.** Observation sur l'anesthésie par intubation trachéale (6).

[14] **Archivio Italiano di Chirurgia** (Bologne), vol. 76, fasc. 2, 1953. — **S. Giovannini.** Le diagnostic précoce de la thrombose veineuse des membres inférieurs et de l'embolie pulmonaire (1). — **M. Tipaldi** et **C. Simonetti.** Granulome éosinophile du crâne (2). — **A. Bononome** et **Pironti di Campagna.** Sur la dissolution des coagulations sanguines et des exsudats fibrino-purulents au moyen d'un complexe enzymatique extrait du pancréas (3). — **F. Natelhs.** Greffes de trachées liophyllisées (4). — **A. Testini, M. Fersini** et **F. Pollice.** L'oxymétrie du sang venu du rein à l'état normal et pathologique (5). — **D. Manfredi.** Progrès de la chirurgie des anévrysmes (6).

[15] **Annali Italiani di Chirurgia** (Bologne), vol. 30, n° 2, Février 1953. — **G. Marcozzi.** La pathologie de l'aorte et des iliaques à la lumière de l'image aortographique (1). — **M. Vittadini** et **M. Reggiani.** La gastroscopie dans les affections chirurgicales de l'estomac (2). — **A. Conti.** La protéinémie post-opératoire chez les malades traités par des substances à action semblable à celle de la vitamine P (3).

N° 3, Mars. — **N. del Bello-F. Borrelli.** Interprétation et valeur des phénomènes de type allergique dans la genèse de la nécrose pancréatique aiguë (4). — **S. Chiappa.** Considérations radiologiques sur la calcification para-condylienne interne (Maladie de Pellegrini) (5). — **N. de Santis.** Étude électro-cardiographique du traitement chirurgical de l'hypertension artérielle expérimentale (6).

[16] **Minerva Chirurgica** (Turin), an. 8, n° 5, 15 Mars 1953. — **A. Costantini, G. dei Poli, L. Caldarola, L. Pironti** et **C. Besse.** Le cœur-poumon artificiel (Documentation cinématographique) (1). — **J. L. Hansen** et **P. Maraschio.** La stabilisation du médiastin après résection pulmonaire (2). — **A. Ruffo** et **E. Lang.** Effets sur le poumon de l'occlusion temporaire de l'artère pulmonaire (Étude histologique) (3). — **C. Taddei** et **P. Mosetti.** Action du cytochrome C chez les animaux ayant subi une exsanguino-transfusion avec de la solution physiologique (4). — **C. Taddei** et **P. Mosetti.** Étude du comportement des animaux ayant subi l'exsanguino-transfusion avec une solution physiologique enrichie de cytochrome C (5). — **E. Chiarolanza.** Un cas rare de tumeur primitive du grand épiploon (6). — **G. Pelizzolo.** Ostéomyélite tuberculeuse de la phalange distale du pouce chez une personne s'occupant de la traite des vaches (7). — **L. Ferrarelli.** Un chirurgien du XVIII^e^ siècle : John Knyveton (8).

Chirurgia (Milan), vol. 7 [*XI^e Congrès de Neurologie*], 1952. — **C. Ambrosetto** et **M. Quarti.** Les méningiomes de la base du crâne (1). — **M. Quarti.** Chirurgie des méningiomes crâniens (2). — **C. L. Cazzullo, A. Guareschi** et **A. Beduschi.** Observations électro-encéphalographiques sur les méningiomes de la base du crâne (3). — **G. Vercelli.** Les méningiomes de la base à l'Institut Neurologique (4). — **A. Della Beffa.** Syndromes de souffrance des nerfs crâniens dans les méningiomes de la base (5). — **A. Sanguineti.** Les manifestations épileptiques dans les méningiomes de la base (6). — **A. Donati** et **R. Sigurta.** Les troubles psychiques chez les porteurs de méningiomes de la base du crâne (7). — **C. Colombo.** Évolution et durée des méningiomes de la base (8). — **E. Tartarini, L. Ghirardi** et **V. Davini.** Le tableau radiologique des méningiomes de la base (9). — **A. Rubino** et **C. Sapuppo.** Les constatations ophtalmologiques dans les méningiomes de la base (10). [17]

Bolletino e Memorie della Società Tosco-Umbra di Chirurgia (Florence), vol. 14, fasc. 1. — **M. Francini.** Vieille tactique opératoire dans un cas d'échinocoque double du même poumon (1). — **F. Ciuffini.** Utilité de la réfrigération dans le traitement des embolies artérielles périphériques (2). — **A. Bayon.** Deux cas de tétanos atypique (3). [18]

Polski Przeglad Chirurgiczny (Krekov), t. 25, n° 1, Avril 1953. — **W. Rzepecki.** Les antibiotiques dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (1). — **T. Drzewski.** Hémorragies post-opératoires dans l'espace extra-pleural (2). — **K. Oppeln-Bronikowski.** Anesthésie endotrachéale en chirurgie thoracique (3). — **J. Dryjski.** Réparation avec des plaques de vitallium des pertes de substance de la boîte crânienne (4). — **K. Michyda.** Opérations gastriques et duodénales pour ulcère peptique du jéjunum (5). [19]

Acta Chirurgica Scandinavica (Stockholm), fasc. 1-4, 20 Mai 1953. — **N. Backer-Gröndahl.** Auto-transfusion de sang (1). — **K. Bohmansson.** La péritonite par appendicite et son traitement (2). — **K. Bierring.** Lésions des canaux biliaires dans la cholé-cystectomie (3). — **N. Blixen Krone-Möller.** Gastro-entérostomie avec résection des nerfs vagues dans le traitement des ulcères duodénaux adhérents (4). — **H. H. Bohr.** Transposition tendineuse dans la paralysie d'opposition du pouce (5). — **P. Borde-Madsen.** Un cas de tumeur primitive du foie (Adéno-cholangiome), opéré (6). — **Th. Castberg** et **E. Thing.** Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius (7). — **L. Efskind.** Communications acquises non malignes entre le tractus digestif supérieur et les voies aériennes (8). — **J. Fojed.** Luxation habituelle du maxillaire inférieur, traitée par l'opération de Konjetzny (9). — **P. Fogh Andersen.** L'opération du lambeau pharyngien dans l'insuffisance vélo-pharyngienne (10). — **A. Gammelgaard** et **P. Morville.** Cystectomie segmentaire dans le traitement du carcinome vésical (11). — **J. C. Buemann** et **T. Cl. Gertz.** Risques de lésions hépatiques dans la cholangiographie. Étude clinique et expérimentale (12). — **T. Cl. Gertz, H. K. Kristensen** et **G. Thomsen.** La valeur du traitement du cardiospasme par dilatation et par l'opération (13). — **J. Hellström.** Autres observations concernant le pronostic et le diagnostic de l'hyper-parathyroïdisme (14). — **J. Holst.** Problèmes du traitement opératoire de l'hyper-insulinisme (15). — **E. Husfeldt, H. C. Engell** et **A. Pedersen.** Valvulotomie dans la sténose mitrale (16). — **E. Husted.** Lithiase salivaire (17). — **R. Ingebrigtsen.** Indications de la fusion transpéritonéale antérieure dans le traitement du spondylolisthesis (18). — **K. Lehmann.** Traumatismes accidentels des voies biliaires profondes dans la cholécystectomie (19). — **O. Noring** et **K. Erik Sjolin.** Résultats immédiats de la chirurgie dans le traitement du « peptic ulcer » chronique (20). — **G. Olsen.** Contribution au traitement des gros hémangiomes extensifs de la face (21). — **M. Osnes** et **R. K. Thorsen.** Tumeurs des cellules des îlots avec hyper-insulinisme (22). — **B. Paus.** Résultats de la sympathectomie lombaire dans les troubles vaso-moteurs de l'extrémité inférieure après poliomyélite (23). — **K. Bang Rasmussen.** L'ostéosynthèse selon Mc Langhlin dans les fractures trochantériennes (24). — **Ph. Sandblom, P. Petersen** et **A. Musen.** La détermination de la résistance à la tension de la plaie en voie de cicatrisation, en tant que test clinique (25). — **E. Schnohr.** Le brossage chirurgical rapide avec du savon contenant de l'hexachlorophène (G. 11) (26). — **J. Spotoft.** Kystes pancréatiques; un cas avec une symptomatologie particulière (27). — **F. Truelsen.** Une méthode à employer dans les hernies crurales récidivantes et difficiles (28). — **B. Viking.** Vagotomie double dans le traitement de l'ulcère gastro-jéjunal (29). — **P. Windfeld.** Traitement de la mobilité anormale de l'articulation tibio-tarsienne après distension sévère de la cheville avec arrachement de faisceau antérieur et moyen du ligament externe (30). — **G. C. Winkel Smith.** Sept cas d'anus non perforé, traités par « replacement » abdomino-péritonéal du rectum (31). — **H. Wulff.** Masques pour la chirurgie faciale (32). [20]

Helvetica Chirurgica Acta (Bale), vol. 20, fasc. 2, Avril 1953. — **Kessel.** Ostéome des cavités accessoires du nez (1). — **S. Petkovic.** La néphrectomie partielle dans le traitement de la tuberculose rénale (2). — **R. Kübler.** Un cas de neurofibromatose de Recklinghausen avec altérations osseuses du tibia (3). [21]

Rozhledy V Chirurgii (Prague), vol. 32, fasc. 3, 1953. — **K. Neuwirt.** Conséquences éloignées du transfert de l'uretère dans l'intestin (1). — **B. Frajka.** L'anamnèse dans la hernie discale (2). — **J. Bedrna, M. Kucera** et **J. Prochazka.** Le traitement chirurgical radical de l'ostium veineux gauche rétracté (3). — **R. Petr** et **M. Sercl.** Traitement chirurgical de l'anévrysme intra-crânien (4). — **J. Zucka.** Atrésie congénitale des canaux biliaires (5). — **A. Valentova.** Cancers des voies biliaires extra-hépatiques (6). — **A. Jirasek.** Incertitudes, doutes et questions liés à nos réflexions concernant le succès et l'échec de nos interventions sur le système nerveux (7).

Fasc. 4. — **K. Siska.** Péritonite tuberculeuse (8). — **J. Zucha** et **R. Krystek.** Péritonites d'origine appendiculaire (9). — **K. Carsky.** Plaies par coup de feu de l'abdomen (10). — **P. Steiner.** Iléus spastique et paralytique (11). — **V. Chorvath, S. Sacker** et **J. Madar** Péritonites par perforation de l'ulcère gastro-duodénal avec vues sur l'expérience personnelle (12). — **J. Smetana.** Sur la péritonite biliaire (13). [22]

Cerrahi (Istanbul), vol. 5, n° 1, 1953. — **V. Oge.** Hernie discale (1). — **E. Minkari.** Étude radiologique et diagnostique de la protrusion des disques intervertébraux (2). — **S. Saglik** et **N. Alper.** Anesthésie au pentothal sodique par goutte-à-goutte intra-veineux dans les [23]

[23] opérations gynécologiques (3). — **C. Tavyar Kankat.** Méthode personnelle de correc esthétique des brides séniles (4). — **A. Salepcioglu.** Un cas de gastrectomie totale — **A. Salepcioglu.** Un cas de traumatisme du cœur (6). — **M. A. Sarpyener.** Osteoma de l'os cunéiforme carpien (7). — **T. Minkari.** Diagnostic de l'hypertension portale et cations des anastomoses porto-caves (8).

[24] **The American Journal of Surgery** (NEW-YORK), vol. 85, n° 4, Avril 1953. — **R. S. Hotch** Abcès périnéphrétiques (1). — **J. E. M. Thomson, D. A. Willander et E. S. Ma** L'enclouage de Kuntscher de l'avant-bras dans le problème de certains cas (2) **R. C. Robertson.** La fixation intra-médullaire des fractures de l'avant-bras; l'appréci sur 20 cas successifs non choisis (3). — **A. G. James et Wesley Furste.** La chirurgie cale pour cancer des extrémités (4). — **J. L. Donhauser.** Le cancer du sein (5) **P. B. Hudson, J. A. Hopkins et G. W. Fish.** Le cancer du pénis; l'évaluation de la réc après chirurgie limitée et présentation d'une attaque chirurgicale élargie (6). — **G. S. H** Le traitement des lésions bénignes de l'intestin terminal. Technique nouvelle utili l'électrotome (7). — **F. A. Hill et D. E. Janelli.** Tumeurs malignes ayant pour origin diverticule de Meckel; un cas de léiomyosarcome; littérature (8). — **N. C. Jefferso H. Necheles.** La valeur des ligatures vasculaires dans l'ascite expérimentale (9). — **W. clair Jr et B. B. Larsen.** Tumeur de la thyroïde intra-thoracique à cellules oxyphiles lules de Hurtle) (10). — **H. I. Roseman.** L'anesthésie au trichloréthylène dans l'urol de l'enfance (11). — **R. Tauber.** Technique modifiée des points de sutures jumeaux incontinence d'urine (12). — **L. T. Palumbo, H. H. Samberg, R. E. Paul, I. A. Kat Th. I. Mazur.** Les effets de l'ambulation précoce et tardive sur le malade chirurgical — **L. V. Rush et L. Rush.** La fermeture en bout de boite pour la hernie volumineuse sionnelle (14). — **R. V. Gorsch.** Considérations proctologiques sur les espaces peri pelviens (15). — **S. R. Bersak et H. V. Rizzoli.** Tumeur neuro-ectodermique sympathi maligne (16). — **A. Kahn Jr et F. Kumpuris.** L'association de l'hémorragie et de la foration dans les peptic ulcers (17). — **J. Gilbert Israel et E. F. Bolliger.** Tumeur du puscule carotidien (18). — **H. A. Kazmann et P. J. Guthorn.** Le volvulus de la vési biliaire (19). — **W. O. Ackley et W. B. Stromberg.** Endométriose du vagin (20). **W. K. Jennings.** Nouvel applicateur de clips cutanés et enleveur de clips (21). — **M. Ru** Nouveau clamp bronchique (22). — **Kleitsch.** Sonde inversée pour cryptes anales (2

N° 5, Mai. — **W. R. Nickel.** Considérations sur certains états dermatologiques sans m gnité (24). — **Cl. E. Rees et M. J. Brown.** Kystes du canal thyréo-glosse (25). — **H. I. H ris.** Absence congénitale de la branche montante du maxillaire inférieur. Une suggesti thérapeutique (26). — **A. E. Smith et M. Robinson.** Ostéotomie de glissement de l'écha crure maxillaire dans la correction de la rétrusion mandibulaire. Technique nouvelle (2 — **A. A. de Lorimier.** Arthropathies de l'articulation temporo-maxillaire. Aspects rad logiques (28). — **Cl. Lytton.** Hyperostose corticale des enfants. Un nouveau syndrome (2 — **U. W. Gerrie.** Fixation par broche double dans les fractures de la mâchoire (30). **H. A. Ecker.** Attitude vis-à-vis de l'os inter-maxillaire et du prolabium chez les malad atteints de fente de la voûte palatine (31). — **M. K. Ruch.** Enseignements de l'opérati au lambeau pharyngé (32). — **B. F. Edwards.** Bilan de la chirurgie de la fente palatine (3 — **W. Graham Knox.** La sympathectomie dans l'artérite oblitérante chronique (34). **W. R. Wilkinson.** Embolectomie artérielle. Un cas d'embolectomie aortique, fémorale poplitée exécutée avec succès (35). — **A. J. d Alessandro.** La thrombose veineuse. problème et la conduite à tenir (36). — **J. M. O'Hare, M. W. Shapiro et F. V. Creede** Réaction mortelle à une injection intra-veineuse de glucose à 10 p. 100 (37). — **G. E. va Demark et R. E. van Demark.** L'enclouage de la hanche chez des malades octogénair et plus âgés : 104 cas personnels (38). — **L. E. Schottenfeld.** Leucémie non diagnostiqu simulant un état chirurgical apparent (39). — **A. I. Rosenthal.** Anesthésie en chirurg intra-crânienne (40). — **S. L. Grossman et J. U. Fehr.** Uretère rétro-cave (41). — **A. A. Lév** Hystérectomie vaginale. Avantages, technique et 129 cas passés en revue (42). — **H. Roser feld et J. Brinkman.** Néoplasmes de l'intestin grêle (43). — R. Nissen, J. R. Lisa et W. Elka Ostéochondrome bronchique (44). — **R. J. Chodoff, J. Stein et J. Specter.** Carcinom primitif de la portion infra-papillaire du duodénum (45). — **W. H. Gutstein.** Myoblastom à cellules granuleuses d'origine multicentrique (46). — **A. H. Griep et R. R. Buchhol** Perforation d'un ulcère duodénal chronique au cours d'un traitement cortisoné pour malad d'Addison (47). — **Th. H. Hewlett.** Plaie pénétrante du foie (48).

[25] **Annals of Surgery** (PHILADELPHIE), vol. 137, n° 4, Avril 1953. — **L. W. Freeman et T. W. Wrigh** Observations expérimentales sur la commotion et la contusion de la moelle (1). — **R. E. Bi lingham et P. B. Medawar.** Désensibilisation vis-à-vis des homogreffes cutanées par inje tions d'extraits cutanés du donneur (2). — **H. Baxter, J. A. Drummond, L. G. Stephe Newsham et R. G. Randall.** Réduction par la streptomycine de la mortalité après irr diation totale du corps et brûlures thermiques (3). — **C. P. Artz, E. Reiss, J. H. Davis et W. H. Amspacher.** Traitement des brûlures par la méthode de l'exposition (4). **J. R. Pettet, L. B. Woolner et E. S. Judd.** Tumeurs du corpuscule carotidien (Chémode tomes) (5). — **J. de J. Pemberton, P. C. Kiernan et A. H. Pemberton.** Résultats du tra tement chirurgical du prolapsus rectal complet avec référence spéciale à l'opération fixation-suspension (6). — **Ch. W. Lester.** Pectus carinatum et autres déformations protrusion du thorax dues à la croissance (7). — **L. B. Kiriluk et K. A. Merendino.** valeur expérimentale chez le chien de la transplantation bronchique, de la résection bro chique, trachéale et trachéo-bronchique avec reconstruction (8). — **E. J. Beattie Jr J. M. Keshishian, N. B. Ames et B. Blades.** Résistance électrique du cœur (9). — **G. De forges, A. J. A. Campbell et Saint L. Robbins.** Ligature de l'artère hépatique pour hyp tension portale (10). — **L. G. Bell, B. D. Sherer et J. J. Keenoy.** Expériences de la résec gastrique subtotale (11). — **W. A. Barnes et R. S. Mc Elwee.** Chirurgie des lésions néoplasiques de la jonction œsophago-gastrique (12). — **T. P. E. Rothchild et R. H. Cra** Myoblastome à cellules granuleuses. Cinq cas (13). — **W. E. Neville.** Dédoublement co plet du côlon et de l'iléon terminal. Traitement opératoire : iléo-sigmoïdostomie et col tomie (14). — **E. J. Halligan, J. L. Costello et Th. F. Lewis.** Occlusion veineuse massi aiguë de l'extrémité inférieure (15). — **H. Berman et F. S. Mainella.** Anastomose int tinale sans utilisation de clamps (16). — **K. A. Storsteen et W. H. Remine.** Rupture

la rate avec implants spléniques : splénose (17). — **W. R. Cate Jr.** La colectomie dans le traitement du melæna massif secondaire à une diverticulose (18). — **W. O. Barnett** et **J. A. Wagner.** Anévrysme de l'artère hépatique en tant que cause d'une hémorragie abdominale de cause obscure (19). — **H. G. Moore, T. L. Fletcher, M. E. Taylor** et **H. N. Harkins.** Un hasard dans l'utilisation du tube ballon intestinal (20). — **G. J. Lesnick** et **A. M. Davids.** Reconstruction d'une perte de substance de la paroi abdominale avec un lambeau musculofascial pédiculé (21). [25]

The Surgical Clinics of North America (PHILADELPHIE), vol. 33, n° 2, Avril 1953. — [*Chirurgie du Cancer*]. **F. E. Adair.** Cancer du sein (1). — **H. Martin.** La chirurgie radicale dans le cancer de la tête et du cou; les tendances variables du traitement (2). — **J. W. Hinton** et **R. L. Slattery.** Fréquence et chirurgie du carcinome dans le goître adénomateux (3). — **W. F. Mac Fee.** Le traitement chirurgical du cancer de la glande thyroïde; au point de vue particulier des métastases (4). — **G. H. Humphreys** et **R. L. Moore.** Le cancer intéressant l'œsophage (5). — **W. L. Watson.** La chirurgie radicale pour le cancer du poumon (6). — **H. C. Maier.** Diagnostic et traitement des tumeurs médiastinales (7). — **R. Colp** et **V. A. Weinstin.** Tumeurs bénignes de l'estomac (8). — **H. W. Cave, K. M. Lewis Jr** et **W. T. Wichern.** Le cancer du côlon et du rectum (9). — **G. E. Binkley.** La résection en un temps avec anastomose termino-terminale pour cancer recto-sigmoïdien (10). — **H. Doubilet, H. H. Sage** et **J. H. Mulholland.** Le diagnostic du cancer pancréatique biliaire (11). — **L. M. Rousselot** et **C. Stein.** Néoplasmes malins de la rate, primitifs et secondaires (12). **W. F. Whitmore Jr** et **V. F. Marshall.** Cancer de la vessie (13). — **G. T. Pack, I. M. Scharnagel** et **D. M. Gerber.** Le traitement des mélanomes malins de la peau (14). — **M. R. Marsh** et **L. M. Hellman.** La valeur d'un programme de détection intensive du cancer pelvien; du cancer intra-épithélial en particulier (15). — **R. Gordon Douglas** et **W. F. Finn.** Le diagnostic précoce du cancer du col (16). — **W. F. Finn.** Cancer du col utérin non soupçonné, diagnostiqué par l'examen microscopique après hystérectomie totale (17). — **C. T. Javert** et **R. R. Rascoe.** Cystadénome séreux de l'ovaire; 127 cas (18). — **A. Brunschwig.** Programme chirurgical pour le traitement du cancer du col; résultats de 5 ans (19). — **G. Ehni.** Traumatismes des nerfs périphériques et des plexus; méthodes courantes de traitement (20). — **M. Behrend.** Hernie ventrale congénitale complète (21). [26]

The Military Surgeon (WASHINGTON), vol. 112, n° 1, Avril 1953. — **E. J. Jahnke Jr.** La chirurgie des traumatismes vasculaires aigus; 77 cas (1). [27]

Surgery, Gynecology and Obstetrics (CHICAGO), vol. 96, n° 4, Avril 1953. — **H. T. Bahnson.** Le traitement radical des anévrysmes sacculaires de l'aorte, avec excision et suture aortique (1). — **I. Schoen, L. Strauss** et **M. W. Bay.** La valeur de la numération des éosinophiles chez les malades soumis à la grande chirurgie (2). — **H. Laufman, A. Ross, V. M. Bernhard, R. V. Bourdeau, W. E. Furr Jr** et **Th. E. Rothenberg.** Ligatures graduées artérielles hépatiques dans l'ascite expérimentale (3). — **R. E. Rothenberg.** La cholécystectomie et ses rapports avec l'estomac et le duodénum; revue de 75 cas avec radiologie pré et post-opératoire (4). — **W. Dent Wise.** Transplantations péritonéales multiples de tissu splénique consécutives à la rupture traumatique de la rate (5). — **H. G. Moore Jr** et **H. N. Harkins.** L'emploi du grand dorsal comme greffe pédiculée dans la mastectomie radicale (6). — **H. Marino.** La paralysie des muscles du menton; traitement chirurgical (7). — **D. G. Mc Kay, R. B. Street, K. Benirschke** et **Ch. J. Duncan.** Granulome éosinophilique de la vulve (8). — **J. D. Hardy, E. M. Richardson** et **F. C. Dohan.** L'excrétion urinaire de corticoïdes et de 17 cétostéroïdes consécutive aux opérations de grande chirurgie; rapports avec les autres aspects du métabolisme (9). — **S. A. Localio, Peter Stone** et **W. Hinton.** Fistule gastro-jéjuno-colique (10). — **J. J. Berens, H. K. Gray** et **M. B. Dockerty.** Abcès sous phrénique (11). — **W. H. Boyce, J. H. Detar** et **S. A. Vest.** Technique nouvelle de veinographie des membres inférieurs à l'Urokon (12). — **R. P. Mc Burney, J. W. Kirklin** et **L. B. Woolner.** Adénomes bronchiques métastasiants (13). — **D. M. Laskin** et **B. G. Sarnat.** Le métabolisme du cartilage frais, transplanté et conservé (14). — **R. Turell, J. S. Krakauer, Paterson** et **A. de L. Maynard.** Fonction ano-rectale et colique et maladie (15).

N° 5, Mai. — **C. L. Ash, V. Peters** et **N. C. Delarue.** Arguments pour l'irradiation préopératoire dans le cancer mammaire (16). — **W. C. Mc Garity** et **R. L. Robertson.** Embolie artérielle avec notes sur la thérapeutique opératoire et anticoagulante (17). — **J. H. Kay, V. Thomas** et **A. Blalock.** Production expérimentale de pertes de substance importantes de la cloison interventriculaire : étude physiologique et pathologique (18). — **D. P. Slaughter, H. W. Southwick** et **L. Walter.** Le sort des tumeurs parotidiennes rebelles ou récidivantes (19). — **A. Waite Bohne** et **C. E. Rupe.** Acidose hyperchlorémique. Étude de son mécanisme dans l'urétéro-sigmoïdostomie (20). — **A. S. Kraus.** Coup d'œil sur le problème de l'efficacité du traitement précoce du cancer du sein (21). — **Ch. W. Howe** et **W. C. Wiggles Worth.** Contrôle des infections qui accompagnent l'artérite oblitérante (22). — **S. F. Rothenberg, H. A. Mendelsohn** et **T. J. Putnam.** Effets de la traction de la jambe sur la rupture des disques intervertébraux (23). — **W. S. Mc Cune** et **J. M. Keshishian.** Occlusion intestinale post-opératoire (24). — **G. Crile Jr.** Traitement des varices œsophagiennes par oblitération trans-œsophagienne (25). — **O. W. Hess.** Cicatrisation des plaies utérines (26). — **J. L. Madden.** Ligature des artères hépatiques et spléniques dans le traitement de la cirrhose du foie (27). — **E. W. Johnson Jr.** Rétractions de la bandelette de Maissiat (28). — **L. B. Kiriluk, W. A. Ricker Jr** et **K. A. Merendino.** La valeur expérimentale de la fonction pulmonaire et de la substance pulmonaire distale par rapport au lieu de transsection ou de résection de segments trachéo-bronchiques (29). [28]

Archives of Surgery (CHICAGO), vol. 66, n° 3, Mars 1953. — **I. W. Brown Jr** et **H. F. Hardin.** Récupération et survie *in vivo* des hématies de l'homme (1). — **E. E. Vicher, J. W. Soska** et **G. Gee Jackson.** Flore microbienne des ulcères cutanés chroniques (2). — **E. M. Colvin, J. F. Walker** et **H. D. Smith.** Phlébographie debout, ascendante (3). — **S. Shore, H. H. Jacob** et **J. A. Cannon.** Obstruction intestinale par calculs biliaires (4). — **E. G. Lipow.** Tubocurarine à absorption graduelle en orthopédie (5). — **M. Weinstein** et **M. Roperts.** Léiomyosarcome du duodénum (6). — **Saint S. Fieber** et **J. Forman.** Les appendices épi- [29]

29] ploïques : considérations cliniques et anatomo-pathologiques (7). — **A. M. Vaugh E. M. Narsete.** Diverticulite du côlon ascendant (8). — **J. Chandler Smith, R. W. Mc M et E. A. Zaus.** Effets de la ligature de l'artère hépatique sur l'ascite de la cirrhose de L nec (9). — **P. Beaconsfield et J. Kunlin.** Thrombose insidieuse de la bifurcation tique (10). — **J. Oudot et P. Beaconsfield.** Thrombose de la bifurcation aortique tr par résection et homogreffe (11). — **Ph. F. Partington, E. J. O Malley, H. Ric W. C. Mc Cally.** Vagotomie (12). — **E. J. Beattie Jr, J. M. Keshishian, D. Adov H. Pierpont, B. Blades et E. Trams.** Étude expérimentale de la transfusion intra-a rielle (13). — **M. A. Larkin et M. G. Flannery.** Expériences chirurgicales avec la cort tropine dans la colite ulcéreuse (14). — **C. G. Mc Eachern et J. E. Arata.** Léiomyo come du rectum (15). — **D. R. Cole.** Fibromyome du duodénum (16).

[30] **The Journal of the International College of Surgeons** (CHICAGO), vol. 19, n° 4, Avril 1 — **Melicow.** Tumeurs primaires du rétro-péritoine. Analyse clinico-pathologique 162 cas. Littérature et classification (1). — **P. Guggenheim.** Schwannome du pharynx — **J. M. Hammer.** Traitement de l'œdème angio-neurotique par une combinaison d'Etar et de Bénadryl (3). — **Sh. W. Hartwell.** Transsection et reconstruction de la veine c au-dessus des veines rénales au cours de l'ablation d'un tératome (4). — **Fr. B. Camp et R. B. Samson.** Colostomie transverse pour colite ulcéreuse (5). — **L. S. Mann.** Tra ment du prurit anal (6). — **C. S. Scuderi.** Embolie graisseuse et ses rapports avec l'enclou intra-médullaire (7). — **J. Hersh.** Lacération traumatique du canal de Stensen produis une obstruction intermittente (8).

[31] **Cirugia y Cirujanos** (MEXICO), t. 20, n° 6, Juin 1952. — **R. Arturo-Chavira.** Fractures dire de l'orbite irradiées à l'étage antérieur et moyen de la base du crâne (1). — **H. Marti Villareal.** Les greffes osseuses dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire l'adulte (2). — **C. Canseco Jr.** Allergie et chirurgie (3).

N° 7, Juillet. — **M. Lopez Esnaurrizar.** Les traitements chirurgicaux de l'asthme essentiel (4). — **Ph. Thorek.** Le traitement chirurgical de la sténose due à l'œsophagite — **R. Mendiola.** Adénomes brunnériens de l'estomac (6). — **F. Reyes.** Les perforations la vésicule biliaire; causes, clinique, diagnostic, pronostic et traitement (7).

N° 8, Août. — **I. Codena.** Obstruction intestinale par calcul biliaire (8). — **C. Aguir** Le traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre postérieur, suite de rupt de l'urèthre par fracture du bassin osseux (9).

N° 9, Septembre. — **B. J. Gastelum et J. Garcia Noriega.** Chirurgie de quelques form d'insuffisance ovarique (10). — **Cl. Villasenor.** Sur les gliomes périphériques (11). — **Javi Longoria.** Urétéro-coloanastomose avec des uretères dilatés (12). — **A. Cerisola et J. Mo** Expulsion vers le ventre d'un fœtus à terme due à la déchirure du segment inférieur l'utérus (13). — **J. L. Spivak.** Chirurgie du pancréas (14).

N° 10, Octobre. — **D. Ramirez.** Agénésie du vagin; fermeture d'un vagin avec des greff hétéroplastiques autonomes (15). — **J. Lara.** Traitement de l'occlusion intestinale par a caridiose (16). — **L. Gutierrez.** Les perforations intestinales (17).

N° 11, Novembre. — **M. R. Barrios.** Abcès hépatique ouvert dans le foie (18). — **G. Gomez-Mearate et L. G. Campos.** Traitement actuel de l'annexite (19). — **R. Qu lantân Artigas.** Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'abcès hépatique amibie révision de 46 cas étudiés à l'hôpital Central de Saint-Louis Polosi (20). — **F. Padro Puyou.** Spina bifida kystique (21).

[32] **Revista Brasileira de Cirurgia** (RIO DE JANEIRO), n° 5, Novembre 1952. — **F. Paulino.** L'ane thésie en chirurgie thoracique (1). — **P. Samuel Santos.** Traumatismes vasculaires (2 — **B. Moreira Garcez.** Carcinome papillaire du bassinet (3). — **R. L. Figueira de Mello F. L. Martins Ribeiro, O. Sequeira et G. Franca Jr.** La décortication pulmonaire dans l'hém thorax organisé (4). — **A. Frauzino Pereira.** Chirurgie de l'hyperthyroïdisme (5).

[33] **The Australian and New Zealand Journal of Surgery** (MELBOURNE), vol. 22, fasc. 4, Mars 195 — **K. Kirkland.** Les problèmes de la transplantation urétérale (1). — **D. Cohen.** Urèt ectopique chez un enfant. Un cas (2). — **T. A. R. Dinning.** Ostéoclastome de l'os pétreu temporal. Un cas amélioré par la radiothérapie profonde (3). — **J. H. W. Birrell.** L chordomes, vue d'ensemble sur 19 cas de chordomes dont 5 cas vertébraux (4). — **E. R. Rea et G. L. Rolleston.** Kyste hydatique du rein; 2 observations (5). — **A. P. Susman.** Ruptur de l'œsophage (6). — **I. C. Heinz.** Kystes sous-séreux du péritoine (7). — **A. Eisdel** Utérus double et vagin cloisonné (8). — **T. Antoine.** Myome gastrique; 50 cas (9). — **N. W. Nisbet.** La place de l'enclouage médullaire dans le traitement des fractures fém rales (10). — **D. L. Dey.** Une variante du syndrome auriculo-temporal (4). — **R. Flyn et L. D. Wheeler.** Kyste rétro-péritonéal provenant de la masse cellulaire intermédiaire (12 — **H. D. Rawson.** Torsion de la vésicule biliaire chez un enfant de 12 ans; littérature (13

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[34] **Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil moteur** (PARIS), t. 39, n° Avril-Juin 1953. — **P. Lombard et S. Natter.** Impuissance ostéogénique et perturbation encéphalographiques dans un cas de maladie de Madelung (1). — **J. Creyssel et P. Barr** Sur 3 cas de protrusion acétabulaire (2). — **A. Trillat.** Ostéotomies diaphysaires de sécuri sans ostéosynthèse métallique (3). — **A. Mégevand.** Résultats du traitement opératoi de la scoliose (4). — **J. Judet.** Traitement des fractures sus-condyliennes transversal de l'humérus chez l'enfant (5). — **S. L. Weissman.** La résection arthroplastique d'emb dans le traitement des fractures sus et inter-condyliennes de l'humérus (6). — [*Société*

R. Merle d Aubigné. Pour l'adoption d'un système d'évaluation de la mobilité des articulations (7). — **Gérard Marchant et Giret.** Tuberculose ostéo-articulaire et B. C. G. (8). — **E. Allenbach et Wiest.** Premiers résultats de l'action de l'isoniazide sur la tuberculose ostéo-articulaire (9). — **Etienne.** L'intervention chirurgicale dans les tuberculoses osseuses métaphysaires et épiphysaires (10). — **U. Camera.** L'intervention dans les tuberculoses osseuses (11). — **Virenque, Cahuzac et Olle.** Les tests de guérison de la phase aiguë de l'ostéomyélite de croissance (12). — **P. Ingelrans et Lacheretz.** Un cas de chondrodystrophie épiphysaire (13). — **Padovani, Rainaut et Dionis du Séjour.** L'ostéosynthèse à minima dans certaines fractures (14). — **E. Trojan.** Le traitement des pseudarthroses par l'ostéosynthèse de compression de Greifensteiner (15). — **R. Charry.** Reconstruction plastique articulaire de la hanche au nylon (16). — **F. Parisel.** L'évolution radiographique du genou dans la coxalgie chez l'adulte (17). — **Ph. Blind, Laugie et Routier.** La streptomycine intra-articulaire avec récupération fonctionnelle dans la tumeur blanche du genou à forme synoviale et juxta-articulaire (18). — **P. Ingelrans, Nigoul et Lacheretz.** La technique de Charnley dans la résection du genou pour tuberculose (19). — **Favre et Kantor.** Plastie des ligaments du genou à l'aide de fascia lata (20). — **A. Trèves.** Mal perforant plantaire suturé et guéri (21). — **A. Borellini.** Ténodèse élastique par ressorts d'acier dans le pied paralytique (22). — **P. Marique.** Sur la mobilité des spondylolisthésis (23). — **G. Livathinopoulos.** Ostéome de la colonne vertébrale (24). — **Karabarbounis.** Ostéotomie du rachis dans la spondylite ankylosante en un temps (25). — **R. Merle d Aubigné et J. Cauchoix.** 5 observations de résection partielle pour tumeur pelvienne (26). — **Contargyris.** Une forme assez rare de fracture intertrochantérienne (27). — **K. Schluter.** L'ostéosynthèse par ressort (28). [34]

Archives Françaises de Pédiatrie (Paris), t. 10, n° 4, 1953. — **M. Lelong et F. Alison.** Étude de 109 cas de pleurésie purulente chez des enfants de moins de 1 an (1). [35]

N° 5. — **Kaplan, Grumbach, Fischgrund, Vermeil et Blanguernon.** Fistules trachéo-œsophagiennes congénitales, sans atrésie de l'œsophage (2). — **Bartsocas, Xanthopoulidis et Kaliafas.** Cas très rare d'occlusion duodénale par torsion de l'intestin grêle chez un nourrisson (3). — [*Société*]. **Giraud, Paillas, Orsini et Vigouroux.** Hématome intra-cérébral spontané chez une enfant de 13 ans (4). — **R. Sorel, Bardier, Mme Rieunau, Auban et Dalous.** L'hibernation en pédiatrie; premiers résultats (5).

Revue du Rhumatisme et des Maladies ostéo-articulaires (Paris), an. 20, n° 2, Février 1953. — **R. de Marneffe.** Les connaissances actuelles de la vascularisation des os et leur incidence sur la pathologie de ce tissu (1). — **F. Coste, Bourel et O. Achard.** Les accidents thromboemboliques au cours de la corticothérapie surrénale (2). [36]

Acta Orthopedica Belgica (Bruxelles), vol. 19, fasc. 2, Avril 1953. — **L. Michotte, J. Simonart et R. Danaux.** La lombalgie (1). — **A. Bremen et M. Wolkas.** Granulome éosinophile des os (2). — **A. Bremen et M. Wolkas.** Localisation osseuse de la maladie de Hodgkin (3). [37]

Archives of Diseases in Childhood (Londres), vol. 28, n° 138, Avril 1953. — **B. D. Bower, J. W. Gerrard, A. L. d'Abreu et C. G. Parsons.** Deux cas de sténose mitrale congénitale traités par valvulotomie (1). — **N. K. Macrae, Gibson et B. L. Coles.** Sténose hypertrophique infantile du pylore récidivant après opération de Rammstedt (2). — **D. Charles.** Le tératome rétro-péritonéal chez l'enfant (3). [38]

Ortopedia e Traumatologia dell'Apparato Motore (Rome), vol. 21, fasc. 1, Janvier-Mars 1953. — **G. Monticelli.** Traitement de la fracture-luxation de l'épaule (1). — **R. Mastromarino.** Évolution du cal osseux dans l'ostéosynthèse des os longs (2). — **V. Pietrogrande.** Les variations morphologiques de la hanche arthrosique produites par l'énervation articulaire. Étude anatomo-pathologique (3). [39]

Archivio di Ortopedia (Milan), vol. 66, n° 2, Mars 1953. — **A. Poli.** Résection. Reconstruction de la hanche (1). — **A. Arienti.** Arthroplastie de la hanche avec endoprothèse acrylique (2). — **A. Poli.** La *syn lesmopexie* du ligament rond après réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche (3). — **A. Poli.** Plastie du rebord capsulaire dans la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche (4). — **A. Poli.** Contribution à la cure chirurgicale de la rotation externe de la hanche paralytique (5). — **A. Poli.** La réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche (6). [40]

Archivio de Chirurgia Ortopedica e di Medicina (Milan), vol. 18, n° 1, Janvier-Février 1953. — **G. Seghini.** Double pont osseux intertarso-métatarsien pour lésions tuberculeuses graves de l'avant-pied (1). [41]

N° 2, Mars-Avril. — **M. Sebastiani.** Traumatismes de rue (Problèmes de chirurgie générale) (2). — **G. B. Tempini et F. Cafiero.** Observations radiologiques sur la dislocation des viscères sub-diaphragmatiques dans le pneumo-péritoine dans ses rapports avec la position du sujet (3). — **A. Mastropaolo et F. Cafiero.** Sur l'embolie gazeuse dans le pneumo-péritoine (4). — **F. Cafiero et G. B. Tempini.** Sur le pneumo-péritoine examiné stratigraphiquement en projection axiale transverse (5). — **G. Tessarolo et A. Sardi.** La tuberculose de la clavicule (6).

Acta Orthopædica Scandinavica (Copenhague), vol. 22, fasc. 3, 1953. — **C. Hirsch et F. Schajowitz.** Étude sur les changements de structure de l'anneau fibreux lombaire (1). — **O. Lindahl.** La pression dans l'espace épidural dans les cas de sciatique opérée (2). — **L. Söderberg.** Reconstitution de l'opposition déficiente du pouce (3). — **K. O. Gedda et E. Moberg.** Réduction à ciel ouvert et ostéosynthèse de la fracture dite de Bennett au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce (4). — **J. Sevasti-Koglou et B. Wernerheim.** Localisations tuberculeuses bilatérales du squelette (5). [42]

Annales Paediatrici (Bale), vol. 180, n° 4-5, Avril-Mai 1953. — **F. Hauser.** Le rachitisme congénital (1). — **Ch. Rivier et P. Vulliemin.** Un cas d'ostéomyélite du nouveau-né (2). [43]

[44] **The Journal of Bone and Joint Surgery** (Boston), vol. **35-A**, n° 2, Avril 1953 [*American Volume*]. — **F. M. McKeever.** Nécessité d'un examen profond en chirurgie orthopédique (1). — **K. Dunlap, A. R. Shands Jr, L. C. Hollester Jr. J. St, Gaul Jr** et **H. A. Streit.** Une méthode nouvelle de détermination de la torsion du fémur (2). — **D. C. Riordan.** Transplantation tendineuse dans la paralysie du nerf médian et du nerf cubital (3). — **Ch. T. Ryder** et **L. Crane.** La mesure de l'antéversion fémorale : le problème et les méthodes (4). — **D. M. Bosworth, H. A. Wright, J. W. Fielding** et **E. R. Goodrich.** Étude sur l'utilisation d'os provenant d'une banque pour la fusion spinale dans la tuberculose (5). — **C. J. Campbell, Th. Brower, G. MacFadden, E. B. Payne** et **J. Dokerty.** Étude expérimentale du sort des greffes osseuses (6). — **E. G. Ewer.** Manipulation du rachis (7). — **J. N. Bruner.** Les problèmes de la position et du mouvement post-opératoires dans la chirurgie de la main (8). — **L. D. Smith.** Fractures de la hanche. Rôle de la contraction musculaire et des forces intrinsèques dans la pathogénie des fractures du col fémoral (9). — **M. H. Meyer.** Expériences de l'opération de transplantation musculaire pour soulager l'arthrite douloureuse de la hanche (10). — **H. Laage, J. C. Barnett, J. M. Brady, P. J. Dulligan Jr, H. C. Fett Jr, F. Gallagher** et **B. A. Schneider.** Radiographie horizontale, latérale de la hanche chez les enfants. Rapport préliminaire (11). — **J. F. Katz.** Absence congénitale du sacrum et du coccyx (12). — **H. W. Baker.** Chordome des vertèbres lombaires (13). — **J. E. Jacobs** et **P. Kimmelstiel.** Angiomatose kystique du squelette (14). — **G. E. Spencer Jr** et **Ch. H. Herndon.** Chirurgie de l'épicondylite (15). — **M. Makin.** Chirurgie de l'ataxie de Friedreich (16). — **R. H. Fischer.** Lésions osseuses multiples dans la maladie de Letterer-Siwe. Une observation avec culture du Paracolon Arizona Bacillus, à partir des lésions osseuses et du sang. Réaction positive au traitement (17). — **S. L. Turek.** Maladie sarcoïde osseuse au niveau de l'articulation de la cheville (18). — **I. Bodi** et **H. N. Mandell.** Sarcome synovial du pied; 1 observation (19). — **W. R. Hamsa** et **L. S. Campbell.** Tumeur à cellules géantes du rachis; 2 observations (20). — **B. D. Burdeaux Jr** et **W. J. Hutchison.** L'étiologie de l'ostéoporose traumatique (21). — **Comité des Orthopédistes.** Enquête préliminaire sur les prothèses de la tête fémorale (22).

[45] **The Journal of Pediatrics** (Saint-Louis), vol. **42**, n° 4, Avril 1953. — **W. C. Beck** et **G. Chohany.** Atrésie du duodénum (1). — **N. G. Georgiade, F. W. Masters, J. T. Metzger** et **K. L. Pickrell.** Fractures de la mandibule et du maxillaire chez l'enfant (2). — **L. W. Falkinburg** et **M. N. Kay.** Un cas de sympathogoniome (neuroblastome) de la glande surrénale droite simulant l'érythroblastose fœtale (3). — **W. P. Killingsworth** et **G. S. McReynolds** et **W. Harrison.** Léiomyosarcome pulmonaire chez un enfant (4). — **N. N. Adler** et **E. J. Van Slyke.** Absence congénitale de la rate (5). — **B. H. Berrey** et **C. H. Kimball.** Chondrodystrophie calcifiante congénitale (6).

N° 5, Mai. — **J. G. Shellito** et **W. C. Bartlett.** Résection intestinale chez les enfants de bas âge (7). — **S. Hermann, I. Kessel, H. Jackson, S. N. Javett** et **J. L. Braudo.** Arthrite septique et ostéomyélite chez les enfants (8). — **F. Kuipers** et **J. Wieberdink.** Kyste intra-thoracique entérogénique chez un jeune enfant (9). — **J. H. Bufkin** et **W. C. Davison.** Le cancer dans l'enfance (tumeurs, leucémie, maladie de Hodgkin). Vue d'ensemble (10).

[46] **Archivos de Pediatria del Uruguay** (Montevideo), an. **24**, n° 4, Avril 1953. — **A. U. Ramón Guerra.** Diagnostic des maladies du sang à tendances hémorragipares (1). — **J. C. Barani.** Un fait clinique assez fréquent : corps étranger des voies aériennes non diagnostiqué par suite de la méfiance du médecin dans les affirmations de la mère (2).

Gynécologie.

[47] **Gynécologie et Obstétrique** (Paris), t. **52**, n° 1, 1953. — **G. Dubreuil.** L'ovaire de grossesse molaire et de chorio-épithéliome (1). — **Funck-Brentano, H. Robert** et **B. Guillermo.** Les fibromes sous-urétbraux chez la femme (2). — **L. Bonnet.** Étude des hydrosalpinx par l'insufflation kymographique (3). — **L. Fruhling** et **Y. Le Gal.** De 6 nouveaux cas de sarcomes vrais primitifs de la mamelle (4). — **C. Roman** et **Y. Couder.** Les tumeurs malignes de l'ovaire avec épanchement séreux résorbable (5).

[48] **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (Stuttgart), an. **13**, fasc. **4**, Avril 1935. — **H. Leeb.** Traitement des hémorragies utérines fonctionnelles avec la progestérone intra-veineuse (Lutocycline) (1). — **H. Kranz.** La question des substances de contraste dans l'hystéro-salpingographie (2). — **W. Dietz** et **A. Schneikart.** Sur la tolérance vis-à-vis des « substances de contraste hydrosolubles et visqueuses dans l'hystéro-salpingographie » (3). — **E. Falge.** La question du sarcome tubaire primitif (4). — **H. Wollmann.** Anastomose urétéro-vésicale double en un seul temps (5). — **F. Peters.** Peut-on et doit-on renoncer à l'amputation de la partie intra-vaginale du col? Contribution au problème de l'opération des prolapsus vaginaux (6). — **F. Dörner.** L'opération du prolapsus selon Fothergill (7).

Fasc. 5, Mai. — **R. Fischer.** Sur la question de l'étiologie du cancer du col (8). — **W. Heyde** et **H. J. Schmermund.** Sur la prévention des lésions intestinales dans l'irradiation intra-vaginale du cancer du col (9).

[49] **Minerva Ginecologica** (Turin), an. 5, n° 5, Mars 1953. — **L. Vasciaveo.** Le fibrinogène B : sa valeur diagnostique et pronostique dans les domaines obstétrical et gynécologique (1). — **F. Perrini.** La terramycine dans le traitement des inflammations gynécologiques (2). — **E. Robecchi.** La thérapeutique par les hormones sexuelles en gynécologie (3).

[50] **Acta Gynœcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana** (Porto), vol. **2**, n° 4, 1952. — **P. Ulrich.** La thérapeutique actuelle de la tuberculose génitale de la femme (1). — **M. Cardia** et **Vieira da Cruz.** Les ultrasons dans les infections génitales de la femme (2). — **Gil Vernet, E. Esteba Caballeria** et **J. Ibanez-Soriano.** Fondements et valeur de la cytologie vaginale dans le diagnostic du cancer du col utérin (3). — **A. Duarte.** Carcinome du col (4).

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (Stockholm), vol. 32, fasc. 2, 1953. — **F. A. Langley, J. P. Smith** et **A. S. Woodcock.** Tumeurs de l'utérus de nature douteuse (1). — **H. Arfwedson** et **S. Winblad.** Altérations endométriales de nature probablement pré-cancéreuse (2). — **E. Nordlander.** Traitement opératoire du carcinome du corps utérin (3). — **R. Rinvik.** Tumeur des cellules de la couche granuleuse dans 1 cas de puberté précoce (4). — **G. Appelberg.** Deux cas de cystadéno-myofibrose kystique du col utérin (5). — **E. Secher.** L'opération de Berkow-Bürger dans l'incontinence d'urine de la femme (6). [51]

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Washington), vol. 65, n° 4, Avril 1953. — **E. Stewart Taylor** et **L. L. Essig.** Insuffisance cortico-surrénalienne aiguë comme cause de shock et de mort (1). — **W. E. Brown, J. T. Bradbury** et **E. C. Jungck.** Action des œstrogènes et d'autres stéroïdes sur les gonadotrophines pituitaires chez la femme (2). — **R. W. Mohler.** Signification clinique du tissu endo-cervical déplacé, tissu endo-cervical hétéroplastique (3). — **A. C. Barnes.** Production d'A. C. T. H. chez la malade subissant une intervention de chirurgie gynécologique ou recevant une irradiation pelvienne (4). — **C. McIntosh Marshall.** La gynécologie moderne. Implications anatomiques et chirurgicales (5). — **E. W. Page, M. Beth Glendening, Loraine Strei** et **K. G. Scott.** Sort de l'extrait placentaire en injection intra-veineuse (6). — **D. E. Cannell, F. E. Bryans** et **L. E. Horne.** Défaillance rénale aiguë en obstétrique et en gynécologie (7). — **L. Bobrow.** Carcinome mucoïde de l'ouraque (8). — **E. Klochkoff** et **J. R. Lisa.** Anomalie congénitale de l'utérus (9). — **D. Sheldon.** Continuation de la grossesse après ovariectomie bilatérale à 2 mois (10). — **J. W. Robertson** et **H. Gerber.** Lipome de l'utérus (11). [52]

N° 5, Mai. — **H. H. Nuckols** et **Ch. S. Fine.** Expériences sur le môle hydatiforme et le chorio-épithéliome (12). — **J. A. Gaines** et **J. C. Greenwald.** Fistule artério-veineuse utérine (13). — **A. Rubin** et **W. P. Boger.** Pénicilline administrée par voie vaginale et orale. Étude comparative des concentrations plasmatiques et des éliminations urinaires (14). — **A. F. Daro, H. A. Gollin, E. Nora Jr** et **E. J. Chesrow.** Pseudo-hermaphrodisme (15). — **B. Zondek.** Le sang menstruel contient-il une toxine spécifique? (16). — **J. Schwartz** et **V. Nardiello.** Suppositoires vaginaux au furacine; leur utilisation avec radiothérapie pour néoplasmes pelviens malins (17). — **S. B. Gussberg.** Efficacité relative des techniques diagnostiques dans la détection précoce des cancers du col. Étude comparative avec les femmes normales (18). — **G. H. Guin.** Fréquence et distribution anatomique de l'hyperactivité baso-cellulaire dans ses relations avec le carcinome du col (19). — **W. Schiller, A. F. Daro, H. A. Gollin** et **N. P. Primiano.** Petit cancer invasif du col : le spray carcinome (20). — **E. R. Novak** et **D. I. Mohler.** Altérations du stroma ovarien dans le cancer endométrial (21). — **R. Tauber.** La technique du Stump-Stitch dans l'hystérectomie vaginale (22). — **L. Manoil.** Sarcome à cellules rondes de l'utérus (23). — **McLetchie** et **D. P. Reynolds.** Carcinosarcome de l'utérus (24). — **Beryl Silberblatt** et **S. R. Carrabba.** Carcinome épidermoïde dans les tératomes kystiques (25). — **Ch. Fields, Charlotte Herman Kerr** et **H. L. Woolf.** Péritonite chimique due à la dégénérescence d'un fibroïde (26). — **J. M. McCord** et **Simmons.** Salpingite purulente aiguë au cours de la grossesse (27). — **Hack.** Rupture d'un anévrysme de l'artère rénale gauche au cours de la grossesse (28). — **Sutherland.** Môle tubaire associée à une grossesse intra-utérine (29). — **M. W. Green.** Monstruosité anencéphalo-thoracopage (30).

Appareil génito-urinaire.

Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale (Paris), t. 59, n° 1-2, 1953. **F. Bilger, Lantz, Bollack** et **Weibel.** Aspiration-biopsie et cytodiagnostic dans les affections de la vessie (1). — **R. Couvelaire** et **J. Foret.** Sur la signification de l'asymétrie urographique des images urétéro-pyélo-calicielles du prostatique (2). — **J. Costa, A. Aroso** et **A. C. F. Abreu.** Volumineuse tumeur pararénale; ablation par voie thoraco-abdominale (3). — **J. Cibert** et **L. Durand.** L'uretère du rein sain dans la tuberculose urinaire; possibilité de la régression de l'urétéro-hydronéphrose par cystite rebelle à la néphrectomie (4). — **K. Uhlir.** Les annexites suppurées perforées dans la vessie (5). — **J. Katz** et **E. M. Luttwak.** Abcès appendiculaire simulant une tumeur de la vessie; diagnostic des tumeurs vésicales (6). — **E. Vincent.** Ectopie rénale et malformation génitale associée (7). — **R. Gonzalez** et **J. M. Gomez.** Une statistique sur les néoplasies en pathologie urinaire (8). — **R. Couvelaire.** Uretère rétro-cave (9). — **J. Foret.** Néo-uretères d'intestin grêle (10). [53]

Urologia (Trévise), an. 20, fasc. 1, 20 Février 1953. **R. Chwalla.** Phénomènes endocriniens dans l'hypernéphrome rénal (1). — **M. Sorrentino.** Considérations sur la prostatectomie transvésicale selon Harris-Hryntschak (2). — **A. Trevisini.** Suite d'observations sur le bassinet postérieur (3). — **L. Delzotto** et **S. Godena.** Remarques cliniques et histologiques sur le carcinosarcome prostatique (4). — **N. Dioguardi.** Un cas d'hydronéphrose géante (5). — **L. Delzotto** et **S. Godena.** Contribution à l'étude du fibrome prostatique (6). [54]

The Journal of Urology (Baltimore), vol. 69, n° 5, Mai. **G. Hollander, J. A. Sterling** et **J. C. Doane.** Un rein artificiel (1). — **C. A. Fort** et **G. A. Winstead.** Télangiectasie hémorragique (2). — **O. A. Nelson, A. W. Kretz, J. L. McCormack, J. M. Docter** et **C. W. Douglass.** Corps étranger dans le bassinet (3). — **W. E. Davis** et **F. K. Garvey.** Diverticule de l'uretère (4). — **D. R. Smith** et **E. M. Apter.** Sonde coudée Ellik pour l'extraction des calculs (5). — **R. W. Barnes, W. M. Wilson, R. T. Bergman, S. E. Farley** et **H. L. Hadley.** Chirurgie plastique au niveau de la vessie (6). — **J. H. Kiefer.** Récidives uréthrales de tumeurs de la vessie (7). — **W. A. Millner.** Résultats dans le traitement des tumeurs de la vessie (8). — **W. I. Buchert.** Traitement des fistules vésico-vaginales (9). — **D. Presman** et **D. L. Greenfield.** Reconstruction de l'urèthre périnéal à l'aide de greffes cutanées prises au prépuce (10). — **W. J. Daw** et **A. H. Funke.** Ostéite pubienne traitée par la cortisone (11). — **J. A. Ryan.** Carcinome prostatique avec métastases rétro-péritonéales (12). — **E. A. Grier** et **F. L. Phillips.** Rhabdomyosarcome prostatique (13). — **B. S. Chappell.** Utilisation du scrotum dans la reconstruction du pénis (14). — **N. J. Helland** et **J. B. Miale.** Lymphangiome kystique du scrotum (15). — **G. C. Prather** et **J. A. Singiser.** L'importance des concrétions appendiculaires radio-opaques (16). [55]

[56] **Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons** vol. 44, 1953. — [*Sociétés*]. **A. B. Cecil.** Léiomyosarcome vésical, 1 cas (1). — **G. G. Smith.** Trois cas rares de cancer prostatique (2). — **G. R. Livermore.** Tumeur de Wilms chez un adulte (3). — **C. D. Creevy.** Quelques observations concernant l'absorption après urétéro-sigmoïdostomie (4). — **D. R. Higbee.** Chirurgie des tumeurs papillaires étendues de la vessie (5). — **J. F. Patton** et **H. G. Schwartz.** Neurotomie sacrée pour vessie spastique neurogénique (6). — **J. K. Ormond.** Méga-uretère et états similaires chez les enfants; 6 cas (7). — **W. J. Baker.** Surrénalectomie bilatérale pour carcinome prostatique; rapport préliminaire (8). — **W. F. Leadbetter, E. J. Ganem** et **D. H. Solomon.** Expériences sur la surrénalectomie bilatérale et sur l'utilisation de la cortisone dans le traitement du cancer prostatique avancé (9). — **J. W. Jailer.** Soins pré- et post-opératoires en chirurgie surrénalienne (10). — **J. Hartwell Harrison, G. W. Thorn** et **D. Jenkins.** Suite des observations concernant la surrénalectomie totale chez l'homme (11). — **W. Wallace Scott.** Traitement endocrinien du cancer prostatique disséminé notamment par surrenalectomie bilatérale et hypophysectomie (12). — **G. F. Carill.** Surrénalectomie pour tumeurs surrénaliennes (13). — **E. F. Poutasse.** Chirurgie surrénalienne pour syndrome de Cushing (14). — **C. D. Brunkow.** Comment évaluer les dimensions des néoplasmes vésicaux? (15). — **Th. E. Gibson.** Carcinome vésical : une nouvelle voie d'abord chirurgicale pour cas spéciaux (16). — **A. L. Dean.** Chirurgie des tumeurs des organes génito-urinaires (17). — **R. S. Hotchniss.** Carcinome primaire de l'urèthre mâle (18). — **J. A. Taylor** et **W. H. Berry.** Absence congénitale du sphincter urinaire suivie de cure opératoire (19). — **L. M. Orr** et **J. B. Glanton.** Urétérocèle avec tendance au prolapsus (20). — **J. C. Sargent.** Cystite tuberculeuse pauvurale localisée; 2 cas traités par cystectomie subtotale (21). — **C. Rusche.** Adéno-carcinome silencieux du rein avec métastases solitaires, chez 2 frères (22).

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

[57] **Les Annales d'Oto-Laryngologie** (PARIS), t. 70, n° 1, 1953. — [*Société*]. **Lemariey** et **Maufrais.** Sarcome para-pharyngien (1). — **Lemariey, Muler** et **Lande.** Un cas de tumeur para-pharyngée (Schwannome) (2). — **Muler.** Fistule parotidienne traitée par résection du nert auriculo-temporal (3). — **Viel, Baron** et **Tessier.** Réparation des grands délabrements chez les malades opérés de tumeurs du massif facial (4).

N° 2-3. — **R. Thomas.** Hémilaryngectomie totale avec plastie en un temps; problèmes de la radiothérapie associée (5). — [*Société*]. **P. Renaud** et **H. Henrot.** Le cytodiagnostic des tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures (6). **Leroux-Robert, Reboul** et **Baron.** Tumeur du corpuscule carotidien (7). — **J. Mordret** et **Pailler.** Tumeur du glomus jugulaire; rapports avec la dilatation des bronches (8).

Appareil digestif.

[58] **Revue de Stomatologie** (PARIS), t. 54, n° 2-3, Février-Mars 1953. **W. Flohr.** L'implantation de résine au niveau de la face et des maxillaires. Résultats cliniques et histologiques (1). — **H. E. Balbiani.** Fistules du canal de Sténon (2). — [*Sociétés*]. **A. Grether.** Tétanos et accident de dent de sagesse (3). — **Friez** et **Cernéa.** Sur une observation soulevant le problème de la transformation maligne (sarcome) d'un grand kyste paradentaire (4). — **H. Cadenat.** Leucosarcomatose à début buccal (5). — **H. Cadenat.** Lymphosarcome à début gingival chez un enfant de 5 ans (6).

N° 4, Avril. — **L. Klees** et **L. Weiler.** Examen histologique d'un cas curieux d'odontome (7). — [*Sociétés*]. **M. Dechaume, A. Cartier** et **G. Commissionat.** Cas pour diagnostic : ulcération palatine d'origine reflexe? (8). — **P. Bureau.** Deux cas de tétanos céphalique (9). — **M. Bouyssou.** Sur l'existence de kystes fissuraires médians postérieurs du palais; présentation de 1 cas (10).

[59] **Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition** (PARIS), t. 42, n° 2, Février 1953. — **A. Vachon, L. Mansuy** et **E. Lejeune.** Syndrome douloureux de l'anse afférente après gastrectomie et lithiase vésiculaire post-opératoire (1).

N° 3, Mars. — **F. Jourdan** et **G. Hubet.** Le fonctionnement pylorique (2). — **A. Monsaingeon, P. Tanret** et **J. J. Bernier.** Le retentissement humoral des sténoses du pylore chez l'adulte (3). — **M. J. Chaptal.** La pathologie du pylore chez l'enfant (4). — **G. Albot** et **F. Magnier.** L'hypertrophie musculaire du pylore de l'adulte (5).

N° 4, Avril. — [*Rapports aux Journées des Gastro-Entérologues*]. **A. Lambling, Hardouin, Bonfils** et **Laumonier.** Ulcère gastrique expérimental (6). — **Ch. Debray** et **J. P. Hardouin.** L'ulcère expérimental de sortie (7). — **R. Cottan** et **P. Frumusan.** Le facteur vasculaire dans la maladie ulcéreuse (8). — **Levrat, Brette** et **Richard.** Les ulcères gastro-duodénaux d'étiologie ou pathogénie connue chez l'homme (9).

[60] **Revista Espanola de las Enfermadades del Aparato-digestivo y de la Nutricion** (MADRID), t. 12, n° 1, Janvier-Février 1953. — **F. Gallart Monès.** Conception actuelle, clinique, radiologique et anatomo-pathologique de la colite ulcéreuse grave (1). — **J. Puig-Sureda.** Commentaires sur la technique chirurgicale de l'appareil digestif (2). — **T. Hernando.** Système hypophyse-surrénale et ulcère peptique (3). — **A. Garcia Baron.** Diagnostic des complications abdominales aiguës dues à l'ascaris lumbricoïdes (4).

[61] **Gastroenterologia** (BALE), vol. 79, n° 4, Avril 1953. — **E. Weiss.** Situation actuelle du problème de la vagotomie dans l'ulcère gastrique et duodénal (1). — **R. Frercks.** Clinique des tumeurs neurogéniques de l'estomac (2).

N° 5, Mai. — **E. Lyon.** Affections chroniques de la vésicule biliaire, pancréatite chronique récidivante; diabète (3).

Review of Gastroenterology (New-York), vol. 20, n° 4, Avril 1953. — **E. F. Sciorsci.** Distension abdominale post-opératoire (1). — **S. Weiss.** Varices de l'œsophage (2). [62]

N° 5, Mai. — [*Symposium sur les varices œsophagiennes et sur le problème de l'hypertension portale*]. **J. W. Lord Jr.** Les dérivations du système porte dans le traitement de l'hypertension portale avec hémorragie gastro-intestinale massive (3). — **J. L. Medden.** La valeur clinique de la ligature des artères hépatique et splénique dans le traitement de la cirrhose du foie (4). — **E. M. Kent.** Le tamponnement médiastinal dans les varices œsophagiennes hémorragiques liées à l'hypertension portale (5). — **R. Upham.** Le syndrome post-cholécystectomique (6). — **E. D. Palmer** et **F. M. Smith.** Hématome sous-muqueux gastrique. Complication de la technique de la biopsie par aspiration (7).

The American Journal of Digestive Diseases (Fort-Wayne, Indiana), vol. 20, n° 4, Avril 1953. [63]
— **G. E. Konjetzny.** Le cancer superficiel de la muqueuse gastrique (1). — **H. Gauss.** Le problème de la douleur abdominale aiguë (2).

Appareil circulatoire.

Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux (Paris), an. 46, n° 4, Avril 1953. — **E. Donzelot, Ch. Dubost, Heim de Balsac, Metianu** et **Cuillemot.** Reconstitution d'une sténose mitrale après commissurotomie (1). — **J. Hébert, L. Scébat** et **J. Lenègre.** Incidents et accidents du cathétérisme du cœur droit (2). [64]

British Heart Journal (Londres), vol. 15, n° 2, Avril 1953. — **J. N. Pattinson.** Artère sous-clavière droite (Anomalie) (1). — **A. Venner** et **H. E. Holling.** Étude comparative de l'opération et des trouvailles cliniques dans la sténose mitrale et dans l'insuffisance mitrale (2). — **M. Hamilton, J. W. Litchfield, W. S. Peart** et **G. S. C. Sowry.** Phéochromocytome (3). [65]

Angiology (Baltimore), vol. 4, n° 2, Mars 1953. — **St. H. Gumbiner** et **J. L. Keeley.** Thrombus pédonculé de l'oreillette gauche ayant causé la mort au cours d'une embolectomie aortique (1). — **F. Martorell, T. Alonso** et **V. Salleras.** Le traitement par la sympathectomie lombaire des ulcérations post-poliomyélitiques de la jambe (2). — **A. R. Albanese.** La chirurgie et le chirurgien cardio-vasculaire (3). [66]

Appareil respiratoire.

Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoraciques (Paris), t. 7, n° 3, 1953. — **H. Métras, J. Charpin, H. Grégoire, S. Lieutier, C. Gaillard** et **C. Garcin.** Abcès du poumon. Résultats du traitement local à la sonde (1). — [*Sociétés*]. **J. Royer** et **A. Sloagnen.** Syphilis pulmonaire à forme pseudo-tumorale (2). — **R. Kourilsky, S. Regaud** et **G. Decroix.** Anthracose ganglionnaire localisée simulant un cancer du poumon (3). [67]

La Chirurgia Toracica (Rome), an. 6, n° 1, Février 1953. — **M. A. Chiechi.** Chylothorax traumatique (1). — **M. Sebastiani** et **M. Pitzalis.** A propos de l'exérèse du périkyste dans l'échinococcose pulmonaire (2). — **A. di Gennaro** et **G. de Luca.** Veine cave supérieure double diagnostiquée grâce au cathétérisme cardiaque (3). — **A. Trapani** et **A. Troianiello.** Variations de la sédimentation sanguine dans la chirurgie thoracique d'exérèse (4). [68]

The Journal of Thoracic Surgery (Saint-Louis), vol. 25, n° 4, Avril 1953. — **A. H. Aufses** et **M. S. Harte.** Résultats de la thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire, 11 à 16 ans après l'opération (1). — **J. M. Salyer, H. A. Blake** et **J. H. Forsee.** Hématome pulmonaire (2). — **H. T. Ransdell Jr** et **H. G. Ellison.** Volvulus d'un lobe pulmonaire en tant que complication de la hernie diaphragmatique (3). — **H. W. Benoit Jr** et **L. V. Ackerman.** Mésothéliomes pleuraux solitaires (4). — **F. H. Ellis Jr, J. H. Grindlay** et **J. A. Edwards.** Les artères bronchiques. IV. Occlusion expérimentale des artères bronchiques et obstruction des bronches (5). — **G. G. Graham, J. R. McDonald, O. Theron Clagett** et **H. W. Schmidt.** Recherche de cellules cancéreuses dans le liquide pleural (6). — **W. H. Muller Jr, F. X. Byron** et **H. W. Power.** Rupture œsophagienne traumatique tardive (7). — **J. M. Hanner** et **S. H. Cohen.** Réparation par greffe cutanée totale d'une plaie pénétrante de la portion thoracique de la trachée (8). — **R. L. Craig, G. W. Holmes** et **E. J. Shabart.** Résection trachéale et remplacement par prothèse (9). — **H. Swan** et **B. D. Stewart.** Un bouton modifié dans la technique de la fermeture des pertes de substance expérimentales du septum inter-auriculaire (10). — **W. M. Chardack** et **J. D. MacCallum.** Syndrome de Pancoast dû à un cancer bronchogénique; ablation chirurgicale réussie et irradiation post-opératoire (11). — **M. Taufie** et **F. J. Lewis.** Manière d'agir dans la création expérimentale des pertes de substance du septum ventriculaire (12). — **F. E. Martin** et **W. W. Stead.** Études physiologiques sur la période post-opératoire en chirurgie thoracique III. Étude de la ventilation en période post-opératoire immédiate (13). — **M. C. Sanford.** Éventration du diaphragme réparée au tantale (14). — **F. Gerbode** et **G. S. Marguiles.** Neurofibromatose avec neurofibromes intra-thoraciques du vague (15). [69]

N° 5, Mai. — **W. W. Stead, Martin** et **Jensen.** Études physiologiques après chirurgie thoracique. Le mécanisme du développement de l'acidose au cours de l'anesthésie (16). — **E. A. Naclerio, A. de L. Maynard** et **J. W. V. Cordice Jr.** Expériences de 10 cas de blessures du cœur consécutives traitées avec succès par péricardotomie et cardiorraphie (17). — **Hughes, Lowry** et **Polk.** Thoracoplastie et résection pour tuberculose pulmonaire (18). — **Buechner, Anderson, Strug, Seabury** et **Winthrop Peabody.** Résection pulmonaire dans le traitement de la blastomycose (19). — **D. Robb.** Cancer associé à la hernie du hiatus et à l'estomac thoracique (20). — **H. A. Albertson.** Fistule broncho-sous-diaphragmatique (21). — **R. H. Povah.** Thoracoplastie avec plombage à la lucite extra-périosté temporaire (22). — **Mac Kenzie** et **Theron Clagett.** Anévrysme rare de l'artère pulmonaire (23). — **W. L. Felton.** La réaction du tissu pulmonaire au lipiodol (24).

Système nerveux.

[70] **Revue Neurologique** (Paris), t. **87**, n° 6, 2e semestre 1952. — **E. Woringer, J. Schneider, G. Brogly, J. Baumgartner, G. Thomalske** et **R. Dorgler.** Notes sur la diminution de l'agression de l'acte neuro-chirurgical par les synergies médicamenteuses (1). — **M. Feld.** L'hémisphérectomie totale et subtotale, considérations de technique opératoire (2).

T. **88**, n° 1, 1er semestre 1953. — **J. E. Paillas, J. Bonnal** et **J. Corriol.** Étude sur l'épilepsie des tumeurs cérébrales; 70 observations de tumeurs épileptogènes (3).

N° 2. — **Laine, Mme Delandtsheer** et **Delandtsheer.** Étude d'une série de 8 angiomes intra-crâniens (4). — **Pages** et **Passouant.** Myasthénie d'Erb; énervation sinu-carotidienne; épilepsie secondaire; mort 6 ans après l'intervention (5). — **J. Guillaume, Mazars** et **Y. Mazars.** Chirurgie de l'épilepsie non tumorale; étude sur 4 années (6).

[71] **Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie** (Paris), t. **25**, n° 3, Avril, 1953. — [*Sociétés*]. **G. de Morsier, A. Rey, H. Feldmann** et **Y. Chesni.** Syndrome sensorio-moteur dans 1 cas d'encéphalopathie traumatique. Étude quantitative des troubles sensitifs et moteurs (1). — **Ch. Giraud, A. M. Larmande, J. Sudaka** et **A. Pestre.** Atrophie optique associée à un ostéome latent du sinus frontal (2). — **P. Gionard, P. Descuns** et **H. Garré.** Statistique opératoire sur 35 cas de névralgie faciale essentielle (3). — **R. Gouiric.** Forme tétanique d'une thrombophlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire (4). — **M. Brun, G. Sadouchi** et **A. Johannes.** Crâniopharyngiome pré-protubérantiel sans trouble ophtalmologique opéré et guéri (5). — **M. Brun** et **P. Audibert.** Un cas d'angiome cérébral rolandique gauche (6). — **Lazorthes** et **Caizergues.** Artériographie vertébrale dans 1 cas d'angiome du cuir chevelu de la région occipitale (7). — **J. Planques** et **Ch. Grezes Rueff.** Électro-encéphalographie des séquelles des traumatismes crâniens (8).

[72] **Zentralblatt für Neurochirurgie** (Leipzig), an. **12**, n° 6. — **W. Tönnis** et **R. Frowein.** Fistules du L. C. R. et pneumatocèles après blessures de la partie antérieure de la base du crâne (1). — **J. Zeitlhofer** et **H. Kraus.** Métastases extra-crâniennes des gliomes (2). — **G. Gerlach** et **H. W. Steinmann.** Résultats de l'E. E. G. chez 59 malades atteints de tumeurs du lobe temporal (3).

[73] **Journal of Neurosurgery** (Springfield), vol. **10**, n° 2, Mars 1953. — **Ch. E. Brackett Jr.** Complications de la ligature de l'artère carotide au niveau du cou (1). — **A. S. Crawford** et **R. S. Knighton.** Suite des observations concernant la tractotomie spino-thalamique médullaire (2). — **R. C. Schneider, L. J. Lemmen** et **B. K. Bagchi.** Le syndrome de l'hématome intra-cérébral traumatique avec des complications sus-tentorielles par contre-coup (3). — **J. A. Valone.** Paralysie du nerf cubital et traitement de sa difformité avec suggestion d'un blocage temporaire et partiel pendant la convalescence (4). — **R. B. Cloward.** Traitement de la rupture en disque intervertébral par la fusion des corps vertébraux (5). — **J. L. Poppen** et **E. W. Skwardk.** Méningiome fronto-pariétal et quadriplégie (6). — **G. Swain** et **J. M. Williams.** Granulomes éosinophiles des os. Une observation (7).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[74] **Annales de Médecine Légale et de Criminologie** (Paris), an. **33**, n° 1. Janvier-Février 1953. — **Th. Marti.** A propos de 2 observations de métastases carcinomateuses compliquant l'évolution de séquelles accidentelles (1). — **P. Mathieu.** Lombalgies d'origine traumatique au point de vue médico-légal (2). — **G. Daumezon** et **P. Paumelle.** Délinquance chez une topectomisée (3). — **R.** et **P. Pichon.** Hernie pulmonaire rétro-claviculaire d'origine traumatique (4).

[75] **Revue de la Tuberculose** (Paris), t. **17**, n° 3, 1953. — **R. Kaufmann.** Tuberculose adénogène (1).

[76] **Annales d'Endocrinologie** (Paris), t. **14**, n° 1, 1953. — [*Société*]. **Gilbert Dreyfus, Schiller, Zara, Savoie, Alexandre** et **Renier.** L'origine hypophysaire de la mélanodermie addisonnienne; A. C. T. H. et pigmentation (1). — **Klotz, Caroit** et **Lumbroso.** Étude clinique des effets obtenus par l'iode radio-actif dans le traitement de l'hyperthyroïdie; 31 cas (2).

[77] **Der Krebsarzt** (Vienne), an. **8**, fasc. 3-4, 1er Avril 1953. — **G. Domagk.** Existe-t-il des soins consécutifs établis d'après des recherches expérimentales et pleins d'espérances pour les cancéreux opérés ou irradiés ? (1). — **K. Boshamer.** Les soins consécutifs du cancéreux du point de vue du chirurgien (2). — **G. Schulte.** Le problème des soins consécutifs du cancéreux au point de vue du radiothérapeute (3).

[78] **Acta Tuberculosa Belgica** (Bruxelles), an. **44**, n° 2, Avril 1953. — **P. Gérard-Marchant.** Considérations sur la tuberculose ostéo-articulaire (1).

[79] **Tumori** (Milan), an. **39**, fasc. 2, 1953. — **A. Bissi** et **P. Pasini.** Considérations sur les tumeurs à cellules granuleuses (1). — **M. Bassi.** Action de l'extrait de l'urine des femmes atteintes d'un cancer de l'utérus, sur la peau de la souris (2). — **S. Armenio** et **G. Tedeschi.** Le granulome d'Agar; contribution à la connaissance de la morphologie insolite des granulomes par corps étrangers (3).

[80] **Archivio « de Vecchi » per l'Anatomice patologica e la Medicina Clinica** (Florence), vol. **18**, fasc. 3, Décembre 1952. — **Negri Lionello** et **L. Smorlesi.** La cytologie des tumeurs de la gonade masculine comme critère discriminateur de l'histogénèse et des diagnostics oncologiques (1). — **Negri Lionello** et **L. Smorlesi.** La pathologie tumorale de l'épididyme et sa critique (2).

Archives of Pathology (Chicago), vol. 55, n° 4, Avril 1953. — **W. H. Bauer** et **J. D. Bauer.** Classification des tumeurs glandulaires des glandes salivaires (1). [81]

The American Review of Tuberculosis (New-York), vol. 67, n° 4, Avril 1952. — **Th. F. Puckett.** Histoplasmose pulmonaire. Étude de 22 cas avec identification d'Histoplasma Capsulatum dans les lésions réséquées (1). — **R. P. Cone** et **H. R. Nayer.** Purpura thrombopénique avec carcinome bronchogénique primaire (2). — **W. A. Werner.** Pleurésie tuberculeuse et ostéogénèse imparfaite (3). [82]

N° 5, Mai. — **J. K. Lattinier.** Classification radiologique des lésions tuberculeuses du rein (4).

Archivos Cubanos de Cancerologia, vol. 11, n° 7-12, Juillet-Décembre 1952. — **N. Puente-Duany.** Épithéliomas de la peau et des lèvres chez les noirs et métis de Cuba (1). — **N. Puente-Duany.** Kyste papillaire malin solitaire du sein (2). [83]

Radiologie.

Journal de Radiologie, d'Électrologie et Archives d'Électricité Médicale (Paris), t. 34, n° 1-2, 1953. — **M. Pereira Caldos.** Artériographie des membres, de l'aorte abdominale et de ses branches (1). — **J. Caraven** et **Machoire.** Un signe indirect d'occlusion du grêle : le nivellement des godrons du côlon (2). — **A. Devois** et **R. Decker.** Un mode de cyclothérapie horizontale dans le cancer du col utérin (3). — [*Sociétés*]. **Cl. Béraud.** Aspect radiologique d'une réticulose osseuse maligne à marche subaiguë chez l'enfant (4). — **G. Voluter.** Pneumonie cancéreuse (5). — **M. Dargent, F. Ferroldi** et **J. Reboul.** Effets de la splanchnicectomie sur l'intestin grêle irradié (6). — **H. Gasca.** Un cas de nécrose aseptique du condyle interne (7). — **E. Truc, P. Bétoulières, R. Paleirac** et **G. Marchal.** A propos de deux cas d'uretérite kystique. Difficulté du diagnostic radiologique (6). — **V. Paschetta.** Importance du signe iléal et de la bulbite dans l'appendicite chronique du jeune. Quelques faits cliniques (9). — **P. Levère.** Mal de Pott lombaire supérieur avec fistule sous-trochantérienne gauche et fistule bronchique à droite (10). [84]

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Vernisigt nut Röntgenpraxis (Stuttgart), vol. 78, n° 4, Avril 1953. — **H. Pia.** Possibilités de guérison dans les fractures de la voûte crânienne chez les enfants (1). — **S. di Rienzo.** Radiologie du poumon opéré (2). — **K. E. Loose.** Cholangiographie intra- et post-opératoire avec des radiographies en série (3). — **A. Verhagen.** Influence de la radio et curiethérapie gynécologiques sur la teneur du sang en prothrombine (4). [85]

N° 5, Mai. — **L. Fischer.** L'importance diagnostique des dilatations fonctionnelles de l'œsophage en radiographie (5). — **L. Schumann.** Recherches radiologiques pour la distinction de l'hypospadias simple de l'hypospadie de l'hermophrodisme (6). — **K. Braunwarth.** Apparition simultanée de dysplasie fibreuse de Jaffe Lichtenstein et de fibromyxome extra-osseux (7). — **H. Fietz.** Luxations rares et fractures-luxations (8). — **Schoen.** La déchirure du tendon d'Achille en radiologie (9). — **H. Hartweg.** Tumeur géante de l'épicarde (10). — **K. Brantner.** La radiologie et l'évolution de la perforation par calcul biliaire (11). — **W. Haag.** Hémangiomatose étendue de la jambe gauche avec influence osseuse (12). — **M. Demoullin.** Volumineux corps étranger de bois du sigmoïde rendu visible par insufflation (13). — **H. Götting.** Forme précoce radiologique de l'ostéoarthrose atrophique syringomyélique de l'épaule avec contrôle de son évolution (14).

Strahlentherapie (Munich), vol. 90, fasc. 1, 1953. **W. E. Baensch.** La radiothérapie de la tendinite calcaire (1). — **H. Saitmacher.** La radiothérapie du goitre simple (2). — **W. Finck.** La rétraction des doigts de Dupuytren et sa radiumthérapie (3). [86]

Radiologia Medica (Turin), vol. 39, n° 3, Mars 1953. — **G. Fusi.** Sur l'ostéoporose au point de vue des altérations squelettiques chez le vieillard d'après l'étude d'un groupe de 20 vieillards (1). — **A. Toti.** L'artériographie des angiomes cérébraux (2). — **G. Brusori.** Image kystique du corps d'une vertèbre dorsale (3). — **M. Piemonte.** Sur la clinique et la radiologie de la nécrose mandibulaire (4). — **C. Scarinci.** Forme broncho-pulmonaire d'un cancer œsophagien ignoré (5). — **A. Muratorio** et **G. Porro.** Sur la veine émissaire frontale (6). [87]

N° 4, Avril. — **D. Catalano.** Sur l'anatomie radiologique du cardia (7). — **F. Chiariotti.** Sur les lésions pagétiformes monoostéotiques (8). — **E. De Bernardi.** Gastrites et états gastritiques par appendicopathie (9).

N° 5, Mai. — **R. Micali.** Sur un cas rare de duplicité rénale vraie (10). — **F. Fugazzola.** Sur les sténoses duodénales par le compas artériel (11).

Annali di Radiologia Diagnostica (Bologne), vol. 25, fasc. 4, 1952-1953. — **G. Paltrinieri.** Prolapsus de la muqueuse gastrique à travers le pylore (1). — **F. Perassi** et **G. Porro.** Ostéonchondrite disséquante du genou (2). — **M. Piazzi.** Ostéopathie de Paget à localisation exclusivement crânienne (3). [88]

Fasc. 5. — **L. Rossi.** Le rétropneumopéritoine dans l'étude de l'appareil urinaire (4). — **L. Rossi** et **S. Serrano.** Étude clinique et radiologique pré-opératoire des malades atteints de cancer de l'œsophage et du fond de l'estomac (5). — **L. Salvini** et **V. Giongo.** Radiologie du vaisseau rénal anormal polaire inférieur (6).

Acta Radiologica (Stockholm), vol. 39, fasc. 4, Avril 1953. — **B. Getz.** Variations normales de diamètre de l'orifice externe du canal carotidien (1). **E. Paterson** et **R. F. Farr.** Médulloblastome cérébelleux; traitement par irradiation de tout le système nerveux central (2). [89]

Suppl. 99. — **R. Kohler.** Investigations sur le reflux en pyélographie rétrograde (3).

Suppl. 100. — **G. Gorton.** Lymphadénectomie extra-péritonéale prophylactique post-opératoire dans le carcinome du col (4).

Suppl. 103. — **I. Bokström.** Principes de la tomographie vertébrale (5).

[90] **Radiologia Clinica** (Bale), vol. 22, n° 3, Mai 1953. — **C. Buetti.** Radio-diagnostic de certaines malformations rares de la colonne cervicale (1). — **J. Körbler, P. Grank, P. Skarica** et **I. Buhac.** Curiethérapie des cancers cutanés et des cancers de la lèvre (2).

[91] **The American Journal of Rœntgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine** (Springfield), vol. 69, n° 4, Avril 1953. — **P. B. Parsons.** Hernies paraduodénales (1). — **A. B. Skorneck.** Sarcome pseudo-diverticulaire de l'estomac (2). — **S. Krantz** et **B. B. Gay Jr.** Chondrosarcome primitif de l'os occipital (3). — **Ch. D. Smith** et **E. N. Weaser.** Lipome du corps calleux; un cas (4). — **E. J. Sennett.** Le chordome; ses aspects diagnostiques radiologiques et sa réponse à la radiothérapie (5). — **J. O. Hoppe** et **S. Archer.** Observations sur les séries des dérivés de l'acide Aryl Triiodo-alkanoïque; en particulier sur un nouveau moyen cholécystographique, le Télépaque (6). — **J. A. del Regato.** La classification internationale du carcinome du col de l'utérus (7).

N° 5, Mai. — **O. Deutschberger, A. A. Miglione** et **J. J. Gill.** Cas rare de fibrome intra-thoracique associé à une ostéoarthropathie (8). — **D. S. Dann** et **S. Rubin.** Hémangio-endothéliome pelvien (9). — **S. G. Castigliano** et **C. J. Rominger.** Dissection du cou après irradiation intensive (10). — **T. P. Eberhard.** Le radium dans le cancer lingual (11). — **H. P. Royster, E. D. Mayers Jr., R. B. Williams** et **R. C. Horn Jr.** Étude des métastases des ganglions lymphatiques cervicaux dans le carcinome à cellules squameuses de la cavité buccale (12). — **S. Welin.** Radiodiagnostic et examen suivi du cancer de l'hypopharynx (13). — **J. L. Morton.** Irradiation du cancer du col utérin avec le cobalt radio-actif 60 (14). — **N. Bolker.** Le bilan azoté dans le cancer (15).

[92] **Radiology** (Détroit), vol. 60, n° 4, Avril 1953. — **Cl. A. Stevenson** et **A. W. Sommer.** Diagnostic différentiel du carcinome chronique perforant du côlon (1). — **R. M. Potter.** Substances de contraste diluées dans le diagnostic des lésions du côlon (2). — **B. R. Girdany, L. Weill, Bass** et **G. W. Grier.** Réduction de l'invagination iléo-cæcale par pression hydrostatique (3). — **Fr. J. Bonte** et **H. L. Friedell.** Détection du carcinome gastrique précoce. Évaluation des résultats de l'examen radiologique chez les malades à symptomatologie gastro-intestinale (4). — **A. R. Mc Gee, L. W. Black** et **H. Beattie.** Pancréas annulaire (5). — **J. L. Curry, J. Stauffer Lehman** et **E. C. H. Schmidt.** Calcification de l'oreillette gauche. Huit cas vérifiés par la chirurgie à l'occasion d'opérations de sténose mitrale (6). — **D. B. Parshall** et **K. W. Stenstrom.** Lésions amygdaliennes malignes (7). — **L. Drey.** Étude radiologique de la synovite passagère de la hanche (8). — **R. G. Karshner** et **W. Hanafee.** Épines de palmier, agents d'épanchement articulaire chez les enfants (9).

N° 5, Mai. — **J. J. Mc Cort.** Apparence radiologique de métastases dans les ganglions lymphatiques centraux de l'artère mésentérique supérieure, dans le cancer du côlon droit (10). — **C. G. Smith.** L'aspect aux rayons X et la fréquence de nodules calcifiés de la commissure de l'habenula cérébrale (11). — **S. A. Leader.** Visualisation accidentelle des ventricules des mois après l'injection intra-crânienne de thorotrast (12). — **Moseley** et **Manly.** Nécrose osseuse aseptique dans la maladie à Sickle-Cell (13). — **H. P. Doub** et **Henny.** Radiologie des articulations temporo-maxillaires (14). — **Porporis, Zink** et **Wilson.** Expériences de l'Urokon sodique à 70 p. 100 en urographie intra-veineuse (15). — **R. Shapiro.** Le Teridax, nouveau moyen cholécystographique (16). — **Ch. T. Dotter, Wetchler** et **I. Steinberg.** Substances de contraste pour angiocardiographie (17). — **Kirsh** et **Spellberg.** Examen de l'intestin grêle avec la Carboxyméthylcellulose (18). — **R. Sukman** et **P. B. Daron.** La visualisation radiologique des sinus de Rokitansky-Aschoff comme signe supplémentaire de la maladie vésiculaire chronique (19). — **W. R. Scott.** Radio-diagnostic pré-opératoire des corps étrangers de la vésicule biliaire (20). — **A. H. Lévy** et **H. N. Schwinger.** Abcès périrénaux contenant du gaz (21). — **Rubenfeld.** Expériences de la technique d'irradiation rapide du cancer buccal (22).

Anesthésie.

[93] **Minerva Anestesiologica** (Turin), an. 19, n° 3, Mars 1953. — **N. Di Molfetta** et **E. Mangiavacchi.** Hypotension contrôlée et prostatectomie rétropubienne (1).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

[94] **La Presse Médicale** (Paris), an. 61, n° 23, 1er Avril 1953. — **D. Petit-Dutaillis, R. Messimy, J. Pecker** et **P. Namin.** Les hématomes sous-duraux à symptomatologie frontale (1). — **J. Mombaerts.** La cystalgie et les cystopathies (2).

N° 24, 4 Avril. — **Cl. Olivier.** L'heparinothérapie par voie intradermique (3). — **Favre** et **Chippaux-Mathis.** Une voie d'accès large postéro-interne à la loge vasculo-nerveuse du mollet et du creux poplité en chirurgie de guerre (4).

N° 25, 11 Avril. — **Deparis, Reboul, Manigand, Rougerie** et **Mme L. Bergès.** A propos d'un anévrysme artériel infectieux (5). — **Alb. Mouchet.** Arthrodèse ischio-fémorale résultant d'une blessure de guerre (6).

N° 26, 15 Avril. — **L. Leger.** Le papillome du canal de Wirsung (7). — **G. Dumon** et **R. Soulayrol.** Traitement local d'un abcès froid ganglionnaire par l'hydrazide de l'acide nicotinique (8).

N° 28, 22 Avril. — **Lucien Leger** et **P. Charroux.** La thoraco-phréno-laparotomie droite pour l'abord de l'œsophage (9).

N° 29, 25 Avril. — **Cl. Dubost.** Hémopéritoine par rupture spontanée d'un angiome du foie. Exérèse secondaire (10).

N° 30, 2 Mai. — **J. F. Porge.** Les malformations rénales congénitales chez l'enfant (11). — **G. Cabanié.** Le rôle du revêtement du canal anal dans la pathologie des fistules anales (12). — **A. Siméon.** Nouvelle technique de la transillumination du sein pour le diagnostic des tumeurs (13). — **L. Leger.** Traitement du hoquet post-opératoire par les ganglioplégiques (14). [94]

N° 31, 6 Mai. — **E. Braun-Menendez.** Hypertrophie compensatrice du rein et hypertension artérielle (15).

N° 33, 13 Mai. — **L. Durante.** Variante technique de la cholécystogastrostomie (16). — **Ph. Detrie.** Traitement de l'atonie vésicale post-opératoire par le mercurochrome (17).

N° 34, 16 Mai. — **J. Boyer, Corre-Hurst, Sapin-Jaloustre** et **Tissier.** Le tétanos en milieu urbain; conditions d'apparition; déductions prophylactiques (18).

N° 35, 20 Mai. — **M. Dechaume** et **Cl. Crépy.** Ostéosynthèse avec fil d'acier dans les fractures de l'angle et de la branche horizontale du maxillaire inférieur (19). — **A. Sicard, L. Leger** et **A. Bruel.** Traitement des fractures transcervicales récentes du fémur au moyen des prothèses acryliques (20). — **J. Oudot** et **J. M. Cormier.** Les sarcomes de l'ovaire (21). — **R. Aubaniac, R. Dumazer** et **Francois Charles.** Opacification de la vésicule biliaire par ingestion barytée; conséquences lointaines inattendues; déductions (22).

N° 36, 23 Mai. — **J. Patel** et **J. Facquet.** Essai de cure des sténoses ectopiques de l'aorte (23).

N° 37, 30 Mai. — **Gibert** et **Andrieux.** Les métastases osseuses des cancers réputés non ostéophiles (24).

La Semaine des Hôpitaux (Paris), an. 29, n° 22, 6 Avril 1953. — **Mahoudeau** et **Daum.** Cholestéatome (kyste dermoïde) intra-rachidien comprimant la queue de cheval; discussion nosologique (1). — **J. Le Beau** et **Perrault.** L'hypophysectomie totale dans le traitement du cancer (2). — **Cl. Gros** et **Temple.** Les manifestations médullaires des arthroses cervicales (3). — **Duplay** et **Cossa.** Psycho-chirurgie par la bande (4). — **M. Feld** et **Lecasble.** Hémisphérectomies et épilepsie; études électro-encéphalographiques (5). [95]

N° 23, 10 Avril. — **M. Bariéty, Ch. Coury** et **P. Mathé.** Sur la physiopathologie médiastinale; à propos de 50 cas de pneumomédiastin artificiel par voie directe (6).

N° 24, 14 Avril. — **J. Thoyer-Rozat.** Les ménorragies par anamolie de desquamation de l'endomètre (7).

N° 25, 18 Avril. — **P. Wertheimer.** Problèmes chirurgicaux des lumbagos (8). — **A. Bourguignon.** L'infiltration néoplasique des nerfs périphériques (9).

N° 26, 22 Avril. — **J. Schiller, Gilbert-Dreyfus, Zara, Cahn** et **Tyan.** Les troubles glycorégulateurs des gastrectomisés et leur traitement par la cortisone (10).

[*Médecine dans le Monde*], n° 1, Avril 1953. — **B. S. Ten Berge.** Traitement opératoire de la tuberculose des organes génitaux internes de la femme à l'aide du P. A. S. et de la streptomycine (11). — **Bœrema.** Le traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale avec ligature lente et enveloppement dans une greffe de peau (12). — **R. Brinkman.** Le CO^2 expiratoire durant l'anesthésie (13). — **L. D. Eerland.** Lobectomie, résection segmentaire et pneumonectomie pour tuberculose pulmonaire (14). — **J. F. Nuboer.** Nouveau cas de crosse aortique double (15).

N° 27, 26 Avril. — **R. Thurel, J. Grenier** et **F. Lutier.** Hémiplégie post-sérothérapique (16).

N° 29, 2 Mai. — **Creyx, Jeng-Lévy** et **Serres.** L'anémie des hernies diaphragmatiques; physiopathologie (17). — **Ch. Debray, J. Roge** et **d'Autray-Tarte.** Les rétrécissements du rectum révélateurs de cancers de l'estomac (18).

N° 30, 6 Mai. — **Ch. Debray** et **P. Housset.** Sur les appareillages actuels et sur les progrès à réaliser en endoscopie gastrique (19). — **G. Desbuquois, G. Guiot** et **N. Pouloukhine.** Traitement chirurgical des crânio-sténoses : technique nouvelle pour l'oxycéphalie (20). — **Berger, Guinet** et **Moret.** Le radioiode dans l'étude physiopathologique du goitre chez le jeune (21).

N° 34, 22 Mai. — **N. Weimann, S. Stehlin** et **M. Manciaux.** Maladie d'Ellis van Creweld (22).

Gazette des Hôpitaux (Paris), an. 126, n° 13, 10 Mai 1953. — **P. Funck-Brentano.** La castration chirurgicale et son traitement (1). — **J. Praizet, A. Jammes** et **F. Escande.** Intérêt de la tomographie au cours de certains cholécystographies (2). [96]

N° 14, 20 Mai. — **P. Lance.** Les endoprothèses en matière plastique dans la chirurgie réparatrice des membres (3). — **Desvignes, Brun** et **Audibert.** Évolution ophtalmologique chez un traumatisé crânio-cérébral grave avec perte de substance osseuse et cérébrale (4).

N° 15, 31 Mai. — **J. Prouzet, A. Jammes** et **G. Teulie.** Les rayons ultra-violets : traitement du syndrome de Volkmann (5).

Le Bulletin Médical (Paris), an. 67, n° 7, 1er Avril 1953. — **L. de Gennes.** Le traitement hormonal des cancers du sein (1). [97]

Gazzette Médicale de France (Paris), t. 60, n° 7, 1er avril 1953. — **M. Fèvre.** Les tumeurs sacro-coccygiennes (1). — **D. Pellerin.** Les malformations ano-rectales; thérapeutique (2). — **B. Duhamel.** Les hernies par l'hiatus œsophagien et les malpositions cardio-tubérositaires chez le nourrisson et chez l'enfant (3). [98]

N° 9, 1er Mai. — **S. Laborde.** Le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus (4). — **H. Redon.** Les limites du traitement chirurgical du cancer (5). — **B. Pierquin** et **J. Dutreix.** Les radiations de haute énergie dans le traitement des cancers (6). — **R. Branellec** et **R. Villacequelancien.** Traitement du cancer de l'anus (7).

La Revue du Praticien (Paris), t. 3, n° 10, 1er Avril 1953. — **Lelong, G. Laurence** et **M. Dubois.** Dépistage par le praticien des malformations néo-natales chirurgicales (1). — **G. Laurence** et **G. Anglade.** Organisation d'un centre de chirurgie néo-natale (2). — **MM. Fèvre** et **J. Saloff.** Occlusions duodénales d'origine congénitale (3). — **P. Petit.** Le traitement chirurgical de l'atrésie congénitale de l'œsophage (4). — **A. Prochiantz.** Les hernies amniotiques (5). — **G. Laurence.** Imperforations anales (6). [99]

N° 13, 1er Mai. — **Et. Chabrol.** Introduction à l'étude de la lithiase biliaire (7). — **M. Roux.** Étude clinique et radiologique de la lithiase du cholédoque (8).

[99] N° 15, 21 Mai. — **P. Hillemand** et **R. Wattebled.** A propos des hernies diaphragmatiques de l'estomac par l'hiatus œsophagien chez l'adulte (9). — **G. Albot** et **M. Parturier-Albot** : Le diagnostic des cancers de l'estomac (10). — **J. L. Lortat-Jacob.** Chirurgie de l'œsophage (11).

[100] **Ouest-Médical** (Paris), an. 6, n° 7, 10 Avril 1952. — **J. M. Payard** et **J. Beauchant.** Données récentes sur le traitement de la maladie de Hodgkin (1).
N° 8, 25 avril. — **R. Gauducheau, M. Mousseau, R. Laine** et **J. Tardiveau.** Orientation actuelle du traitement des cancers du col utérin (2).
N° 9, 10 Mai. — **P. Perrin.** Plaidoyer pour la sémiologie vasculaire périphérique (3).

[101] **Lyon Médical** an. 85, n° 16, 19 Avril 1953. — **P. Bernay, A. Houver, R. Soubrier** et **R. Favre.** Syndrome carentiel et polynévritique chez un gastrectomisé ayant présenté cinq ans après l'intervention une sténose de l'anse afférente (1).
N° 17, 26 Avril. — **M. A. Notter.** Traitement prophylactique et curatif des abcès du sein par l'association auréomycine-chloramphénicol (2). — **J. Graber-Duverney.** Arthrite chronique de la hanche d'origine sérique (3).
N° 18, 3 Mai. — **G. Gelin, X. Maurin** et **F. Gomez.** Ictère rétentionnel par kyste hydatique de la tête du pancréas (4).
N° 19, 10 Mai. — **M. Jacod** et **L. Masserano.** Importance de la röntgenthérapie pré-opératoire dans le traitement de certains épithéliomas laryngo-pharyngés (5).
N° 21, 24 Mai. — **Gerest** et **Boucher.** Hémiplégie par thrombose de la carotide primitive; 2 cas (6).

[102] **Journal de Médecine de Lyon** an. 34, n° 798, 5 Avril 1953. — **Martin, Plauchu** et **Potton.** Étude anatomo-clinique de l'artérite temporale: maladie de Horton-Gilmour (1). — **A. Guichard** et **F. Cabanne.** Des chorio-épithéliomes pulmonaires chez l'homme et de leurs formes dites primitives (2).
N° 799, 20 Avril. — **C. Flemming.** Le traitement des fractures chez les gens âgés (3).

[103] **Journal des Sciences Médicales de Lille** an. 71, n° 4, 15 Avril 1953. — **L. Courty, M. Gaudefroy** et **Jospin.** Formes atypiques de la vaginite à trichomonas (1). — **G. Carlier, M. Fontaine** et **A. Loiseau.** L'énervation talonnière dans les talalgies; bases anatomiques (2).
N° 5, 15 Mai. — **F.** et **J. Francon.** Comment diagnostiquer et traiter les éperons calcanéens (3). — **J. Cotrel.** Sur le traitement de la scoliose (4).

[104] **Echo Médical du Nord** (Lille), t. 24, n° 4, Avril 1953. — **Caleb.** Responsabilité du chirurgien et consentement à l'opération (1).

[105] **Montpellier Médical** an. 96, n° 3, Mars 1953. — **J. Delmas.** Introduction à l'étude du système nerveux sympathique (1).

[106] **Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest** an. 130, n° 4, Avril 1953. — **Darmaillacq.** Traitement chirurgical de la stérilité féminine (1).
N° 5, Mai. — **Sociétés. J. Magendie** et **J. J. Dubarry.** Mégacsophage; opération de Heller et splanchnicectomie gauche par voie thoracique; excellents résultats anatomique et fonctionnel (2). — **Auché** et **Biraben.** Lymphome bénin du rectum (3). — **G. Ferdière.** Lésion du pédoncule cérébral par une dent de fourche transorbitaire (4).

[107] **Revue Médicale de Nancy** an. 74, t. 78, 1er-15 Avril 1953. — **J. Sommelet.** Le traitement des tumeurs vasculaires du cerveau (1). — **A. Willems.** Méthode nouvelle de laryngectomie avec implantation endolaryngée de lambeaux de Thiersch (2). — **C. Feuillet, R. Thieboux** et **Gérardin.** Valeur pratique de la psycho-chirurgie (3). — **Michon, Lavergne** et **Rabischong.** Ostéoporose sénile évoluée; hormonothérapie (4).
1er-15 Mai. — **A. Bodart, N. Neimann, J. Lesure** et **M. Pierson.** Kyste géant du cholédoque (5).

[108] **Strasbourg Médical** t. 4, n° 4, Avril 1953. — **J. Warter** et **R. Moise.** Tumeur glomique sous-unguéale et syndrome de Raynaud (1). — **J. Warter, Ch. Gros, L. Ruyssen** et **R. Moise.** Maladie de Hodgkin ayant évolué 17 ans (2). — **J. Kuntzmann** et **L. Hollender.** De la chirurgie du cancer de l'œsophage thoracique (3). — **H. Bas** et **M. Dettloff.** De deux cas d'ictère prolongé traités chirurgicalement (4).

[109] **Toulouse Médical** an. 54, n° 4, Avril 1953. — **Sendrail** et **Blum.** Les hyperthyréoses par thyroïdites et strumites (1).

[110] **Marseille Médical** an. 90, n° 4, 1953. — **L. Isemein** et **L. Perdrix.** Considérations générales sur la maladie arthrosique (1).

[111] **Le Sud Médical et Chirurgical** (Marseille), an. 86, n° 2372, 30 avril 1953. — **Cl. Kohler** et **G. Fargeot.** Les conséquences neuro-psychiatriques précoces et tardives des brûlures chez le jeune enfant (1).

[112] **Algérie Médicale** (Alger), an. 57, n° 3, Mars 1953. — *(Sociétés).* **Allouche, Deida** et **Mme J. Marneffe.** Cancer du sein chez l'homme: métastases multiples pulmonaires, osseuses, cutanées (1). — **Berland, Gredi, Gravier.** Cancer bronchique chez une jeune fille; ectomie (2). — **A. Levi Valensi** et **Molina.** Hémorragie méningée après thoracoplastie (3). — **Alquié, Jonca** et **Maurin.** Réaction péritonéale au cours de l'entretien d'un pneumo-péritoine (4).

[113] **Maroc Médical** (Casablanca) an. 32, n° 335, Avril 1953. — **J. Lenègre** et **B. Coblentz.** La commissurotomie mitrale (1). — **P. David, E. P. Gagnon** et **O. Gralloreto.** Sur 53 cas opérés pour sténose mitrale (2). — **P. Danset.** La commissurotomie mitrale d'après le récent Congrès européen de Cardiologie (3). — **H. Welti.** Problèmes d'actualité en chirurgie cardio-vasculaire (4).

La Tunisie Médicale (Tunis), an. 41, n° 4, Avril 1953. **Mabille, Brandenbourg** et **Barsotti.** [114] Atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule œsophago-bronchique distale (1). — **M. Delort, Dana, Ganem, Borsoni** et **Tedeschi.** 18 observations de gastro-entérologie sanctionnées par vérification chirurgicale (2).

Bulletin Médical de l'Afrique Occidentale Française (Dakar), t. 9, fasc. 2, Juillet-Décembre 1952. [115] — **P. Navarranne, P. Paris** et **R. Camain.** Sur l'appendicite en milieu africain (1).

Allemagne.

Deutsches Medizinisches Journal (Berlin), an. 4, fasc. 9-12, 26 Mai 1953. - **H. Kalk.** Résul- [116] tats de la laparoscopie et de la biopsie dans la pratique des maladies du foie (1).

Das Deutsche Gesundheitswesen (Berlin), an. 7, n° 40, 30 Octobre 1952. - **A. Graffi** et **H. Gum-** [117] **mel.** Sur la question de l'action cancérogène de l'hormone sexuelle stéroïde (1). — **H. Sachs-Polster.** Falicain. Un nouvel anesthésique pour anesthésie péridurale (2).

N° 41, 9 Octobre. — **O. Rostoski.** Obésité cérébrale traumatique (3). — **S. R. Lorenz.** Sur la grossesse tubaire interstitielle (4).

N° 42, 16 Octobre. — **G. Erdmann** et **J. Becker.** L'infusion intra-tibiale chez le nourrisson (5). — **W. Rieper.** 100 prostatectomies d'après Millin (6).

N° 43, 23 Octobre. — **W. Steyer.** Altérations squelettiques dans les maladies du système endocrine; en particulier dans la maladie de Basedow (7).

N° 45, 5 Novembre. — **P. Naumann.** Sur la maladie échinococcique chez l'homme (8).

N° 49, 4 Décembre. — **S. Krefft.** Les cas mortels chez les boxeurs (9).

N° 50, 11 Décembre. — **V. Uebermuth.** Sur l'expertise des lésions vertébrales (10).

N° 51, 18 Décembre. — **W. Félix.** La chirurgie du diaphragme (11).

N° 52, 25 Décembre. — **G. Kaiser.** Sur la réduction non sanglante et le traitement de la fracture du calcanéum (12). — **E. Sieber.** Expériences du diagnostic discographique dans le prolapsus discal (13). — **H. Weiss.** Clinique et traitement des abcès cérébraux otogènes (14).

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 78, n° 15, 10 Avril. **N. Henning** et [118] **K. Heinkel.** Pathogénie, diagnostic et traitement des maladies du pancréas (1). — **W. Polt, H. W. Knipping, H. Valentin** et **H. Venrath.** Les indications de la chirurgie cardiaque (2). — **H. Stollreiter.** Un nouveau gastroscope pour exicisons (3).

N° 16, 17 Avril. — **H. E. Bock** et **B. Schölmerich.** Sur la cure opératoire des sténoses mitrales (4).

N° 17, 24 Avril. — **E. Philipp.** La tuberculose génitale chez la femme (5).

N° 18, 1er Mai. — **Baumgartel** et **Zahn.** La flore bactérienne intestinale dans le cancer (6). **G. Griesser** et **Henftling.** Le Dromoran-Roche dans le traitement des états douloureux chirurgicaux (7).

N° 19, 8 Mai. — **H. Hartl.** Indications gynécologiques de la balnéothérapie (8). — **A. Röhling.** Pénicillinothérapie de l'ostéomyélite aiguë hématogène (9).

N° 20, 15 Mai. — **R. Wanke.** Problèmes actuels du traitement du cancer mammaire (10). — **F. Kummerle** et **D. Lorenz.** Le traitement de la fracture de jambe (11).

N° 21, 22 Mai. — **H. W. Pässler.** L'indication du traitement chirurgical des maladies vasculaires des membres (12).

N° 22, 29 Mai. — **J. Zimmermann.** Contribution à la connaissance du syndrome de Meigs (Fibrome ovarien, asate et hydrothorax associés) (13).

Medizinische Monatschrift (Stuttgart), an. 7, fasc. 1, Avril 1953. **N. Goosens** et **M. Durr.** [119] Sur l'hémostase parentérale (1). — **W. Sturm.** La fièvre dans les tumeurs rénales malignes (2). — **W. Michrew.** Dystonie végétative dans les tumeurs malignes (3).

Fasc. 5, Mai. — **H. Leichsenring.** Le problème de la maladie de l'ulcère (4). — **W. Hausner.** Herpès zoster avec vésicules aberrantes dans la spondylite tuberculeuse (5).

Münchener Medizinische Wochenschrift an. 95, n° 14, 3 Avril 1953. - **Hoffmann.** Sur le dia- [120] gnostic de la maladie calculeuse biliaire (1). — **R. Wanke.** Maladies des artères et chirurgie du sympathique (2). — **W. Bolt, H. W. Knipping** et **H. Rink.** Questions pratiques de la fonction cardiaque et pulmonaire en chirurgie du poumon (3). — **B. Karitzky.** Traitement préopératoire et consécutif (4). — **B. Valentin.** La ligne épiphysaire et son importance (5).

N° 15, 10 Avril .— **W. Bolt, W. Knipping** et **H. Rink.** Résultats de l'analyse fonctionnelle pré et post-opératoire en chirurgie pulmonaire (Carcinome bronchique et tuberculose pulmonaire) (6). — **W. Keiderling** et **H. Scharpf.** Signification clinique de la détermination du taux du cuivre et du fer dans le sérum dans les états cancéreux (7). — **H. Weese.** Possibilités thérapeutiques avec les substituts sanguins (8).

N° 16, 17 Avril. — **F. Scheuer.** La gibbosité tuberculeuse de la jeunesse (9). — **W. Pieper.** La question de la guérison des destructions osseuses de l'ostéodystrophie fibreuse généralisée de Recklinghausen (10). — **W. Bolt, Knipping** et **Rink.** Résultats fonctionnels pré- et post-opératoires des interventions chirurgicales sur le poumon (11).

N° 17, 24 Avril. — **F. Demmer.** L'appendicite aiguë, règles du diagnostic; indications (12).

N° 18, 1er Mai. — **H. Muller.** Le diverticule de l'estomac (13).

N° 19, 8 Mai. — **F. Bsteh.** Contribution à la connaissance de la genèse des tumeurs iléo-cæcales après appendicectomie (14).

N° 20, 15 Mai. — **Pflaumer.** Technique de l'injection intra-veineuse (15).

N° 21, 22 Mai. — **A. Angerer.** La rupture de l'artère méningée moyenne par traumatisme couvert (16).

N° 22, 29 Mai. — **E. Asang.** Contribution au diagnostic neurologique de la protrusion discale (17). — **S. Raabe.** Matériel de pansement sulfamidé dans le traitement des blessures (18). — **E. Seifert.** Arthrose déformante à ses débuts (19).

Autriche.

[121] **Wiener Medizinische Wochenschrift,** an. 103, n° 14, 4 Avril 1953. — **R. F. X. Pellegrini.** L'indication opératoire dans la dilatation idiopathique de l'œsophage (1). — **H. Meuser.** Lithiase rénale accentuée bilatérale et grossesse (2).

N° 16, 18 Avril. — **F. D. Rendelstein.** Prolapsus utérin et cancer (3).

N° 17, 25 Avril. — **D. Nitsche.** La plastie dans l'hypoplasie mammaire (4).

N° 19-20, 9 Mai. — **H. Sturzberg.** Comment éviter les lésions nerveuses dans les injections? (5). — **H. Tischer.** L'importance de la conservation de l'utérus comme porteur du radium dans les cancers ovariens (6).

N° 21, 23 Mai. — **K. Stampfel.** Kyste dermoïde avec formations dentaires, intra-abdominal (7).

N° 22, 30 Mai. — **F. Mandl.** Prophylaxie pré-opératoire des accidents cardiaques et circulatoires (8). — **G. Seidl.** Tuberculose des ganglions lymphatiques de la région épigastrique (9).

[122] **Wiener klinische Wochenschrift,** an. 65, n° 14, 3 Avril 1953. — **G. Hammer.** Le drainage des voies urinaires supérieures (1).

N° 15, 10 Avril. — **Strahberger.** Sur les résultats du traitement conservateur de l'empyème pleural (2). — **D. Manizade.** Le phytobezoard en Turquie; son étiologie et l'ulcère gastrique associé (3).

N° 16, 17 Avril. — **G. Stepantschitz** et **B. Schreiner.** Clinique et traitement de la maladie de Hand-Schuller-Christian (4). — **H. Bruck.** Sur un cas de lobe pulmonaire aberrant vrai (5). — **W. Bernaschek.** La ventrisuspension du moignon du col dans l'amputation sus-vaginale de l'utérus (6).

N° 17, 24 Avril. — **H. Moser.** Sur les kystes pancréatiques (7). — **H. Jesserer.** Une insuffisance parathyroïdienne après opération de goitre peut-elle guérir? (8).

N° 18, 1er Mai. — **F. Ernst** et **E. Wiesner.** Tumeurs malignes du sympathique dans l'enfance (9). — **F. Raindl, F. Schuhfried** et **B. Thurnher.** L'excitation électrique des muscles du mollet et courant sanguin veineux (10). — **R. Jonas, H. Gross** et **H. Huber.** Hémorragie grave chez l'hémophile traitée par plasma antihémophilique (11). — **W. Luze.** La sympathectomie lombaire comme traitement de la colite ulcéreuse (12).

N° 19, 8 Mai. — **V. Grünberger.** Grossesses après traitement conservateur des altérations graves inflammatoires et des tumeurs bénignes des annexes (13). — **R. Buchberger** et **G. Salem.** Sur l'importance de la vascularisation dans la consolidation des fractures (14).

N° 20, 15 Mai. — **T. Antoine.** Un cas extraordinaire de colpocléisis (15). — **A. Kenner.** Thoracoplastie ou pneumolyse (16). — **A. Plenk.** Sur l'excision radicale ou palliative du cancer gastro-intestinal (17). — **P. Werner.** Sur le traitement du cancer du col (18). — **A. Winkelbauer.** Sur la pancréato-duodénectomie pour cancer de la tête du pancréas (19). — **L. Halshofer.** Adéno-cancer mucoïde du pancréas avec métastases diffuses des poumons (20). — **W. Heilig.** Sur les suites du traitement du cancer du sein à l'Institut Rœntgen de 1937 à 1947 (21). — **H. Knaus.** Sur le traitement opératoire de la tuberculose génitale chez la femme (22). — **H. Kung.** Les indications de la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (23). — **E. Maier.** La radiothérapie du cancer utérin (24). — **K. Wasserburger.** La radiumthérapie du sarcome des tissus sanguiformateurs (25).

N° 21, 22 Mai. — **S. Burkert** et **G. Salem.** Résultats éloignés des blessures du rein (26). — **K. Jungwirth.** La bactériémie post-opératoire des maladies pyogènes (27).

N° 22, 29 Mai. — **P. Wurnig.** L'ulcère gastrique et duodénal aigu post-traumatique post-infectieux et post-opératoire (28). — **L. Kucsko.** Sur les varicosités des veines spinales (29).

[123] **Klinische Medizin** (Vienne), an. 8, fasc. 5, 1er Mai 1953. — **H. Husslein, E. Schüller** et **A. Fink.** États consécutifs à l'hystérectomie (1). — **Hofmann-Credner.** La stimulation du lobe hypophysaire antérieur par une excitation non spécifique du cerveau intermédiaire (2). — **O. Bruckschwaiger.** Tumeurs à cellules claires de la vessie et du testicule (3).

Belgique.

[124] **Le Scalpel** (Bruxelles), an. 106, n° 15, 11 Avril 1953. — **L. Van Diest.** L'endométriose (1).

N° 17, 25 Avril. — **J. Lederer.** Les relations thyro-ovariennes en clinique (2).

N° 21, 23 Mai. — **J. Goethals-Borin.** Quelques notions élémentaires et vérités essentielles concernant la phlébite (3).

N° 22, 30 Mai. — **Picard** et **Gaspard.** Les tumeurs pleurales (4).

[125] **Bruxelles-Médical,** an. 33, n° 14, 5 Avril 1953. — **Bedrine** et **Houlne.** La tuberculose de l'endomètre (1). — **J. Bastin.** Sur la technique des sutures gastriques et intestinales (2).

N° 15, 12 Avril. — **J. Bastin.** Sur la technique des sutures gastriques et intestinales (3).

N° 16, 19 Avril. — **Servelle, Stas** et **Rougeulle.** Indications des greffes artérielles (4).

N° 17, 26 Avril. — **H. Laborit.** Réflexions sur l'évolution de l'hibernation artificielle (5).

N° 18, 3 Mai. — **G. Lambert.** Biopsies endométriales suivies de grossesse (6). — **P. E. Pirard.** Résultats de l'infiltration du ganglion cervical supérieur dans certaines formes de stérilité chez la femme (7).

N° 20, 17 Mai. — **G. Habay.** L'hypertension artérielle (8).

N° 22, 31 Mai. — **J. De Paepe.** Lésions de l'isthme de la trompe (9).

126] **Acta Clinica Belgica** (Bruxelles), t. 8, fasc. 1, Janvier-Février 1953. — **P. Desaive** et **E. Monnoyer.** Sur la diagnostic différentiel des tumeurs tubo-ovariennes (1).

Fasc. 2, Mars-Avril. — **R. Tagnon.** L'activité cortico-surrénale au cours du diabète et de ses complications (2).

evue Médicale de Liège vol. 8, n° 7, 1er Avril 1953. — **R. Couvelaire** et **J. Foret.** Le rôle du chirurgien dans le traitement de l'insuffisance rénale aiguë (1). — **J. Conradt.** Embryomes du rein (2). — **R. Dupont.** Traitement chirurgical de 1 cas de paralysie du sciatique poplité externe (3). [127]

N° 8, 15 Avril. — **R. Dupont.** Ouverture d'un abcès froid dans le péritoine (4).

Espagne.

nales de la Real Academia Nacional de Medicina (Madrid), t. 70, Fasc. 1, 1953. **F. Martin Lagos.** Les problèmes biologiques que pose le goitre colloïde métastasiant; un cas (1). **S. Carro.** Prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum (2). — **J. de la Villa.** Relation entre la forme de l'énarthrose coxo-fémorale et sa fonction (3). [128]

evista Clinica Espanola (Madrid), t. 48, n° 6, 31 Mars 1953. **A. Garcia Beron.** Statistique d'un millier de hernies étranglées (1). — **A. Lopez-Pina.** La réanimation et le réanimateur et ses responsabilités (2). — **J. Jimenez Cervantes.** Sur deux cas de dentiers dans l'œsophage (3). — **F. Garcia.** Réticulo-sarcome de type réticulo-syncitial, évolution (4). [129]

T. 49, n° 1, 15 Avril 1953. — **J. J. Vasquez Anon.** Kystes échinococciques de localisation crânio-encéphalique (5). — **J. R. Boixados.** Pyramidotomie du pédoncule cérébral pour le traitement de la choréoathétose (6). — **M. de Alda Calleja.** Thrombose des vaisseaux mésentériques (7). — **P. Blanco-Morales.** État actuel de la thérapie des pancréatites (8).

N° 2, 30 Avril. — **I. de Gispert Cruz** et **R. Gironis.** Syndromes neurologiques par spondylose et protrusion discale cervicale (9). — **M. Rios Mozo.** Influence de la néphrectomie sur le glutathion du sang (10). — **A. Garcia Baron.** Diagnostic des complications abdominales aiguës provoquées par la présence des ascaris lumbricoïdes (11).

aceta Medica Espanola (Madrid), an. 27, n° 4, Avril 1953. **Palma Alonso.** Un cas de cancer du pancréas (1). — **De Camp, Landry, Ochsner** et **Debakey.** Thrombophlébite spontanée (2). — **Martin Lagos.** Les problèmes biologiques que pose le goitre appelé colloïde métastatique (3). [130]

N° 5, Mai. — **M. Bastos Ansart.** Réflexions sur la technique de l'amputation (4). — **J. Mc Michael.** Le traitement de l'hypertension (5). — **R. Huguenin.** Traitements hormonaux et chimiques des cancers (6).

Iedicina (Madrid), an. 21, n° 3, Mars 1953. **M. de Quadros Tejeiro.** Syndromes aigus de la fosse iliaque droite d'origine non appendiculaire (1). — **F. Enriquez de Salamanca.** Le cardiaque comme risque chirurgical (2). — **C. Younger.** Périnéphrites aiguës (abcès ou phlegmon périnéphrétiques) (3). — **M. Ruiz.** Iléus biliaire d'évolution bénigne, provoqué par un ascaris lumbricoïdes se trouvant en partie dans le duodénum et en partie dans le canal cholédoque (4). [131]

Iedicina y Cirurgia de Guerra (Madrid), vol. 15, n° 5, Mai 1953. **J. Picazo Guillen.** Organisation d'un service de transfusion de sang (1). [132]

Iedicina Espanola (Valence), n° 169, Avril 1953. — **C. Carbonell Antoli.** Répercussion biologique de l'aggression chirurgicale (1). — **L. Laporta y Bort.** Quelques causes d'erreur dans le diagnostic du cancer de l'estomac (2). [133]

ctualidad Medica (Grenade), an. 29, n° 340, Avril 1953. — **Cl. Hernandez Meyer.** Nécrose pancréatique aiguë (1). — **J. L. Martinez Muro** et **F. Beltran Munoz.** Collapsus et shock (2). [134]

N° 341, Mai 1953. — **E. Stiefel** et **J. Lozaro.** Ostéo-arthropathie hypertrophiante, pachydermia plicata et aspergillose pulmonaire (3).

Grande-Bretagne.

he Lancet (Londres), vol. 264, n° 6762, 4 Avril 1953. — **F. Lanceley** et **Mc Entegart.** Le trichomonas vaginalis chez l'homme (1). — **I. W. Mc Phee.** Les troubles de la motilité de l'intestin grêle (2). [135]

N° 6763, 11 Avril. — **C. R. Mc Laughlin.** Réparation primitive immédiate des pertes de substance cutanées avec des lambeaux locaux (3). — **A. R. Taylor.** Troubles médullaires avec spondylose cervicale (4).

N° 6764, 18 Avril. — **H. P. Wingsbury-White.** Le traitement du cancer de la vessie (5). — **J. Penman.** La technique de l'injection trigéminale (6). — **J. C. Houston.** Phlébotomie pour hémochromatose (7). — **A. Elkeles.** Tumeur parathyroïdienne avec hyper-parathyroïdisme et ulcères gastrique et duodénal coexistants (8).

N° 6765, 25 Avril. — **J. C. Dick.** Effets de l'isoniazide sur les lésions tuberculeuses du rein (9). — **P. Saint G. Anderson.** Un cas de polyorchidisme (10). — **Ch. Dundon.** L'emploi d'un cathéter gradué dans la prostatectomie rétropubienne (11).

N° 6766, 2 Mai. — **J. Gilmour.** Pronostic et traitement de l'ulcère peptique perforé aigu (12). — **A. H. Hunt.** Un passe sutures doubles (13).

N° 6767, 9 Mai. — **P. Clarkson.** La cortisone aide à la chirurgie dans le traitement des chéloïdes (14).

N° 6768, 16 Mai. — **C. C. Cobb. J. Hall** et **R. A. Hall.** Le contrôle de la pression sanguine dans l'opération du phéochromocytome (15).

N° 6769, 23 Mai. — **J. C. N. Wakeley.** Le testicule périnéal (16). — **D. Freeth.** Pelvi support amélioré pour le rétracteur de Doyen (17).

N° 6770, 30 Mai. — **R. Semple.** Diabète et maladie des artères périphériques (18).

[136] **British Medical Journal** (Londres), n° 4813, 4 Avril 1953. — **Sir J. Learmonth.** Le chirurg et l'ischémie (1). — **F. Graham Marson, Meynell** et **Welsh.** Pyléphlébite et septicé traitées par l'auréomycine (2). — **Sweetnam, Shepherd** et **Murphy.** Obstruction de l'intes grêle chez deux enfants prématurés (3).

N° 4814, 11 Avril. — **Ian Aird, H. H. Bentall** et **J. A. Fraser Roberts.** Les relations en le cancer de l'estomac et les groupes sanguins A B O (4).

N° 4815, 18 Avril. — **A. E. Bremner** et **G. A. Neligan.** La forme bénigne de l'ostéite aig de la colonne vertébrale chez le jeune enfant (5). — **J. Anagnostou** et **G. J. Frangopoul** Puberté précoce causée par une tumeur à cellules interstitielles du testicule (6). **D. Bowsher.** La pression du liquide cérébro-spinal (7). — **R. D. G. Creery.** L'appendic aiguë du nouveau-né (8).

N° 4816, 25 Avril. — **J. Cosbie Ross, J. G. Gow** et **Hill.** Le traitement de la tubercul génito-urinaire (9). — **P. C. Reynell** et **E. A. Martin.** Péritonite à monilia (10). — **T. A. Sa** Sténose hypertrophique congénitale du pylore chez deux jumeaux (11).

N° 4817, 2 Mai. — **D. Aserman.** L'hypotension contrôlée en neurochirurgie par l'hex methonium et l'amide procaïnique (12). — **B. S. Crawford.** Cicatrices pigmentées (1 — **F. Starer.** Analyse de 50 cas de canal artériel persistant (14). — **D. Lincoln Lewis W. A. L. Thompson.** La réduction de la douleur post-opératoire (15). — **W. M. R. He derson.** Trois cas de suppuration due à l'infection à fusiformis (16). — **V. Sitarama R** Branche aberrante de l'artère splénique (17).

N° 4818, 9 Mai. — **H. Payling Wright, M. M. Kubik** et **M. Hayden.** Recanalisation d'artè thrombosées à l'aide de la thérapeutique anticoagulante (18). — **I. W. Mac Phée.** Cha gements métaboliques associés à l'opération (19). — **B. F. Swynnerton** et **N. C. Tanne** Pancréas annulaire (20). — **G. Rios Solans.** Hernies glissant par l'hiatus œsophagien (21 — **E. H. Strach.** Ostéome ostéoïde (22).

N° 4819, 16 Mai. — **J. Cyriax** et **J. Gould.** La douleur dans le tronc (23). — **H. Smi** Le mephenesin dans le traitement du tétanos (24).

N° 4820, 23 Mai. — **F. Baar.** Un cas de granulome du talc simulant le cancer (25).

[137] **Proceedings of the Royal Society of Medicine** (Londres), vol. 46, n° 5, Mai 1953. — [*Path logie*]. **G. Payling Wright.** Les troncs nerveux comme conducteurs dans l'infection — [*Orthopédie*]. — **J. J. Herbert.** Les arthroplasties de hanche; leur technique — **D. L. Evans.** L'instabilité récidivante du cou-de-pied; traitement chirurgical (3). **G. P. Arden** et **N. Veall.** Le phosphore radio-actif pour la détection précoce de la nécro avasculaire de la tête fémorale dans la fracture du col du fémur (4). — **G. M. Bedbroo** Le syndrome de Volkmann du nouveau-né (5). — **J. C. Mc Neur.** Tumeurs des os prox maux du membre et de la hanche simulant des lésions du disque inter-vertébral (6). [*Pratique générale*]. **M. Mautner.** Sur l'ulcération peptique (7). — [*Anesthésie*]. **R. P. Ha bord, Parnell** et **Eastwood.** Le rôle de l'acide carbonique en anesthésie (8).

[138] **Glasgow Medical Journal** vol. 34, n° 4, Avril 1953. — **H. Wapshaw.** Strictures bénignes acquis des canaux biliaires; revue critique d'après quelques expériences personnelles (1). — **I. L. Maitland.** Descente anormale du testicule (2).

N° 5, Mai. — **J. Hutchison** et **L. Morton.** Les résultats à long terme de la cholécystos tomie (3). — **G. C. Swanson** et **W. Reid.** Un extracteur amélioré pour le traitement de veines variqueuses (4). — **A. Lyall.** La prévention des adhérences péritonéales par l cortisone (5).

Hollande.

[139] **Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde** (Amsterdam), an. 97, n° 15, Avril 1953. — **C. Schaap** Le traitement orthopédique de la poliomyélite antérieure aiguë (1).

N° 16, 18 Avril. — **J. Th. H. Grond.** Le traitement des plaies des brûlures (2).

N° 17, 25 Avril. — **S. Keijser.** Formes simples de hernie diaphragmatique (3). — **F. Klein** Obstruction de la veine cave supérieure (4). — **Grond.** Le traitement des plaies de brû lures (5).

N° 19, 9 Mai. — **W. Betist.** Expériences récentes du rein artificiel (6). — **J. K. Kraa** Atélectasie de résorption après les opérations pulmonaires (7). — **Th. Woodstra** e **A. J. C. Huffstadt.** La chirurgie plastique des pertes de substance du bout des doigts (8 — **B. Dijkstra** et **A. H. Smook.** Atrésie de l'intestin grêle (9). — **M. Bruining.** Abcès d poumon dû à bacillus funduliformis (10).

N° 20, 16 Mai. — **J. W. Loos.** Traitement de l'ongle incarné (11).

N° 21, 23 Mai. — **Van Schaik-Caspers.** Kystes dermoïdes congénitaux étendus au méninges et au système nerveux central (12).

N° 22, 30 Mai. — **J. R. von Ronnen** et **H. J. J. Fesevur.** Les regurgitations gastro-œso phagiennes (13).

Irlande.

[140] **The Trish Journal of Medical Science** (Dublin), n° 328, Avril 1953. — **J. P. Garry** **A. K. Henry.** Accès antérieur aux nerfs antérieurs et postérieurs de l'articulation de hanche (1).

N° 329, Mai. — **V. Sheehan** et **F. Geoghegan.** Rein surnuméraire et uretère ectopiq cause d'incontinence d'urine (2). — **J. T. Shepherd** et **I. D. Thompson.** La réponse froid des vaisseaux sanguins des doigts énervés pendant la régénération des nerfs (3 — **A. P. Grant** et **J. W. Mc Neilly.** Le traitement du tétanos par injection intra-veineu de Thiopentone et de Pethidine (4).

Italie.

Policlinico [Seziona pratica] (Rome), vol. 60, n° 14, 6 Avril 1953. — **G. Brunelli.** La fracture de l'épine iliaque antérieure et supérieure (1). — **S. Benedetti-Valentini.** Bons effets des scarifications du ligament large dans les paramétrites avec phlébite iliaque (2). [141]

N° 17, 27 Avril. — **C. Scarcinci** et **C. Zucconi.** Le diagnostic broncho-biopsique du cancer bronchique (3).

N° 18, 4 Mai. — **G. Tullio** et **Giancotti.** Implants sous muqueux-périostiques partiellement intra-osseux (4).

N° 19, 11 Mai. — **J. L. Hansen** et **Maraschio.** La résection pulmonaire dans la tuberculose; 100 cas (5).

Gazzetta Medica Italiana (Milan), an. 112, n° 4, Avril 1953. — **Castorina.** Un cas d'ulcère gastro-duodénal chez un garçon de 14 ans guéri par le bromure de métanteline (1). — **D. Mele.** L'anastomose veineuse dans la thérapeutique clinique (2). [142]

N° 5, Mai. — **G. C. Berardi** et **G. Colaizzo.** Une nouvelle préparation sympathicomimétique d'action hypertensive (3). — **A. Francese.** Les œstrogènes-dépôt dans la cure du cancer prostatique (4).

Minerva Medica (Turin), an. 44, n° 27, 4 Avril 1953. — **Miadonna, Rossi** et **Stringa.** Sur le traitement des symphyses précoces après opération de Jacobœus par la streptokinase (1). [143]

N° 28, 7 Avril. — **P. F. Salisbury, A. A. Bolomey** et **J. H. Miller.** La transfusion croisée (Expériences cliniques dans 6 cas) (2). — **G. Vecchietti.** Problèmes techniques et pratiques de la transfusion croisée (3).

N° 29, 11 Avril. — **M. Poli.** L'association antitoxine-pénicilline dans le traitement du tétanos (4). — **L. Griva** et **B. Bellion.** Difficultés extraordinaires dans le diagnostic d'une sciatique radiculaire consécutive à une hernie discale (5).

N° 30, 14 Avril. — **G. P. Vecchi** et **V. Rubbiani.** Quelques cas de vasculopathies périphériques traités par l'esther tétrahydrofurfurilique de l'acide nicotinique (6).

N° 31, 18 Avril. — **E. Testori.** La diathèse hémorragique sénile et son traitement par la rutine (7).

N° 32, 21 Avril. — **G. Pazienza.** Néoplasmes malins du poumon et tuberculose pulmonaire (8).

N° 33, 25 Avril. — **V. Bianchi** et **G. Gallo.** Bases doctrinales et valeur pratique de l'emploi du triphosphate d'adénosine (A. T. P.) dans le traitement de la claudication intermittente ainsi que des autres phénomènes vasculaires des artériopathies périphériques oblitérantes (9).

N° 34, 28 Avril. — **I. I. Razdolski.** Le problème de la douleur à la lumière de la théorie de l'activité nerveuse supérieure (10).

N° 35, 2 Mai. — **A. Ruffo** et **V. de Pace.** Les résultats éloignés des interventions pour ulcère peptique post-opératoire; d'après 65 cas (11).

N° 36, 5 Mai. — **R. Scalabrino** et **Pasquariello.** L'image hémoxymétrique dans les vasculopathies oblitérantes spontanées des membres (12).

N° 37, 9 Mai. — **Q. Picchio.** Arthrites vertébrales tabétiques (13). — **C. Cervini.** Sur les rapports entre la périarthrite scapulaire et le syndrome épaule-main (14).

N° 38, 12 Mai. — **Dogliotti.** Le cœur, poumon artificiel (15). — **G. Dei Poli, Caldarolas Fantino, Orecchia** et **Perazo.** Le cœur poumon artificiel comme moyen de réanimation des électro-traumatisés (16).

La Riforma Medica (Naples), an. 67, n° 14, 4 Avril 1953. — **N. Carrillo.** Sur un cas de tumeur de Krukenberg (1). [144]

N° 15, 11 Avril. — **S. D. Randazzo.** Un cas de gangrène cutanée post-zostérienne (2).

N° 16, 18 Avril. — **A. Vittone.** Sur un cas de persistance du canal artériel (3).

N° 17, 25 Avril. — **R. Miceli.** L'emphysème bulleux dans les néoplasmes broncho-pulmonaires (4).

N° 19, 9 Mai. — **G. Budroni.** Indications et limites de la transfusion peropératoire (5).

N° 20, 16 Mai. — **L. Savino.** Sur l'association duodénite ulcéreuse et splénomégalie congénitale (6). — **G. Esposito.** Sur un cas de sténose pyloro-duodénale par calcul biliaire (7). — **E. Jannelli.** et **A. Mignogna.** Sur un cas d'ostéo-dystrophie fibro-kystique polyostéotique, maladie de Jaffe-Lichtenstein (8).

N° 21, 23 Mai. — **P. Bisotti** et **E. Lodigiani.** Traumatisme opératoire et fonction rénale (9). — **S. Tazelli** et **M. Benbanaste.** Du plombage au polythène après pneumolyse extrapleurale (10).

L'Ateneo Parmensa vol. 23, fasc. 3-4, Juillet-Août-Septembre 1952. — **L. Bondani.** Observations sur l'emploi de nouveaux moyens de contraste en péritonéographie (1). — **L. Bondani.** Notes sur l'anatomie de la 12e côte (2). — **C. Bonfanti.** Pancréas intra-pariétal du duodénum du cheval (3). — **V. Pelagatti.** Contribution à la connaissance de l'appareil ligamenteux de l'estomac (4). [145]

Fasc. 5-6, Octobre-Décembre. — **A. Bobbio.** L'hypothermie artificielle en chirurgie (5). — **L. Padiglioni.** Le syndrome de Klippel-Feil comme manifestation nerveuse tardive (6). — **A. Casacci.** Transformation sarcomateuse d'un léiomyome de la jambe (7). — **L. Padiglioni.** Facteur Rhesus et difformité congénitale de l'appareil locomoteur (8). — **A. Bronzini.** Cryothérapie et traitement antinéoplasique du champ opératoire après ablation des métastases épithéliomateuses du cou (9). — **E. Marconi.** Le chirurgien devant le problème de la conservation du testicule dans l'opération de la hernie inguinale (10).

Friuli Medico (Udine), vol. 8, fasc. 2, Mars-Avril 1953. — **L. Zilli.** Sur un cas d'invagination récurrente du jéjunum par fibromyome (1). — **M. Zennaro.** Syndrome abdominal aigu chez l'ulcéreux (2). [146]

[147] **Sicilia Sanitaria** (PALERME), an. 6, n° 4, 15 Avril 1953. — **S. Fertitta.** L'orientation actue de l'anesthésie aux États-Unis d'Amérique (1). — **C. Rossi.** Sur la fréquence de la sac lisation de la V^e^ lombaire en Sicile (2). — **G. Galvano** et **N. Liazzo.** Kyste échinococciq à localisation thyroïdienne (3).

N° 5, 15 Mai. — **D. Aiello.** Sur un cas d'adénolymphome de la parotide (4).

Pologne.

[148] **Polski Tygodnik Lekarski** (VARSOVIE), vol. 8, n° 9, 2 Mars 1953. — **Z. Lewicki** et **W. Gasiorowsk** Goitre lymphomateux (1). — **A. Przerwa-Tetmajer.** Un cas de volvulus du cæcum (2

N° 10, 9 Mars. — **H. Rykowski.** Lésions par traumatiques fermés des organes abdom naux (3). — **W. Rudowski** et **B. Marzinek.** Un cas de neurilemmome du nerf vague cou (4).

N° 11, 16 Mars. — **A. Terajewicz.** Sur le phlegmon de l'intestin grêle (5).

N° 12, 23 Mars. — **J. Dziaczkowski.** Le lever précoce après les opérations abdominal d'après les observations de l'auteur (6). — **Z. Dobrzanski** et **S. Sokol.** Un cas d'adén carcinome primitif du jéjunum (7). — **J. Michalek.** Un cas de myxome extra-périt néal (8).

N° 14, 6 Avril. — **W. Sovinski.** Œstrogènes et cancer du corps de l'utérus (9). — **J. Lysa kowska.** Un cas de rupture d'un anévrysme de l'artère pulmonaire chez un malade ayant u canal artériel persistant (10).

N° 15, 13 Avril. — **Al. Wigura.** Kystes solitaires du rein (11).

N° 17, 27 Avril. — **M. Zakrys.** Péritonite aiguë hématogène (12). — **W. Przybora** Anesthésie sus-claviculaire du plexus brachial (13).

Portugal.

[149] **Gazeta Medica Portuguesa** (LISBONNE), vol. 6, n° 1, Janvier-Mars 1953. — **M. Ribeiro do Rosario** Biopsie hépatique (1). — **A. E. Mendes Ferreira, J. Palva Chaves** et **A. Baptista Fernandes** Association de la sympathectomie et de la chirurgie réparatrice des membres dans le trai tement du lymphœdème chronique du pied (2). — **B. de Moraes.** Empyèmes thoraciques chroniques. Considération histo-physiologiques et thérapeutiques (3). — **G. de Silva Pereira.** Traitement de l'hypertension portale. Vue sommaire sur la littérature et une observa tion (4). — **J. Jesus Freire.** Sarcome rhabdomyoblastique probablement du pharynx (5) — **A. Cancella d'Abreu.** Changement momentané du groupe sanguin pour exsanguino-transfusion sans inconvénient clinique (6). — **E. Rosado Pinto.** Un cas de sympathoblastome (7).

États Scandinaves.

[150] **Nordisk Medicin** (STOCKHOLM), vol. 49, n° 14, 3 Avril 1953. — **O. Romcke.** Traitement conservateur des ulcères gastro-duodénaux (1). — **H. Rosenquist.** Les risques de l'ulcère de gastro-entérostomie (2). — **K. V. Hall.** Pronostic de l'abcès appendiculaire (3). — **P. Leren.** Cancer de l'estomac deux fois chez la même personne (4).

N° 15, 10 Avril. — **H. Arfwedson** et **S. Winblad.** Cancer du col stade préinvasif (5). — **L. Hagbard.** Cancer utéro-ovarien (6). — **L. Nilsson.** Atrésie vaginale (7).

N° 16, 17 Avril. — **P. Hedlund.** La vulvo-vaginite aiguë au cours des infections streptococciques (8). — **Torbjorn Hortemo.** Osteogenesis imperfecta congénitale; diagnostic in utero (9).

N° 17, 24 Avril. — **B. Engfeldt, A. Engström** et **Zetterström.** Croissance, structure, modes de réaction du tissu osseux (10). — **A. Westerborn.** Arthroplastie de la hanche; indications; technique et pronostic (11). — **A. Hjelde** et **T. Hortemo.** Ostéomyélite purulente de la colonne vertébrale (12). — **M. Knudsen.** Innervation du cœur et opérations sur les nerfs du cœur (13). — **R. Bromo.** Ruptures intéressant le genou (14).

N° 19, 8 Mai. — **V. Olov Björk.** Résection du poumon pour bronchiectasie, tuberculose ou tumeur (15). — **J. Iversen.** Le diagnostic cytologique des maladies malignes du poumon (16).

N° 21, 22 Mai. — **C. O. Danielson.** L'appendicite aiguë durant la grossesse (17). — **P. Leren.** Le cancer de l'estomac chez des malades ayant subi une résection gastrique (18). — **B. Ponten.** Uretères ectopiques (19).

N° 22, 29 Mai. — **E. Husfeldt.** Opérations intra-cardiaques (20). — **H. Pakkenberg.** Thrombo-angéite oblitérante extensive (21). — **K. Anker Thomsen.** Anévrysmes périphériques multiples du poumon (22).

[151] **Acta Medica Scandinavica** (STOCKHOLM), vol. 145, fasc. 4, 3 Mai 1953. — **D. Scott** et **G. Stiris.** Ostéogenesis imperfecta tarda (1).

[152] **Acta Societatis Medicorum Upsaliensis** vol. 58, n° 3-4, 29 Avril 1953. — **Lars Sunblad.** Étude sur l'acide hyaluronique dans les liquides synoviaux (1).

Suisse.

[153] **Revue Médicale de la Suisse Romande** (LAUSANNE), t. 73, n° 4, Avril 1953. — **J. G. Greenfield.** Malformations et dégénérescences des disques intervertébraux de la région cervicale (1). — **A. Gautier** et **A. Megèvand.** Incompatibilité rhésus, choc transfusionnel et ostéomyélite (2).

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 83, n° 14, 1 Avril. **E. Lenggenhager.** [154]
Comment se fait-il que les blessures des personnes afibrinogénémiques ne saignent pas toujours longtemps ? (1).

N° 15, 11 Avril. — **A. Fonio.** Traitement par ondes courtes de l'hématome et des hémarthroses des hémophiles (2).

N° 16, 18 Avril. — **B. Bibus.** Théorie et pratique de l'hormonothérapie des tumeurs prostatiques (3). — **F. Wirz.** L'ostéoporose comme symptôme précoce de l'ostéochondrite déformante coxale juvénile de Perthes (4).

N° 17, 25 Avril. — **B. Bibus.** Théorie et pratique de l'hormonothérapie dans les tumeurs de la prostate (5). — **W. R. Merz.** Embolie pulmonaire mortelle dans le traitement par les anticoagulants (6). — **Ed. Stephan.** Cicatrisation rapide d'une plaie atone chez un malade traité au Tromexan (7).

N° 19, 9 Mai. — **J. L. Rivier, B. Baudraz** et **P. Desbaillots.** La cathétérisme cardiaque dans la péricardite constrictive (8).

N° 20, 16 Mai. — **H. von Meyenburg.** L'entérite nécrosante (9).

N° 22, 30 Mai. — **R. Fischer, J. Bircher** et **Th. Reich.** La chute des cheveux après thérapeutique anticoagulante (10).

Tchécoslovaquie.

Casopie Lekaru Ceskych (Prague), an. 92, n° 10, 6 Mars 1953. **C. Svehla, V. Letosnik** et **J. Lhölka.** Cancer primitif de l'intestin grêle (1). — **K. Typowsky, B. Zapletal.** Métastases tardives d'un adéno-carcinome du rein dans les os et le cerveau; opération (2). [155]

N° 14, 3 Avril. — **S. Gaspar** et **K. Safir.** Action de la teinture d'iode et du sublimé sur la surface de la peau pendant la désinfection (3). — **J. Pofilka.** Bandage plâtré sans support et méthodes auxiliaires de fixation (4).

N° 15, 10 Avril. — **R. Kemec** et **F. Micka.** Iléus par ascaridiose (5).

N° 16, 17 Avril. — **V. Snaid.** Histopathologie du cancer utérin au début (6).

N° 17, 24 Avril. — **Zdenck Sery, C. Dvoracek** et **J. Doubravsky.** Carcinome multiple dans une dilatation congénitale de l'œsophage (7). — **M. Laufer.** Rétraction de Dupuytren atteignant les 4 membres (8).

N° 19, 8 Mai. — **J. Trnka.** Un cas de kyste cholédocien congénital (9).

N° 20-21, 22 Mai. — **H. Sikl.** Coarctation de l'aorte avec anévrysme sous le rétrécissement (10). — **Karpisck, Fautis, Mangakis** et **Zak.** Artérite à cellules géantes (11). — **K. Prasil.** Échinocoque du poumon (12). — **F. Klein. P. Albrecht** et **Zucka.** Phéochromocytome cause d'hypertension permanente chez un garçon de 11 ans (13).

Lekarske Listy (Brno), vol. 8, n° 7, 1 er Avril 1953. — **Daum** et **Zapletal.** Les modifications du métabolisme de l'eau et des électrolytes au cours des interventions chirurgicales de longue durée (1). — **Fojtu** et **Sanda.** Diagnostic précoce et de différenciation entre cancer primitif et secondaire du duodénum, en radiologie (2). — **Novotny** et **Chrast.** L'hémispasme facial au cours de la maladie de Paget du crâne (3). — **Sebestik.** L'ostéosynthèse intra-médullaire de l'avant-bras chez les enfants (4). — **Z. Wasserbauer.** La tumeur à cellules de la thèque (5). [156]

N° 8, 15 Avril. — **Z. Sery** et **P. Lisonek.** Résection pulmonaire dans les bronchectasies (6). — **L. Pecha.** Un cas de blessure du temporal par arme à feu (7). — **J. Filkuka** et **Zd. Vlasin.** Les rapports anatomiques du nerf cubital dans la région du coude avec référence spéciale à la question des parésies professionnelles (8).

N° 9, 1er Mai. — **J. Pojer** et **E. Ninger.** Le syndrome épaule-main dans la maladie coronarienne (9). — **St. Kuthan.** L'importance de la laparoscopie pour le diagnostic des affections des voies biliaires (10). — **J. Trnka.** Diverticule intra-cæcal de la valvule de Bauhin (11). — **L. Brazda** et **Z. Vitek.** Diverticule étendu de la partie partie moyenne de l'œsophage (12). — **J. Metelka.** Radiothérapie de la mastite puerpérale (13).

N° 10, 15 Mai. — **J. Janek.** Le nouveau service de chirurgie orthopédique des enfants (14).

Turquie.

Türk Tip Cemiyeti Mecmuasi (Istanbul), an. 19, n° 2, Février 1953. **C. Yildiran.** L'infiltration du sympathique lombaire dans le traitement des lésions néphro-urétérales (1). — **I. Urman.** De l'artério et de l'aortographie (2). — **Z. Maktav.** Un cas de mucocèle (3). — **J. N. Taptas** et **H. Diamandoglu.** Sur 30 sciatiques opérées (4). [157]

Yougoslavie.

Acta Medica Iugoslavica (Zagreb), vol. 7, fasc. 1-2, 1953. — **F. Jelasik.** La résorption du disque intervertébral prolabé (1). — **I. Stankovic.** Sur l'étiologie du syndrome des sclérotiques bleues (2). [158]

Archives Serbes de Medecina (Beograd), an. 81, n° 3, Mars 1953. — **Howard Taylor Jr.** Contribution à l'anatomie et à la physiologie normales du système nerveux autonome du pelvis (1). — **N. Lotric.** Étude de la morphologie et de la topographie du trou sous-orbitaire avec des considérations sur les voies d'accès (2). — **M. Beric.** Anesthésie lombaire et ses contre-indications (3). — **K. Krstic.** Occlusion intestinale d'origine appendiculaire chez l'enfant (4). — **D. Vasiljevic** et **A. Goldberger.** Quelques cas de lésions traumatiques graves (5). — **B. Dragojevic.** La surrénalectomie dans la forme maligne de l'hypertension essentielle (6). — **B. Kosanovic.** Séminome géant intra-abdominal (7). — **M. Putnik** et **D. Jovanovic.** Perforation intestinale causée par la présence de corps étrangers (8). [159]

159] N° 4, Avril.— **P. Kostic.** Le rôle de Monilia albicans dans les maladies de l'appareil génital de la femme (9). — **K. Krstic.** La torsion du testicule et de l'hydatide de Morgagni chez l'enfant (10). — **B. Dragojevic.** Syndrome du scalène (11). — **D. Lukic** et **P. Radov.** Actinomycose des organes génitaux de la femme (12).

160] **Medicales Archives** (SARAJEVO), vol. 7, n° 1, Janvier-Février 1953. — **M. Kretic.** L'emploi des antibiotiques en chirurgie (1). — **T. Jovanovic.** Rétrécissements et tumeurs du canal cholédoque et de l'ampoule de Vater (2).

Moyen-Orient.

161] **Acta Medica Orientalia** (JÉRUSALEM), vol. 12, n° 3, Mars 1953. — **M. Buchmann, S. Joles** et **L. Nelken.** Sarcoïde de l'os (1).
N° 4, Avril. — **A. Friedman.** Coarctation de l'aorte avec érosions costales chez un enfant (2).

Canada.

162] **Laval Medical** (QUÉBEC), vol. 18, n° 4, Avril 1953. — **J. M. Lemieux, G. Lemay** et **R. Coté.** Soins post-opératoires en chirurgie thoracique (1). — **F. Hudon** et **J. P. Dechêne.** Contribution de l'anesthésie à la chirurgie thoracique en tuberculose (2).

163] **Union Médicale du Canada** (MONTRÉAL), t. 82, n° 4, Avril 1953. — **A. Marois.** Un cas d'hypertension maligne par néphropathie unilatérale (1). — **J. B. E. Laframboise.** Un cas de pancréas hétérotopique (2). — **G. R. Champoux.** Sur un néo de la tête du pancréas (3). — **G. Gagnon** et **E. Beaudry.** Les diverticules de Meckel (4).
N° 5, Mai. — **Cl. Couinaud.** Les exérèses hépatiques par ligature première des pédicules (5). — **P. Dumas.** L'exploration radiologique des surrénales par la rétropéritonéographie (6).

164] **The Canadian Medical Association Journal** (TORONTO), vol. 68, n° 4, Avril 1953. — **A. A. Klass.** Le carcinome de l'estomac; cas pour gastrectomie totale (1). — **A. Vogelsang.** Compression du cœur par thorax en entonnoir (2). — **O. Rostrup.** Usage et abus de la chaussure plâtrée de marche (3). — **J. D. Mc Innes** et **J. F. Mc Cullough.** Sarcome ostéogénique ostéolytique (4).
N° 5, Mai. — **J. Miller.** L'infection hydatide au Canada (5). — **M. Minuck.** La physiothérapie dans les soins pré- et post-opératoires (6). — **G. Israels.** Pancréatite chronique avec cancer (7). — **J. Millar** et **G. Garrow.** Arc aortique anormal et rate absente (8). — **E. L. Brown.** Absence congénitale du rein (9). — **R. Jackson.** Ascites chyleuses (10). — **F. L. Woodman.** Fistule biliaire interne (11).

165] **Le Saguenay Medical** (CHICOUTIMI), vol. 1, n° 4, Février 1953. — **V. Laperrière.** Etude sémiologique du rachis douloureux (1). — **F. Brisson.** Abcès utérin (2).
Vol. 2, n° 1, Mai 1953. — **V. Laperrière.** Étude sémiologique du rachis douloureux (3). — **E. Simard.** Pseudokyste de la tête du pancréas (4).

États-Unis.

166] **New York State Journal of Medicine** vol. 53, n° 8, 15 Avril 1953. — **H. T. Biegeleisen.** Les varices, une maladie chronique; la valeur du traitement d'après une expérience de 20 ans (1). — **S. Davison.** Le traitement de la maladie dégénérative articulaire (ostéoarthrite) par instillation intra-articulaire d'hydrocortisone (2). — **H. L. Myars.** La détersion enzymatique dans le traitement de l'artério-sclérose oblitérante avec gangrène (3). — **M. Weinstein** et **M. Roberts.** Carcinome du sein au cours de la grossesse (4).
N° 9, 1er Mai. — **B. W. Warner.** Tumeur carcinoïde du rectum (5). — **J. T. Kane** et **F. X. Haines.** Grossesse ectopique (6).
N° 10, 15 Mai. — **H. Milch.** L'opération de résection angulation (7). — **E. S. Hurwitt.** Le traitement chirurgical de la sténose mitrale (8). — **I. I. Kaplan.** Traitement avec succès par irradiation du cancer avec grossesse (9). — **E. K. Johnson** et **L. Mangiardi.** Déchirure traumatique péricardiophrénique avec hernie diaphragmatique (10).

167] **The American Journal of the Medical Sciences** (PHILADELPHIE), vol. 225, n° 4, Avril 1953. — **J. Hopper Jr., E. Jawetz** et **Fr. Hinman Jr.** La polymyxine B dans le traitement de la pyélonéphrite chronique. Observations sur l'innocuité du médicament et son influence sur l'infection rénale (1). — **Th. A. Warthin.** La réactivation de la tuberculose pulmonaire dans ses relations avec la gastrectomie subtotale pour « peptic ulcer » (2).

168] **Bulletin of the Johns Hopkins Hospital** (BALTIMORE), vol. 92, n° 4, Avril 1953. — **H. T. Bahsnon, R. D. Sloan** et **A. Blalock.** Veinographie splénique portale; technique utilisant l'infection percutanée de la substance radioopaque dans la rate (1).

169] **The Journal of the American Medical Association** (CHICAGO), vol. 151, n° 14, 4 Avril 1952. — **G. A. Hahn.** La méthode de Philadelphie pour le contrôle du cancer pelvien (1). — **L. Kaplan.** Granulomes dus à l'Alparène n° 2; employé en injections dans le traitement des hernies (2). — **A. Soffer** et **Sweet.** L'effet des changements de position des membres inférieurs durant le blocage vaso-moteur (3).

N° 15, 11 Avril. — **L. J. Druckerman, V. A. Weinstein, P. Klingenstein et R. Colp.** Ulcère duodénal traité par gastrectomie sub-totale avec et sans vagotomie (4). [169]

N° 16, 18 Avril. — **A. Ochsner et J. Blalock.** Carcinome de l'estomac (5). — **C. Huggins et Th. L. Y. Dao.** Adrénalectomie et oophorectomie dans le traitement du cancer avancé du sein (6).

Vol. 152, n° 1, 2 Mai 1953. — **J. E. Berk.** Le traitement de la pancréatite aiguë (7). — **F. D. Lathrop.** Les affections du nerf facial (8). — **K. Marsh.** Fractures de côtes par efforts au cours de grossesses successives (9). — **W. E. Shields, Adamson et J. B. Marc Grégor.** Perforation d'un peptic ulcer après administration de phénylbutazone (10). — **E. C. Raffensperger.** Ulcères gastriques multiples apparus au cours d'un traitement par le phénylbutazone (11). — **P. Krainin.** Ulcère gastrique avec hémorragie massive consécutif à l'emploi du phénylbutazone (12).

N° 2, 9 Mai. — **M. R. Urist.** Fracture luxation obstétricale du bassin (13). — **F. Stein, H. Bloch et A. Kenin.** Subluxation non traumatique de l'articulation atlanto-axoïdienne (14). — **J. L. Chassin et L. R. Slattery.** Sténose du jéjunum due à l'ingestion d'ammoniaque (15). — **R. Turell.** Traitement simplifié des lacérations du rectum (16). — **J. H. Neiman.** Ictère par obstruction causé par un ulcère duodénal (17).

N° 3, 16 Mai. — **W. F. Montgomery.** Iléus du meconium (18). — **R. K. Gilchrist.** Décompression post-opératoire de l'estomac et du jéjunum par gastrostomie (19). — **H. L. Skinner.** Décortication du cœur (20). — **M. Wachstein.** Hémangiosarcome primitif de la rate; diagnostic par ponction (21).

Archives of Internal Medicine (Chicago), vol. 91, n° 3, Mars 1953. — **H. H. Stumpf et S. L. Wilens.** Effets inhibiteurs de la cirrhose portale du foie sur l'hypertrophie de la prostate (1). [170]

The Journal of the Louisiana (New Orléans) et [**New Orléans Medical and Surgical Journal**], vol. 105, n° 4, Avril 1953. — **W. C. Quinn.** Progrès récents dans le traitement en chirurgie générale (1). — **R. M. Shushan.** Les progrès récents dans le diagnostic du cancer (2). [171]

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic (Rochester), vol. 28, n° 7, 8 Avril. — **Ph. E. Bernatz, W. Kirklin et A. M. Olsen.** Traumatismes thoraciques sévères par écrasement. Quelques problèmes de la conduite à tenir (1). — **O. H. Beahrs, R. L. Ginsberg et G. E. Miller.** Hypernéphrome métastatique de la glande thyroïde (2). [172]

N° 8, 22 Avril. — [*Symposium sur la Circulation du Foie*]. **Wakim et Mann.** L'apport sanguin du foie normal (3). — **Mann, Wakim et Baggenstoss.** La vascularisation du foie humain, étude par injections (4). — **Benz, Baggenstoss et Wollaeger.** Atrophie du lobe gauche du foie (5). — **Benz et Baggenstoss.** Nodules solitaires, cirrhose focale, du foie (6).

N° 9, 6 Mai. — **B. E. Bessa Jr., Dahlin, Bruwer, Svien et Ghormley.** Anévrysme kystique intra-osseux (7). — **H. W. Dodge Jr. et Mck Craig.** Cranioplastie acrylique, méthode rapide de réparation des pertes de substance crâniennes (8). — **O. Fergeson et J. Hyde Pratt.** Sélection des malades opérables par l'opération de Wertheim (9).

Rocky Mountain Medical Journal (Denver), vol. 50), n° 4, Avril 1953. — **E. P. Cawley et Cl. E. Wheeler.** Mélanome malin (1). — **F. A. Barrett Jr.** Éléments du pronostic dans les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux (2). — **C. L. Wright.** Rupture spontanée du foie (3). — **F. A. Garcia.** Action de l'A. C. T. H. sur les greffes cutanées homologues chez le lapin (4). — **K. C. Sawyer et J. R. Spencer.** Carcinome du côlon avec métastase rénale (5). [173]

N° 5, Mai. — **O. J. Rojo.** Tuberculose pelvienne (6). — **F. Keyes.** Coarctation de l'aorte (7). — **W. C. Huyler et Hartshorn.** Fibrome non ostéogénique de l'os (8). — **G. B. Kent, Josephson et Viche.** Phéochromocytome (9).

Annals of Internal Medicine (Lancaster), vol. 38, n° 4, Avril 1953. — **J. S. Silberstein et J. T. Paugh.** Papillite rénale nécrosante (1). — **Ch. Le Roy Steinberg.** Splénectomie dans l'arthrite rhumatoïde (2). — **J. R. Tobin Jr. et Th. C. Wilder.** Fistule artério-veineuse pulmonaire avec télangiectasie hémorragique héréditaire. Rapport sur leur fréquence chez père et fils (3). [174]

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires), vol. 40, n° 14, 3 Avril 1953. — **A. R. Albanese et J. Salzman.** Chirurgie de l'hypertension portale; résultats de 11 anastomoses vasculaires (1). — **P. L. Cereseto et J. L. Curutchet.** Notre expérience de l'échinococcose rénale (2). — **A. Dujovich et S. Srulijes.** Phyllodes du sein; un cas (3). — **Marcos Maur.** Classification des lésions de l'estomac opéré (4). [175]

N° 15, 10 Avril. — **G. S. Cahn.** Syndromes neuro-vasculaires par compression cervico-brachiale (5). — **M. Carreras et H. Smith.** Technique opératoire et importance de la tractomie de Fracassi (6). — **V. Carnevale.** Varus du 5e orteil; opération de Lapidus (7).

N° 16, 17 Avril. — **R. Almasque Dedeu et L. O. Braier.** La maladie du cystique (8). — **H. Marino.** Chirurgie plastique de la paralysie faciale (9). — **A. J. Lasala et P. Maslo.** Papillotomie transduodénale; technique; le tracteur papillaire (10). — **J. S. Wheeler et F. B. Clark.** Torsion du cordon spermatique (11).

N° 17, 24 Avril. — **E. Arias Valleso.** La chlorhydrie dans l'ulcus gastrique (12). — **E. Lluesma-Uranga.** Commentaires sur 141 cas d'appendicite aiguë opérée (13). — **A. Duarte Cardoso.** Nouvelle technique chirurgicale du traitement du bec-de-lièvre, avec modification de la technique primitive (14). — **T. Pena.** Considérations sur le cancer des lèvres (15). — **A. A. Grimaldi.** Urologie d'urgence; hématuries (16). — **M. Meeroff.** Diverticules de l'œsophage (17).

N° 18, 1er Mai. — **H. E. Bacon et A. N. Candioti.** Les maladies du côlon et du rectum; la conduite chirurgicale dans le service de proctologie de Temple University Hospital (18). — **H. J. Pena, D. Calendra et R. Inza y Manycha Turkiel-Taub.** L'éventration post-opératoire aiguë; sa fréquence dans 6 060 opérations abdominales chez la femme (19). — **A. M. Rey**

175 et C. P. Lienhard. Le syndrome de Meigs vrai (20). — R. T. Michelini. Cholangiographi transabdominale (21).
N° 19, 8 Mai. — R. Finochietto et M. J. Vazquez. L'incision de Cherney (22). — G. R. Wernicke. Écarteur abdominal autostatique à quatre valves (23). — S. L. Sala. Grossess extra-utérine (24).
N° 20, 15 Mai. — C. Maria Medina. Luxation acromio-claviculaire (25). — R. Finochietto. Illumination chirurgicale artificielle; dangers (26). — E. S. Garre. Iléus. Interprétation et traitement (27).

176 **La Semana Medica** (Buenos Aires), an. 60, n° 14, 2 Avril 1953. — Simone d'Ascola. Le chlor amphénicol dans les complications parotidiennes (1).
N° 16, 16 Avril. — A. Yodice et F. Le Chiare. Hydatidose pleurale (2). — R. Gandolfo Herrera. Analyse d'hystérectomies partielles et totales (3). — F. de Ruggiero et S. Bluvol Thromboangéite oblitérante gastro-duodénale (4).
N° 17, 23 Avril. — J. Pombo. Le risque chirurgical du cardiaque (5). — J. C. Ahumada, L. A. Arrighi et D. Calandra. Expériences de l'opération de Kahr dans le traitement du prolapsus génital (6).
N° 18, 30 Avril. — A. L. C. Maggi, Meeroff, Maggi, Kelikien et Segal. Petits éléments indispensables pour le diagnostic de l'ulcère duodénal (7).
N° 19, 7 Mai. — P. Busse Grawitz et C. Carbonell. Opérations pendant le jeûne complet: un cas (8).
N° 20, 14 Mai. — S. Kirschbaum. Brûlures. Idées modernes quant à leur traitement. Statistiques (9).

177 **Revista de la Association Medica Argentina** (Buenos Aires), t. 67, n° 741-744, Janvier Février 1953. — R. J. Noguera. Les obstructions graves de l'intestin grêle; 3 indications principales de leur traitement chirurgical (1).

178 **Anales del Ateneo** (Buenos Aires), an. 1, n° 1, Décembre 1952. — O. J. Cervino. Sur l'appendicite chronique (1). — R. Naveiro. Préparation et technique du traitement chirurgical des goitres toxiques (2). — F. Oleaga Alarcon et M. Castro. Ostéoporose parathyroïdienne (3). — Esteban Paz. La chirurgie du prognathisme (4).

Brésil.

179 **Revista Brasileira de Medicina** (Rio de Janeiro), vol. 10, n° 3, Mars 1953. — J. P. Lopes, Pontes. Influences émotionnelles sur le fonctionnement du sphincter d'Oddi (1). — J. Pombo do Amaral. Le traitement des complications nerveuses des traumatismes de la colonne vertébrale (2).

180 **O Hospital** (Rio de Janeiro), vol. 43, n° 1, Avril 1953. — C. de Carvalho Orecchia et D. Bœchat. Prostigmine et chirurgie (1). — W. Mendonca et D. Novgorodcev. Granulome éosinophile du fémur (2).
N° 5. Mai. — G. Nylin. La dette en oxygène dans la sténose valvulaire avant et après l'opération (3). — F. Paulino et D. E. Junqueira de Morais. Lobectomie et résection segmentaire du poumon (4).

181 **Medicina, Cirurgia, Farmacia** (Rio de Janeiro), n° 204, Avril 1953. — P. Niemeyer et A. Akerman. Diagnostic et traitement chirurgical des anévrysmes artério-veineux du cerveau (1).

182 **Revista Paulista de Medicina** (S. Paulo), vol. 42, n° 3, Mars. A. Nasser. Hernie lombaire (1). — A. Amelio da Motta Pacheco. Calculs urétéraux ayant passé dans la vessie. Nécessité de lithotritie (2). — M. Santos Cabarra. Tumeur de Wilms (3). — A. Amelio da Motta Pacheco. Cystectomie partielle dans les tumeurs vésicales (4).

Uruguay.

183 **Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades** (Montevideo), t. 41, n° 1-2, Juillet-Août 1952. — [*S. cité*]. G. Caprio. Les grandes désarticulations à la racine des membres (1). — A. Chifflet. L'accès aux thromboses de la veine cave (2). — A. Chifflet. L'exploration opératoire de la troisième portion du duodénum (3). — D. Brachetto Brian. Le réticulo-blastome des os (4). — L. M. Bosch del Marco. Kyste lymphatique du mésentère cause d'un syndrome d'occlusion intestinale (5). — J. C. de Chiara et J. Abdala. Sur la technique chirurgicale des grandes hernies et éventrations (6). — L. M. Bosch del Marco. Pneumopéritoine spontané sans perforation viscérale apparente (7).

Venezuela.

184 **Gaceta Medica de Caracas** (Venezuela), an. 60, n° 10, 12 Octobre-Décembre 1952. R. Gonzalez Rincones et A. Briceno Rossi. Étude expérimentale du sarcome « Crooker 180 » (1). — A. Celis Perez. 16 ans d'expérience dans le diagnostic et dans le traitement des tumeurs du rhino-pharynx (2).

Iran.

185 **Revue de la Faculté de Médecine** (Tehran), an. 10, n° 7, Avril 1953. Y. Adle Tohidi. Torsion de la rate (1). E. Hadjilon. Anomalie des vaisseaux médullaires (2). — E. Samiy. Abcès du cerveau (3).
N° 8, Mai. — N. Ameli. Méningiomes intra-crâniens (4). — E. Tchehrazi. La céphalalgie n'est pas un des signes pathognomoniques de la tumeur cérébrale (5).

Afrique du Sud.

South African Medical Journal (Capetown), vol. 27, n° 16, 18 Avril 1953. — **Ch. Marks.** Le traitement de la tuberculose rénale (1). — **M. Gelfand** et **R. M. Honey.** La dilatation bilharzienne de l'uretère (2). [186]

N° 17, 25 Avril. — **G. Rees.** Fibroïdes utérins dans la fesse. Un cas peu habituel (3). — **J. Higginson.** Étude sur la maladie néoplasique maligne dans les communautés primitives avec référence spéciale à l'Afrique du Sud (4). — **T. B. Mc Murray.** Un collier pour le traitement des fractures et des luxations de la colonne cervicale (5).

N° 18, 2 Mai. — **D. Adler.** Le canal artériel ouvert; revue de 24 cas (6).

N° 19, 9 Mai. — **A. D. Keet Jr.** et **J. E. Vlessing.** Les constatations radiologiques post-opératoires dans un cas de prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum (7). — **H. Bentel** et **J. Penn.** Anesthésie hypotensive en chirurgie plastique; 500 cas (8).

N° 20, 16 Mai. — **A. Miller.** L'endométriose dans le diagnostic différentiel des cas d'urgence abdominaux (9). — **S. Shulman.** Tumeur en verre de montre cause de paraplégie aiguë (10).

Australie.

The Medical Journal of Australia (Sidney), vol. 40), n° 13, 28 Mars 1953. — **L. I. Burt.** Calcul biliaire ulcérant l'intestin grêle (1). [187]

N° 15, 11 Avril. — **H. H. Schlink.** Le cancer de l'utérus; opération de Wertheim (2).

N° 17, 25 Avril. — **R. Flynn** et **L. D. Wheeler.** Excision d'un rétrécissement; revue après 14 ans (3).

N° 18, 2 Mai. — **J. Macrae Yeates.** Maladie kystique hyperplasique du sein; revue de 199 cas (4). — **B. Robinson.** Le rôle des facteurs nerveux dans la production du peptic ulcer (5). — **B. F. Ford.** Un cas de tétanos (6).

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

MAI 1953

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès appendiculaire, KATZ [53], 6.
— — (Pronostic), HALL [150], 3.
— cérébraux, SAMIY [185], 3.
— — otogène, WEISS [117], 14.
— froid ouvert dans le péritoine, R. DUPONT [125], 4.
— — ganglionnaire (Hydrazide nicotinique), DUMON [94], 8.
— hépatique, BARRIOS [31], 18.
— — amibien, QUILANTAN ARTIGAS [31], 20.
— mammaire, NOTTER [101], 2.
— périnéphrétique, HOTCHKISS [24], 1; C. YOUNGER [131], 3.
— sous-phrénique, BERENS [28], 11.
— pulmonaire, MÉTRAS [67], 1; M. BRUINING [139], 10.
— péri-rénal contenant des gaz, A. H. LÉVY [92], 21.
— utérin, BRISSON [165], 2.
Abdomen aigu (Problème de la douleur), H. GAUSS [63], 2.
— — dû à ascaris lumbricoïdes, A. GARCIA BARON [60], 4.
— — chez l'ulcéreux, M. ZENNARO [146], 2.
— (Angor), BOLL [8], 18.
— (Blessures par contusion), BADER [7], 6.
— (Cas d'urgence); endométriose, MILLER [186], 9.
— (Complications aiguës de l'ascaridiose), GARCIA BARON [129], 11.
— (Distension post-opératoire), E. F. SCIORSCI [62], 1.
— (Fistules), KOPF [9], 22.
— (Lésions par traumatismes fermés), RYKOWSKI [148], 3.
— (Opérations); lever précoce, DZIACZKOWSKI [148], 6.
— (— chez la femme); éventration, PENA [175], 19.
— (Plaies par coup de feu), CARSKY [22], 10.
— [Cavité] (Hémorragie) par anévrysme, BARNETT [25], 19.
— — (Kyste dermoïde) avec formation dentaire, K. STAMPFEL [121], 7.
— — (Séminome génat), KOSANOVIC [159], 7.
— [Paroi] (Perte de substance); plastie musculo-fasciale, LESNICK [25], 21.
— (Suture du moignon duodénal mal fermé), KRATZIG [8], 34.
Accidents (Séquelles); complications par métastases, Th. MARTI [74], 1.
— cardio-vasculaires (Prophylaxie pré-opératoire), F. LANDL [121], 8.
— de travail, TRUB [7], 1.
Acétabulum (Protrusion), CREYSSEL [34], 2.
Acide Aryl Triiodo Alkanoïque, HOPPE [91], 6.
— carbonique en anesthésie, HARBORD [137], 8.
— hyaluronidique (Son étude dans les liquides synoviaux), LARS SUNBLAD [152], 1.
— nicotinique [Esters] dans les vasculopathies périphériques, G. P. VECCHI [143], 6.
— phénylquinoléocarbonique, NASO [13], 3.
Acidose anesthésique en chirurgie thoracique, W. W. STEAD [69], 16.
— hyperchlorémique, WAITE BOHNE [28], 20.
— A. C. T. H. et pigmentation, GILBERT-DREYFUS [76], 1.
— (Action sur les greffes cutanées), GARCIA [173], 4.
— (Production d') après irradiation pelvienne, BARNES [52], 4.
Actinomycose génitale féminine, LUKIC [159], 12.
Adénocancer rénal, RUSCHE [56], 22.
Adénocholangiome, BORDE-MADSEN [20], 6.
Adénolymphome parotidien, D. AIELLO [147], 4.
Adénomes bronchiques métastasiants, MC BURNEY [28], 13.
— brunnériens, MENDIOLA [31], 6.
Adénosine [Triphosphate] dans les artériopathies, BIANCHI [143], 9.
Adhérences péritonéales (Prévention), A. LAVAL [138], 5.
Adrénalectomie pour cancer mammaire, HUGGINS [169], 6.
Afibrinogénémiques (Blessures chez les —); pourquoi ne saignent-elles pas toujours longtemps ? LENGGENHAGER [154], 1.
Albumine et sang conservé (Action per-opératoire), BÜTTNER [9], 20.
Albumines sanguines (Altérations post-opératoires), HINRICHS [9], 29.
Allergie et chirurgie, CANSECO [31], 3.
Alparène 2 (Granulome), KAPLAN [169], 2.
Ambulance précoce et tardive (Leur effet chez les malades chirurgicaux), L. T. PALUMBO [24], 13.

Amibiase, Quilantan Artigas [31], 20.
Amide procaïnique, Aserman [136], 12.
Ammoniaque ingéré (Sténose jéjunale), Chassin [169], 15.
Ammonium [Chlorure] et ramollissement de l'os vivant, Kühne [9], 34.
Ampoule de Vater (Rétrécissement et tumeurs), T. Javanovic [160], 2.
— — (Tumeurs sténosantes), T. Javanovic [160], 2.
Amputation (Technique), M. Bastos Ansart [130], 4.
Amygdales (Lésions malignes), D. B. Parshall [92], 7.
Anastomose intestinale sans clamps, Berman [25], 16.
— termino - terminale recto - sigmoïdienne, Binkley [26], 10.
— urétéro-vésicale, Wollmann [48], 5.
— vasculaire pour hypertension portale, Albanese [175], 1.
— veineuse, Mele [142], 2.
— porto-cave dans le diagnostic de l'hypertension portale, Minkari [23], 8.
Anastomoses récentes (Fonction); action des médicaments, Graff [9], 30.
Anémie des hernies diaphragmatiques, Creyx [95], 17.
Anencéphalothoracopage, M. W. Green [52], 30.
Anesthésie en Angleterre, Seffert [2], 7.
— (Orientation actuelle aux U. S. A.), S. Fertitta [147], 1.
— (Rôle de l'acide carbonique), Harbord [137], 8.
— (Le CO^2 expiratoire), Brinkman [95], 13.
— en chirurgie intra-crânienne, Rosenthal [24], 40.
— — thoracique, Paulino [32], 1.
— — — pour tuberculose, F. Hudon [162], 2.
— de la collapsothérapie, Brancadoro [13], 5.
— chirurgicale de longue durée (Contrôle encéphalographique), P. Santy [2], 1.
— — chez les cardiaques, Cl. Lenglart [3], 5.
— — au pentothal intra-veineux en gynécologie, S. Saglik [23], 3.
— sus-claviculaire, Przybora [148], 13.
— curative en chirurgie, Beyer [8], 32.
— péridurale, W. Strauss [8], 37.
— (Falicain), Sachs-Polster) [117], 2.
— hypotensive, Bentel [186], 8.
— lombaire (Contre-indications), Beric [159], 3.
— moderne (Relaxant dans l'-); sulfate de magnésie, Jungling [8], 45.
— par intubation trachéale, Parenti [13], 6.
— endo-trachéale en chirurgie thoracique Oppeln-Bronikowski [19], 3.
— au trichloréthylène, Roseman [24], 11.
Anévrysmes (Chirurgie); ses progrès, D. Manfredi [14], 6.
— aortiques, Boerema [95], 12; Sikl [155], 10.
— artériels infectieux, Deparis [94], 5.
— artério-veineux, Niemayer [181], 1.
— — anciens (Troubles circulatoires), K. Unger [8], 39.
— intra-crâniens, Petr [22], 4.
— de l'hépatique, Barnett [25], 19.
— kystiques intra-osseux, B. E. Besse Jr. [172], 7.
— pulmonaires (Rupture), Lysakowska [148], 10.
— — multiples, Anker Thomsen [150], 22.
— — rares, McKenzie [69], 23.
— rompus, Hack [52], 28.
— sacculaires, Bahnson [28], 1.
Angiocardiographie, Ch. T. Dotter [92], 17.
Angiographie et résultats opératoires des occlusions vasculaires périphériques (membres et carotide interne), E. Otto [9 A], 33.
Angiomatose kystique, Jacobs [44], 14.
Angiome caverneux du rein, Macquet [3], 10.
— cérébraux, Brun [71], 6; Toti [87], 2.
— intracrâniens, Laine [70], 4.
— hépatiques (Rupture spontanée), Cl. Dubost [94], 10.
— occipitaux, Lazorthes [71], 7.
Angioneuromyome gastrique, H. Spangler [6], 15.
Angor abdominal, Boll [8], 18.
Ankylose vicieuse de la hanche (Ostéotomie), P. Decoulx [3], 4.
Anneau fibreux lombaire (Changements de structure), Hirsch [42], 1.
Annexes de l'utérus (Lésions inflammatoires) et tumeurs; grossesse, Grünberger [122], 13.
Annexites (Traitement actuel), Gomez Ascarate [31], 19.
— suppurées (Perforation dans la vessie), Uhlir [53], 5.
Ano-rectale et colique [Fonction], Turell [28], 15.
Ano-rectum (Malformations), Pellerin [98], 2.
Anoxie cérébrale per- et post-opératoire, R. Kucher [9 A], 16.
Anse afférente (Sténose), Bernay [101], 1.
Anthracose ganglionnaire, Kourilsky [67], 3.
Antibiotiques (Dangers et fautes), Hinrichs [9], 9.
— en chirurgie, M. Kretic [160], 1.
— dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire, W. Rzepecki [19], 1.
Anticoagulants, Payling Wright [136], 18.
— (Complications); embolie mortelle, W. R. Merz [154], 6.
— (Thérapeutique par-); chute des cheveux consécutive, Fischer [154], 10.
Antiémétique nouveau des vomissements post-opératoires, Loennecken [6], 20.
Antitoxine-Pénicilline dans le traitement du tétanos, M. Poli [143], 4.
Anus (Cancer), Branellec [98], 7.
— (Cryptes); sonde inversée pour-, Kleitsch [24], 23.
— (Fistules); pathologie, G. Cabanié [94], 12.
— (— extrasphinctériennes), Axhausen [8], 6.
— (Imperforation), W. Smith [20], 31; G. Laurence [99], 6.
— (Prurit), Mann [30], 6.
— artificiel temporaire (Création et fermeture), D. Lazar [8], 42.
Aorte (Anévrysme) avec coarctation, Sikl [155], 10.
— (— sacculaires); excision et suture, Bahnson [28], 1.
— (Aortographie), Marcozzi [15], 1.
— (Coarctation), Keyes [173], 7.
— — avec anévrysme, Sikl [155], 10.
— — avec érosions costales chez un enfant, A. Friedman [161], 2.
— (Déchirure), Faulwetter [7], 3.
— (Embolectomie), Wilkinson [24], 35; Gumbiner [66], 1.
— (Rupture) par nécrose, Hollmann [7], 4.
— (Sténoses ectopiques), J. Patel [94], 23.
— (Thrombose); résection, homogreffe, Oudot [29], 11.
— [Arc anormal] et absence congénitale de la rate, J. Millar [164], 8.
— [Bifurcation] (Thrombose insidieuse), Beaconsfield [29], 10; Oudot [29], 11.
— [Carrefour] (Oblitération); pathogénie et traitement chirurgical, P. Van der Linden [10], 4.
— — (Résection) pour syndrome de Leriche, J. Cahen [10], 3.
— [Crosse] (Duplicité), Nuboer [95], 15.

Aorte abdominale (Anévrysme); ligature lente et enveloppement cutané, Boerema [95], 12.
— — (Artériographie), Pereira Caldos [84], 1.
— thoracique (Représentation rétrograde), J. Drewes [6], 19.
Aortographie et artériographie, I. Urman [157], 2.
Aponévrose palmaire (Rétraction), Laufer [155], 8.
Appareil cardio-vasculaire (Accidents); prophylaxie opératoire, F. Mandl [121], 8
— — (Chirurgie et chirurgien), Albanese [66], 3.
— circulatoire (Troubles) dans les anévrysmes artério-veineux anciens, K. Unger [8], 39.
— — —; traitement médico - chirurgical comparé, Bittner [9 A], 1.
— digestif (Technique chirurgicale), J. Puig-Sureda [60], 2.
— génital (Malformation) et ectopie rénale, Vincent [53], 7.
— — de la femme (Actinomycose), Lukic [159], 12.
— — — (Chirurgie actuelle), McIntosh Marshall [52], 5.
— — — (Infections); ultra-sons, Cardia [50], 2.
— — — (Monilia albicans), Kostic [159], 9.
— — — (Prolapsus); chirurgie, Ahumada [176], 6
— — — (Tératome kystique), Silberblatt [52], 25.
— — — (Tuberculose), Ulrich [50], 1; E. Philipp [118], 5.
— — : P. A. S. et streptomycine, Ten Berge [95], 11.
— — — —; résultats opératoires, Knaus [122], 22.
Appareil génito-urinaire (Chirurgie), Dean [56], 17.
— — (Tuberculose), J. Cosbie Ross [136], 9.
— urinaire (Néoplasies); statistique, Gonzalez [53], 8.
— (Radiologie) sous pneumopéritoine, Rossi [88], 4.
Appareil locomoteur (Difformité congénitale) et facteur Rhesus, L. Padiglioni [145], 8.
Appareillages pour en doscopie gastrique (Progrès à réaliser), Ch. Debray [95], 19.
Appendice iléo-cæcal (Concrétions radio-opaques); leur importance, G. C. Prather [55], 16.
— — (Invagination), B. R. Girdany [92], 3.
Appendices épiploïques (Pathologie), Fierer [29], 7.
Appendicectomie, Priesack [8], 35.
— (Mortalité), Mönch [9], 36.
— (Tumeur iléo-cæcale consécutive), Bsteh [120], 14.
Appendicite en milieu africain, Navarranne [115], 1.
— (Abcès), Hall [150], 3.
— (Étiologie), Schreckenbach [9], 11.
— (Infiltrat fébrile); émétine, Melchior [9], 32.
— (Péritoine), Bohmansson [20], 2; Zucha [22], 9.
— aiguë (Diagnostic), Demmer [120], 12.
— — durant la grossesse, Danielson [150], 17.
— du nouveau-né, R. D. G. Creery [136], 8.
— chronique, Cervino [178], 1.
— — de l'enfant (Signe iléal), Paschetta [84], 9.
— opérée (141 cas), Lluesma Uranga [175], 13.
— perforée (Péritonite diffuse consécutive), T. Perras [6], 30.
Appendicopathie (États gastriques associés), De Bernardi [87], 9.
Applicateur de clips cutanés nouveau, Jennings [24], 21.
Arbre bronchique (Carcinoïde); chirurgie, F. K. Kempf [9 A], 17.
Artère carotide (Ligature au cou); complications, Ch. E. Brackett Jr. [73], 1.
— — interne (Occlusion); chirurgie, E. Otto [9 A], 33.
— — primitive (Thrombose); hémiplégie, Gerest [101], 6.
— sous-clavière droite (Anomalie), Pattinson [65], 1.
— hépatique (Anévrysme), Barnett [25], 19.
— — (Ligature); effets sur l'ascite, Chandler [29], 9.
— — — pour cirrhose, J. L. Meddon [62], 4.
— — — pour hypertension, Desforges [25], 10.
— — (— graduée) dans l'ascite, Laufman [28], 3.
— méningée moyenne (Rupture traumatique), Angerer [120], 16.
— mésentérique supérieure (Syndromes radiologiques métastatiques lymphatiques) dans le cancer du côlon droit, J. J. Mc Cort [92], 10.
— pulmonaire (Anévrysme rare), Mc Kenzie [69], 23.
— — (— rompu), Lysakowska [148], 10.
— — (Occlusion temporaire); effets sur le poumon, A. Ruffo [16], 3.
— rénale gauche (Anévrysme rompu) au cours de la grossesse, Hack [52], 28.
— splénique (Branche aberrante), Sitarama Rao [136], 17.
— — (Ligature) pour cirrhose, J. L. Meddon [62], 4.
Artères (Banque d' —) et greffes vasculaires expérimentales, T. Henrotin [10], 1.
— (Embolie); anticoagulants et chirurgie, Garity [28], 17.
— (Greffes), Servelle [125], 4.
— (Maladie); chirurgie sympathique, Wanke [120], 2.
— (Oblitération); traitement chirurgical, M. Van der Ghinst [10], 5.
— bronchiques (Occlusion expérimentale), Ellis Jr [69], 5.
— fémorales et poplitées (Embolectomie), Wilkinson [24], 35.
— hépatiques et spléniques (Ligature) dans la cirrhose, Madden [28], 27.
— iliaques (Lésions) vues à l'aortographie, Marcozzi [15], 1.
— périphériques (Embolie); réfrigération, Ciuffini [18], 2.
— — (Maladie) et diabète, Semple [135], 18.
— thrombosées (Recanalisation), Payling Wright [136], 18.
Artériographie des angiomes cérébraux, Toti [87], 2.
— Aortographie (Au sujet d'—), I. Urman [157], 2.
— aortique et des membres, Pereira Caldos [84], 1.
— vertébrale, Lazorthes [71], 7.
Artériopathies périphériques oblitérantes (Adénosine), Bianchi [145], 9.
Artériosclérose avec gangrène (Détersion enzymatique), Myers [166], 3.
Artérite à cellules géantes, Karpisch [155], 11.
— oblitérante (Infections), Howe [28], 22.
— — chronique (Sympathectomie), Knox [24], 34.
— temporale, Martin [102], 1.
Arthrite et ostéomyélite chez le jeune enfant, Hermann [45], 8.
— chronique, Graber-Duvernay [101], 3.
— rhumatoïde (Splénectomie), Le Roy [174], 2.

Arthrite tabétique, Picchio [143], 13.
Arthrodèse ischio-fémorale par blessure, Alb. Mouchet [94], 6.
Arthropathies temporo-maxillaires, de Lorimier [24], 28.
Arthroplastie coxale, Herbert [137], 2; Westerborn [150], 11.
— de hanche, Arienti [40], 2.
Arthrose (Étude sur l'—), L. Isemein [110], 1.
— (Formations d'—) dans les troubles de croissance neurotrophiques, A. Vogl [9 A], 15.
Arthrose cervicale, Gros [95], 3.
— coxale, Pietrogrande [39], 3.
— déformante (Débuts), Seifert [120], 19.
Articulation acromio-claviculaire (Luxation), Maria Medina [175], 25.
— atlanto-axoïdienne (Subluxation non traumatique), Stein [169], 14.
— coxo-fémorale (Énarthrose), J. de la Villa [128], 3.
— ischio-fémorale (Arthrodèse) par blessure, Alb. Mouchet [94], 6.
— temporo-maxillaire (Arthropathies), de Lorimier [24], 28.
— — (Radiologie), H. P. Doub [92], 14.
— tibio-tarsienne (Mobilité anormale), Windfeld [20], 30.
Articulations (Corps étrangers) avec épanchement chez l'enfant, Harshner [92], 9.
— (Injections de Cortisone) pour ostéo-arthrite, Davison [166], 2.
— (Mobilité); évaluation, Merle d'Aubigné [34], 7.
— (Streptomycinothérapie), Blind [34], 18.
— de la hanche (Énervation) pour arthrose, Pietrogrande [39], 3.
Ascaridiose (Complications abdominales) Garcia Baron [129], 11.
— (Iléus), Nemec [155], 5.
— (Occlusion intestinale), Lara [31], 16.
Ascaris lumbricoïdes, cause d'iléus biliaire, M. Ruiz [131], 4.
— — (Complications abdominales aiguës dûes à —), A. Garcia Baron [60], 4.
Ascite et fibrome ovarien, J. Zimmermann [118], 13.
— chyleuse, R. Jackson [164], 10.
— cirrhotique (Ligature de l'hépatique), Chandler [29], 9.
— expérimentale (Ligature hépatique graduée), Laufman [28], 3.
— — (— vasculaire), Jefferson [24], 9.
Aspergillose pulmonaire, Stiefel [134], 3.
Aspiration gastro-duodénale à demeure en chirurgie (Avantages et désavantages), F. X. Bsteh [9 A], 19.
— biopsie vésicale, Bilger [53], 1.
Asthme essentiel (Chirurgie), Esnaurrizar [31], 4.
Ataxie (Chirurgie), Makin [44], 16.
Atélectasie de résorption après opérations pulmonaires, J. K. Kraan [139], 7.
Auréomycine pour pyléphlébite et septicémie, F. Graham Marson [136], 2.
— Chloramphénocol, Notter [101], 2.
Automutilation, Bohnenkamp [7], 5.
Avant-bras (Enclouage), Thomson [24], 2; Robertson [24], 3.
— (Ostéosynthèse intra-médullaire) chez l'enfant, Sebestik [156], 4.
Avant-pied (Lésions tuberculeuses graves); pont intertarso-métatarsien double, Seghini [41], 1.

B

Bacillus funduliformus, M. Bruining [139], 10.
Bactériémie post - opératoire, Jungwirth [122], 27.
Badional, Glenk [8], 8.
Balnéothérapie (Indications gynécologiques), H. Hartl [118], 8.
Bandage plâtré sans support, Popilka [155], 4.
Bandelette de Maissiat (Rétraction), Johnson [28], 28.
Banque d'artères et greffes vasculaires, E. Henrotin [10], 1.
— d'os, Bosworth [44], 5.
— de sang, W. Banz [6], 22.
Bassin osseux (Fractures); enfoncement du cotyle, Swynghedauw [3], 7.
— — —; blessure uréthrale, Aguirre [31], 9.
— — (— luxation obstétricale), Urist [169], 13.
— — (Statique), Zettler [9], 23.
— — (Tumeur); résection partielle, Merle d'Aubigné [34], 26.
Bassinet (Carcinome papillaire), Moreira Garcez [32], 3.
— (Corps étranger), O. A. Nelson [55], 3.
— postérieur, Trevisini [54], 3.
Bec-de-lièvre (Technique opératoire), Duarle Cardoso [175], 14.
Benadryl dans l'œdème angioneurotique, Hammer [30], 3.
Bilan azoté dans le cancer, Bolker [91], 15.
Bilharziose uretérale, Gelfand [186], 2.
Biopsie par aspiration (Complications); hématome sous - muqueux gastrique, E. D. Palmer [62], 7.
— bronchique, Scarcinci [141], 3.
— endométriale suivie de grossesse, G. Lambert [125], 6.
— hépatique, Kalk [116], 1; R. do Rosario [149], 1.
Blastomycose pulmonaire, Buechner [69], 19.
Blessures (Sulfamidothérapie), Raabe [120], 18.
— chez les afibrinogénémiques (Temps de saignement), E. Lenggenhager [154], 1.
— par arme à feu, Pecha [156], 7.
— du cœur (10 cas), Naclerio [69], 17.
— de guerre, Alb. Mouchet [94], 6.
— opératoires, R. Villinger [6], 28.
Blocage sympathique (Incidents sur 78 000 cas), J. Volkmann [9 A], 22.
— vaso-moteur (Effets de la position des membres inférieurs), Soffer [169], 3.
Bouche (Altérations) au début d'une leucosarcomatose, H. Cadenat [58], 5.
— (Cancer); technique d'irradiation rapide, Rubenfeld [92], 22.
— [Cavité] (Cancer); métastases cervicales, Royster [91], 12.
— [Muqueuse] (Restauration), J. Lachard [5], 2.
Bouton pour pertes de substance, Swan [69], 10.
Brides séniles (Correction esthétique), Tavyar Kanka [23], 4.
Bronches (Cancer), Scarcinci [141], 3.
— —; diagnostic différentiel, E. Hasche [9 A], 9.
— —; ablation endoscopique, Hasche [8], 10.
— —; ectomie chez une jeune fille, Berlaud [112], 2.
— (Clamp nouveau pour les —), M. Rubin [24], 22.
— (Dilatation) et tumeurs du glomus jugulaire, J. Mordret [57], 8.
— (Fistule sous - diaphragmatique), Albertson [69], 21.
— (Ostéochondrome), R. Nissen [24], 44.
— (Résection expérimentale chez le chien), Kiriluk [25], 8.
— (Transplantation expérimentale chez le chien), L. B. Kiriluk [25], 8.
Bronchectomie pour cancer chez une jeune fille, Berlaud [112], 2.
Broncho-pulmonaires [Néoplasmes] (Emphysème bulleux), Miceli [144], 4.
Brossage chirurgical, Schnohr [20], 26.

Brûlés graves (Homo-transplantation), JUNG [8], 31.
Brûlures, KIRSCHBAUM [176], 9.
— (Pansement au Badional), GLENK [8], 8.
— (Plaies des —); traitement, J. Th. H. GROND [139], 2 et 5.
— (Traitement actuel), HEYMANN [9], 41.
— (— par méthode d'exposition), C. P. ARTZ [25], 4.
— chez le jeune enfant (Conséquences neuro-psychiatriques précoces et tardives), CL. KOHLER [111], 1.
— étendues, BATCHELOR [11], 5.
— thermiques (Mortalité par —); sa réduction à l'aide de la streptomycine, H. BAXTER [25], 3.
Bulbite dans l'appendicite, PASCHETTA [84], 9.

C

Cæcum (Fibromyome), H. LISSNER [8], 33.
— (Invagination partielle), G. SEILLÉ [1], 4.
— (Volvulus), PRZERWA-TETMAJER [148], 2.
Cal osseux dans l'ostéosynthèse, MASTROMARINO [39], 2.
— — (Formation); influences mécaniques, MATZEN [9], 11.
Calcanéum (Éperons); diagnostic et traitement, F. et J. FRANÇON [103], 3.
— (Fractures); réduction non sanglante, KAISER [117], 12.
Calcification de l'oreillette gauche (8 cas), J. L. CURRY [92], 6.
Calculs biliaires, BURT [187], 1.
— — (Iléus), KLINGER [8], 5.
— — (Occlusion intestinale), SHORE [29], 4.
— — (Perforation); radiologie et évolution, K. BRANTNER [85], 11.
— urétéraux, DA MOTTA PACHECO [182], 2.
— urinaires (Extraction), D. R. SMITH [55], 5.
— vésiculaires géants simulés, SWYNGHEDAUW [3], 6.
Calculose biliaire, HOFFMANN [120], 1.
— — (Obstruction intestinale), CODENA [31], 8.
— — (Sténose pyloro-duodénale), ESPOSITO [144], 7.
Canal anal (Revêtement du —); son rôle dans les fistules, G. CABANIÉ [94], 12.
— artériel ouvert (24 cas), ADLER [186], 6.
— — (Persistance), VITTONE [144], 3.
— — — et anévrysme pulmonaire, LYSAKOWSKA [148], 10.
— — — (50 cas), STARER [136], 14.
— carotidien (Orifice); variations de diamètre, GETZ [89], 1.
— cholédoque (Ascaris lumbricoïdes), M. RUIZ [131], 4.
— — (Kyste congénital), TRNKA [155], 9.
— — (— géant), BODART [107], 5.
— — (Lithiase); étude radio - clinique, M. ROUX [99], 8.
— — —; risques opératoires; choix d'une technique nouvelle, MALLET-GUY [2], 5.
— — (Rétrécissement et tumeurs), T. JAVANOVIC [160], 2.
— — (Tumeurs sténosantes), T. JAVANOVIC [160], 2.
— cystique (Maladie), DEDEU [175], 8.
— rachidien (Cholestéatome), MAHOUDEAU [95], 1.
— de Sténon (Fistules), H. E. BALBIANI [58], 2.
— — (Lacération), HERSH [30], 8.
— thoracique (Blessures opératoires), R. VILLINGER [6], 28.
— thyréo-glosse (Kystes), REES [24], 25.
— de Wirsung (Papillome), LEGER [94], 7.
Canaux biliaires (Atrésie congénitale), ZUCHA [22], 5.
— — (Lésions opératoires), BIERRING [20], 3.
— — (Strictures bénignes acquises); étude personnelle, H. WAPSHAW [138], 1.
Cancer (Bilan azoté), BOLKER [91], 15.
— (Hypophysectomie), LE BEAU [95], 2
— (Irradiation), PIERQUIN [98], 6.
— (Limites chirurgicales), REDON [98], 5.
— (Origine hormonale), GRAFFI [117], 1.
— (Progrès diagnostiques récent
R. M. SHUSHAN [171], 2.
— (Rôle de la sécrétion thyroïdienne sur s
évolution), M. DARGENT [2], 3.
— (Traitement hormonal et chimiqu
R. HUGUENIN [130], 6.
— dans l'enfance, BUFKIN [45], 10.
— dans le goître adénomateux, HINTON [2
3.
— et grossesse (Irradiation), KAPLAN [16
9.
— associé à la hernie du hiatus et à l'estom
thoracique, D. ROBB [69], 20.
— des amygdales, D. B. PARSHALL [92],
— anal, BRANELLEC [98], 7.
— biliaire, VALENTOVA [22], 6.
— bronchique, E. HASCHE [9 A], 9; BE
LAUD [112], 2; BOLT [120], 6; SCARCIN
[141], 3.
— bronchogénique, CHARDACK [69], 11
CONE [82], 2.
— buccal, ROYSTER [91], 12; RUBENFEL
[92], 22.
— céphalique et cervical, MARTIN [26], 2.
— colique, CAVE [26], 9; SAWYER [173], 5.
— du côlon droit, J. J. MC CORT [92], 10.
— endométrial, E. R. NOVAK [52], 21.
— des extrémités, JAMES [24], 4.
— des fistules, WASKÖNIG [9], 24.
— gastrique, ABEL [9], 1; DEBRAY [95], 18
GUY ALBOT [99], 10; L. Y BORT [133], 2
IAN AIRD [136], 4; LEREN [150], 4; LERE
[150], 18; OCHSNER [169], 5.
— gastro-intestinal, PLENK [122], 17.
— intestinal, BAUMGÄRTEL [118], 6; SVEHLA
[155], 1.
— jéjunal, DOBRZANSKI [148], 7.
— labial, KÖRBLER [90], 2; PENA [175], 15.
— lingual, EBERHARD [91], 11.
— mammaire, DONHAUSER [24], 5; ADAIR
[26], 1; ASH [28], 16; KRAUS [28], 21;
R. WANKE [118], 10; HEILIG [122], 21;
WEINSTEIN [166], 4; HUGGINS [169], 6.
— — (Hormonothérapie), L. DE GENNES
[97], 1.
— — chez l'homme, ALLOUCHE [112], 1.
— du moignon gastrique (Problème du —),
F. PIRNER [8], 40.
— de la muqueuse gastrique, KONJETZNY
[63], 1.
— œsophagien, HUMPHREYS [26], 5; SCA
RINCI [87], 5; KUNTZMANN [108], 3;
ZDENCK SERY [155], 7.
— — et gastrique, ROSSI [88], 5.
— non ostéophile, GIBERT [94], 24.
— de l'ouraque, BOBROW [52], 8.
— ovarien, H. TISCHER [121], 6.
— pancréatique, WINKELBAUER [122], 19;
HALSHOFER [122], 20; PALMA ALONSO
[130], 1; G. ISRAELS [164], 7.
— — biliaire, DOUBILET [26], 11.
— pelvien, MARSH [26], 15; HAHN [169], 1.
— pénien, HUDSON [24], 6.
— prostatique, DELZOTTO [54], 4; SMITH
[56], 2; BAKER [56], 8; LEADBETTER [56],
9; WALLACE SCOTT [56], 12; FRANCESE
[142], 4.
— pulmonaire, P. RAZEMON [3], 9; WATSON
[26], 6; VOLUTER [84], 5; IVERSEN [150], 16.
— rectal, CAVE [26], 9.
— recto-sigmoïdien, BINKLEY [26], 10.
— rénal, GARCEZ [32], 3; RUSCHE [56], 22
— splénique, ROUSSELOT [26], 12.
— thyroïdien, MAC FEE [26], 4.
urétéral, PETKOVIC [9], 2.
— uréthral, HOTCHKISS [56], 18.
— utérin, DOUGLAS [26], 16; FINN [26], 17
BRUNSCHWIG [26], 19; FISCHER [48], 8
HEYDE [48], 9; GIL VERNET [50], 3

Duarte [50], 4; S. B. Gusberg [52], 18; Bassi [79], 2; Devois [84], 3; Morton [91], 14; S. Laborde [98], 4; Gauducheau [100], 2; Rendelstein [121], 3; Werner [122], 18; Maier [122], 24; Arfwedson [150], 5; Snaid [155], 6; O. Ferguson [172], 9; Schlink [187], 2.
Cancer utéro-ovarien, Hagbard [150], 6.
— vésical, Whitmore [26], 13; Gibson [56], 16; Wingrbury-White [135], 5.
— [Petit] invasif du col utérin, W. Schiller [52], 20.
— [Pré-] endométrial, Arfwedson [51], 2.
Cancéreux (Cuivre et fer sérique), Keiderling [120], 7.
— irradiés (Soins consécutifs) au point de vue du radiothérapeute, G. Schulte [77], 3.
— opérés (Soins consécutifs) au point de vue du chirurgien, K. Boshamer [77], 2.
— — ou irradiés (Soins consécutifs); recherches expérimentales, G. Domagk [77], 1.
Cancérisation d'un kyste paradentaire, Friez [58], 4.
Carboxyméthyl-cellulose, Kirsh [92], 18.
Carcinoïde bronchique, F. K. Kempf [9 A], 17.
Carcinome bronchique, Hasche [8], 10.
— chronique perforant du côlon, Cl. A. Stevenson [92], 1.
— duodénal primitif, R. J. Chodoff [24], 45.
— épidermoïde, Silberblatt [52], 25.
— gastrique, Fr. J. Bonte [92], 4; A. A. Klass [164], 1.
— métastatique, Th. Marti [74], 1.
— papillaire, Moreira Garcez [32], 3.
— prostatique, J. A. Ryan [55], 12.
— rectal, Bernaschek [6], 12.
— utérin, E. Nordlander [51], 3; G. H. Guin [52], 19.
— vésical, Gammelgaard [20], 11.
Carcinosarcome, Delzotto [54], 4.
— utérin, McLetchie [52], 24.
Cardia (Anatomie radiologique), Catalano [87], 7.
Cardiaques (Chirurgie chez les —); anesthésie et soins pré- et post-opératoires, Cl. Lenglart [3], 5.
— (Risques chirurgicaux chez les —), Euriquez de Salamanca [131], 2; Pombo [176], 5.
Cardio-pulmonaire [Fonction] en chirurgie pulmonaire, Bolt [120], 3.
Cardiorraphie pour blessures du cœur, Naclerio [69], 17.
Cardiospasme (Dilatation et chirurgie), T. Cl. Gertz [20], 13.
Cardio-vasculaire (Chirurgie), Welti [113], 4.
Carie osseuse, Favacchio [12], 2.
Cartilage (Métabolisme), Laskin [28], 14.
— bovin conservé (Implants), Gibson [11], 1.
— homogène conservé (Implants), Schofield [11], 2.
Castration chirurgicale (Traitement), P. Funck-Brentano [96], 1.
Catheter gradué pour prostatectomie, Dundon [135], 11.
Cathétérisme cardiaque, J. L. Rivier [154], 8.
Cavité pelvienne (Cancer); méthode de Philadelphie, Hahn [169], 1.
— — (— intra-épithélial), Marsh [26], 15.
— — (Hémangio-endothéliome), Dann [91], 9.
— — (Irradiation); production d'A. C. T. H., Barnes [52], 4.
— — (Néoplasmes malins); suppositoires vaginaux de furacine et radiothérapie, J. Schwartz [52], 17.
— — (Système nerveux autonome), Howard Taylor [159], 1.
— — (Tuberculose), Rojo [173], 6.
Cavités restantes (Décortication), Bathcke, [9], 45.
Cellules cancéreuses dans le liquide pleural, Graham [69], 6.
— de Hurth, Sinclair [24], 10.
Céphalalgie n'est pas signe de tumeur cérébrale, Tchehrazi [185], 5.
Cerveau (Abcès), Samiy [185], 3.
— (— otogènes), Weiss [117], 14.
— (Anévrysmes artério-veineux), Niemeyer [181], 1.
— (Angiome); radiothérapie, Toti [87], 2.
— (— rolandique), Brun [71], 6.
— (Anoxie per- et post-opératoire), R. Kucher [9 A], 16.
— (Cancer métastatique), Typowsky [155], 2.
— (Complication sus-tentorielles) dans l'hématome intra - cérébral traumatique, Schneider [73], 3.
— (Embolie artérielle); anatomie pathologique, K. Kohn [9 A], 35.
— (Excitation non spécifique) pour stimulation hypophysaire intermédiaire, Holmann-Cradner [123], 2.
— (Hématome), Giraud [35], 4.
— (Lésions traumatiques couvertes) au point de vue d'œil, K. Maier [9 A], 25.
— (Pertes de substance traumatique); évolution ophtalmologique, Desvignes [96], 4.
— (Tumeurs); céphalalgie, Tchehrazi [185], 5.
— —; épilepsie, Paillas [70], 3.
— (— temporales), Gerlach [72], 3.
— (— vasculaires), Sommelet [107], 1.
— [Commissure de l'habenula] (Nodules calcifiés); fréquence et leur aspect aux R. X., C. G. Smith [92], 11.
— [Pédoncule] (Lésion traumatique); voie orbitaire, Ferdière [106], 4.
— — (Pyramidotomie), Boixados [129], 6.
Cervelet (Médulloblastome); irradiation, Paterson [89], 2.
Cervico-brachiale [Compression neuro-vasculaire], Cahn [175], 5.
Cétostéroïdes (17) (Excrétion urinaire post-opératoire), Hardy [28], 9.
Chaîne sympathique (Blocage); incidents sur 78 000 cas, J. Volkmann [9 A], 22.
Champ opératoire (Traitement antinéoplasique) après ablation des métastases épithéliomateuses du cou, A. Bronzini [145], 9.
Chaussure plâtrée de marche (Usage et abus), O. Rostrup [164], 3.
Chéloïdes (Cortisone), Clarkson [135], 14.
Chémodectomes, J. R. Pettet [25], 5.
Cheveux (Chute) après traitement anti-coagulant, Fischer [154], 10.
Cheville [Articulation] (Maladie sarcoïde osseuse), Torek [44], 18.
Chimiothérapie (Dangers et fautes), Hinrichs [9], 9.
du cancer, R. Huguenin [130], 6.
Chirurgie (Antibiotiques en —), M. Kretic [160], 1.
— (Biologie de l'aggression chirurgicale), Carbonell Antoli [133], 1.
— (Cytodiagnostic en —), Ch. de Muylder [10], 7.
— (Hypotension contrôlée en —), Montag [8], 36.
— (Hypothermie artificielle en —), A. Bobbio [145], 5.
— des anévrysmes (Progrès); D. Manfredi [14], 6.
— chez les cardiaques (Anesthésie et soins post-opératoires), Cl. Lenglart [3], 5.
— contre la douleur (Ses abus), R. Leriche [2], 2.
— biliaire (Duodénotomie en —), Y. Salembier [3], 1.
— cardiaque (Indications), W. Polt [118], 2.
— esthétique des brides séniles, Tavyar Kanka [23], 4.

Chirurgie générale (Progrès récents du traitement en —), W. C. Quinn [171], 1.
— — et traumatismes de la rue, Sébastiani [41], 2.
— de guerre, Favre [94], 4.
— néonatale (Centre de —); son organisation, G. Laurence [99], 2.
— de l'œsophage, J. L. Lortat-Jacob [99], 11.
— orthopédique (Nécessité d'un examen profond), McKeever [44], 1.
— plastique (Anesthésie hypotensive), Bentel [186], 8.
— — des pertes de substance du bout des doigts, Th. Woodstra [139], 8.
— — au niveau de la vessie, R. W. Barnes [55], 6.
— thoracique (Anesthésie endo-trachéale en —), Oppeln-Bronikowski [19], 3.
— — (Étude physiologique après —), W. W. Stead [69], 16.
— — (Soins post - opératoires en —), J. M. Lemieux [162], 1.
— [Petite] (Narcose brève en —); 200 cas, Wissfeld [9 A], 6.
Chirurgien (Responsabilité du —) et consentement à l'opération, Caleb [104], 1.
— du XVIII[e] siècle (John Knyveton), L. Ferrarelli [16], 8.
Chloramphenicol, d'Ascola [176], 1.
Chlorhydrie dans l'ulcus, A. Valleso [175], 12.
Chlorure d'isopropyl en petite chirurgie (200 cas), Wissfeld [9 A], 6.
Choc transfusionnel et incompatibilité Rhesus, A. Gautier [153], 2.
Cholangiographie (Risques); lésions hépatiques, J. C. Buemann [20], 12.
— transabdominale, Michelini [175], 21.
— intra- et post-opératoire avec radiographie en série, Loose [85], 3.
Cholécystectomie (Lésions des voies biliaires), Bierring [20], 3; Lehmann [20], 19.
— (Rapports gastro-duodénaux), Rothenberg [28], 4.
— (Syndrome post-opératoire), R. Upham [62], 6.
Cholécystogastrostomie (Variante technique), L. Durante [94], 16.
Cholécystographie (Tomographie au cours de certains cas), J. Prouzet [96], 2.
— au télépaque, Hoppe [91], 6.
— au Teridax, R. Shapuro [92], 16.
Cholécystostomie (Résultats à long terme), J. Hutchison [138], 3.
Cholérragies après interventions sur kystes hydatiques du foie, E. Bourgeon [1], 3.
Cholestéatome intra-rachidien, Mahoudeau [95], 1.
Chondrites, Favacchio [12], 2.
Chondrodystrophie calcifiante congénitale, Berrey [45], 6.
— épiphysaire, Ingelrans [34], 13.
Chondropathie de la rotule, Scheuer [6], 2.
Chondrosarcome, Krantz [91], 3.
Chordome, Birrell [33], 4.
— (Radiothérapie), Sennett [91], 5.
— vertébral lombaire, Baker [44], 13.
Choréo-athétose (Pyramidotomie), Boixados [129], 6.
Chorio-épithéliome, Nuckols [52], 12; Guichard [102], 2.
— et ovaire, G. Dubreuil [47], 1.
— utérin, Rivière [4], 5; Lafargue [4], 6.
Chylothorax traumatique, Chiechi [68], 1.
Cicatrices pigmentées, Crawford [136], 13.
Circulation (Comportement post-opératoire), H. Eiermann [9 A], 24.
— du foie, Wakim [172], 3.
Cirrhose (Ligature hépato - splénique), J. L. Meddon [62], 4.
— focale, Benz [172], 6.
— portale (Effets inhibiteurs) sur l'hypertrophie de la prostate, H. H. Stumpf [170], 1.
Clamp bronchique nouveau, M. Rube[24], 22.
Claudication intermittente (Adénosine), Bia[chi [145], 9.
Clavicule (Tuberculose), Tessarolo [41], 6
Clips cutanés (Applicateur de —) et enleveu[W. K. Jennings [24, 21.
Cloison interventriculaire (Pertes de substanc[expérimentales), Kay [28], 18.
Coagulation sanguine (Comportement post[opératoire de ses parties), Marggraf [9 38.
— — (Dissolution) au moyen d'un complex[enzymatique extrait du pancréas Bononom[14], 3.
Coagulum sanguin (Action des sulfamides)[Naso [13], 4.
Cobalt radio-actif, Morton [91], 14.
CO[2] expiratoire durant l'anesthésie, Brink[man [95], 13.
Cœur (Blessures); succès de la péricardotomi[et de la cardiorraphie dans 10 cas[E. A. Naclerio [69], 17.
— (Catheterisme), Di Gennaro [68], 3.
— — dans la péricardite constrictive[J. L. Rivier [154], 8.
— (Chirurgie); indications, W. Polt [118][2.
— (Compression) par thorax en entonnoir[A. Vogelsang [164], 2.
— (Décortication), Skinner [169], 20.
— (Innervation); chirurgie, Knudsen [150][13.
— (Opérations intra-cardiaques), Husfeldt[150], 20.
— (Résistance électrique du —), Beat[tie Jr. [25], 9.
— (Traumatisme), un cas, A. Salepcioglu[23], 6.
— [Oreillette] (Calcification); 8 cas vérifiés chirurgicalement, J. L. Curry [92], 6.
— [— gauche] (Thrombus pédonculé), Gumbiner [66], 1.
— droit (Cathétérisme); accidents, Hébert[64], 2.
— Poumon artificiel, Dogliotti [143], 15; Dei Poli [143], 16.
— — (Documents cinématographiques), A. Costantini [16], 1.
Colite ulcéreuse (Corticotropine), Larkin[29], 14.
— — (Stomie du transverse), Campbell[30], 5.
— — (Sympathectomie lombaire), Luze[122], 12.
— — grave (Étude clinique, radiologique et anatomo-pathologique), Gallart-Monès[60], 1.
Collagène [Tampon de], Schwädt [8], 25.
Collapsus et shock, Muro [134], 2.
Côlon (Cancer), Cave [26], 9.
— — métastase rénale, Sawyer [173], 5.
— (Carcinome chronique perforant); diagnostic différentiel, Cl. A. Stevenson[92], 1.
— (Diverticulose); melæna, Cate [25], 18.
— (Duplicité), Neville [25], 14.
— (Lésions); radio-diagnostic, R. M. Potter[92], 2.
— (Nivellement des godrons); signe d'occlusion du grêle, Caraven [84], 2.
— ascendant (Diverticulite), Vaughn [29], 8.
— droit (Cancer); apparence radiologique de métastases lymphatiques, J. J. Mc Cort[92], 10.
— sigmoïde (Corps étrangers de bois) rendu visible par insufflation, Demoullin [85], 13.
— — (Pertes de substance étendues); restauration, E. Melchior [6], 24.
— transverse (Stomie) pour colite ulcéreuse Campbell [30], 5.
Colonne vertébrale (Arthrites tabétiques), Picchio [143], 13.

Colonne vertébrale (Chordomes), Birrell [33], 4.
— — (Fixation), J. J. Herbert [1], 2.
— — (Fracture par hyperextension), Faulwetter [7], 3.
— — (Fusion antérieure) pour spondylolisthésis, Ingebrigsten [20], 18.
— — (Gibbosité tuberculeuse) chez le jeune sujet, Scheuer [120], 9.
— — (Lésions); expertise, Uebermuth [117], 10.
— — (— typhiques tardives), Aderhold [9], 7.
— — (Ostéite aiguë bénigne) chez le jeune enfant, A. E. Bremner [136], 5.
— — (Ostéome), Livathinopoulos [34], 21.
— — (Ostéomyélite purulente), Hjelde [150], 12.
— — (Tomographie), Bokstrom [89], 5.
— — (Traumatismes); complications nerveuses, do Amaral [179], 2.
— — (Tuberculose); fusion spinale, Bosworth [44], 5.
— — cervicale (Arthrose); manifestations médullaires, Gros [95], 3.
— — — (Fractures et luxations); collier de soutien, Mc Murray [186], 5.
— — — (— longitudinales et sagittales des corps vertébraux), Blumensaat [6], 16.
— — —(Malformations); radio-diagnostic, Buetti [90], 1.
— — — (Protrusion discale et spondylose); syndromes neurologiques, Gispert Cruz [129], 9.
— — — (Spondylose); troubles médullaires, Taylor [135], 4.
— — lombaire (Chordome), Baker [44], 13.
Colo-rectales [Maladies]; chirurgie à Temple Hospital, Bacon [175], 18.
Colpocléisis, Antoine [122], 15.
Commissurotomie mitrale, Lenègre [113], 1; Danset [113], 3.
— (Récidive), Donzelot [64], 1.
Concrétions appendiculaires radio-opaques (Leur importance), G. C. Prather [55], 16.
Condyle interne (Nécrose aseptique), Gasca [84], 7.
Cordon spermatique (Torsion), Wheeler [175], 11.
Corps calleux (Lipome), Smith [91], 4.
— étranger (Granulomes), Armenio [79], 3.
— — articulaires chez l'enfant, Karshner [92], 9.
— — du bassinet, O. A. Nelson [55], 3.
— — de bois, Demoullin [85], 13.
— — des voies aériennes, J. C. Barani [46], 2.
— — œsophagiens, Cervantes [129], 3.
— — intestinaux, Putnik [159], 8.
— — vésiculaires, W. R. Scott [92], 20.
— organique géant simulant un calcul vésiculaire, Swynghedauw [3], 6.
Corpuscule carotidien (Tumeur), Gilbert-Israël [24], 18; J. R. Pettet [25], 5; Leroux-Robert [57], 7.
Corticoïdes (Excrétion urinaire post-opératoire), Hardy [28], 9.
Corticothérapie surrénale (Thrombo-embolie), Coste [36], 2.
Corticotropine, Larkin [29], 14.
Cortisone pour chéloïdes, Clarkson [135], 14.
— intra-articulaire pour ostéo-arthrite, Davison [166], 2.
— dans l'ostéite pubienne, W. J. Daw [55], 11.
— pour troubles glyco-régulateurs, Schiller [95], 10.
— préventive des adhérences péritonéales, A. Lyall [138], 5.
— (Perforation d'ulcère imputable à la —), A. H. Griep [24], 47.
Côtes (Érosions) au cours de la coarctation aortique chez un enfant, A. Friedman [161], 2.
Côtes (Fractures par effort) dans la grossesse, Marsh [169], 9.
— [XII^e] (Étude anatomique), L. Bondani [145], 2.
Cotyle (Enfoncement bilatéral traumatique), Swynghedauw [3], 7.
Cou (Cancer); chirurgie radicale, Martin [26], 2.
— (Dissection) après irradiation, Castigliano [91], 10.
— (Métastases épithéliomateuses opérées); désinfection du champ opératoire, A. Bronzini [145], 9.
— (— ganglionnaires) du cancer buccal, Royster [91], 12.
Cou-de-pied (Instabilité); chirurgie, Evans [137], 3.
Coxalgie (Radiologie du genou), Parisel [34], 17.
Crâne (Granulome éosinophile), M. Tipaldi [14], 2.
— (Maladie de Paget), Novotny [156], 3.
— (Pertes de substances); plastie acrylique, H. W. Dodge Jr. [172], 8.
— — — réparation par vitallium, J. Dryjski [19], 4.
— (— — traumatique); évolution ophtalmologique, Desvignes [96], 4.
— (Traumatismes); séquelles, Planques [71], 8.
— (— graves) avec pertes de substance osseuse et cérébrale; évolution ophtalmologique, Desvignes [96], 4.
— [Base] (Fistules liquidiennes antérieures) et pneumatocèle, Tönnis [72], 1.
— — (Fractures irradiées), Chavira [31], 1.
— — (Méningiomes), Ambrosetto [17], 1; Quarti [17], 2; Cazzullo [17], 3; Vercelli [17], 4; Della Beffa [17], 5; Sanguineti [17], 6; Donati [17], 7; Colombo [17], 8; Tartarini [17], 9; Rubino [17], 10.
— (Sarcome à cellules rondes) venant de l'épipharynx, F. Thiele [9 A], 30.
— [Cavité] (Anévrysme), Petr [22], 4.
— — (Angiomes), Laine [70], 4.
— — (Chirurgie), Rosenthal [24], 40.
— — (Méningiomes), Ameli [185], 4.
— [Voûte] (Épidermoïde), Meinertz [9], 19.
— — (Fractures chez l'enfant); possibilités de guérison, H. W. Pia [85], 1.
Crânio - encéphaliques [Kystes échinococciques], Vazquez Anon [129], 5.
Crâniopharyngiome pré-protubérantiel, Brun [71], 5.
Crânioplastie acrylique pour pertes de substance, H. W. Dodge Jr. [172], 8.
Crânio-sténose (Chirurgie), G. Desbuquois [95], 20.
Creux poplité (Voie d'accès), Favre [94], 4.
Croissance (« Pectus carinatum » et déformation du thorax des à la —), Ch. W. Lester [25], 7.
— (Troubles neurotrophiques) et formation d'arthrose, A. Vogl [9 A], 15.
Cryothérapie de champ opératoire, A. Bronzini [145], 9.
Cryptes anales (Sonde inversée pour —), Kleitsch [24], 23.
Cubitus mobile et « maladie du coupeur » du pouce, Letton [8], 48.
Cuir chevelu (Angiome occipital); artériographie cérébrale, Lazorthes [71], 7.
Cuisse (Endométriose à forme tumorale), A. Schulz [8], 49.
Cuivre et fer du sérum dans le cancer, Keiderling [120], 7.
Curiethérapie labiale et cutanée, Korbler [90], 2.
Cyclothérapie horizontale, Devois [84], 3.
Cystadénofibromyose kystique du col utérin, G. Appelberg [51], 5.
Cystadénome séreux, Javert [26], 18.
Cystalgie et cystopathies, Mombaerts [94], 2.

Cystectomie partielle, DA MOTTA PACHECO [182], 4.
— segmentaire pour carcinome, GAMMELGAARD [20], 11.
— subtotale, SARGENT [56], 21.
Cystite tuberculeuse panmurale localisée, SARGENT [56], 21.
Cysto-cervicopexie, P. MINET [3], 11.
Cystochrome C (Son action chez l'animal après exsanguino-transfusion de sérum physiologique), C. TADDEI [16], 4 et 5.
Cyto-diagnostic en chirurgie, Ch. DE MUYLDER [10], 7.
— des tumeurs aéro-digestives malignes, P. RENAUD [57], 6.
— pulmonaire, IVERSEN [150], 16.
— vaginal, GIL VERNET [50], 3.
— vésical, BILGER [53], 1.
Cytologie en chirurgie, M. ZWICKER [9 A], 34.

D

Dekacuran, Köhler [8], 28.
Délabrements des malades opérés de tumeurs du massif facial, VIEL [57], 4.
Délinquance chez une topectomisée, G. DANMEZON [74], 3.
Dent de sagesse (Accidents) et tétanos, GRETHER [58], 3.
Dermatologie (États sans malignité), NICKEL [24], 24.
Désarticulations à la racine des membres, CAPRIO [183], 1.
Diabète (Activité cortico-surrénalienne au cours du —), R. TAGNON [126], 2.
— et maladie artérielle, SEMPLE [135], 18.
— et pancréatite chronique récidivante, E. LYON [61], 3.
Diaphragme (Chirurgie), FELIX [117], 11.
— (Déchirure péricardiophrénique); hernie, JOHNSON [166], 10.
— (Éventration); réparation au tantale, SANFORD [69], 14.
Diathèse hémorragique sénile (Traitement par la rutine), TESTORI [143], 7.
Dicoumarine (Administration), THIES [9], 10.
Diphtérie des plaies, Hintzen [8], 19.
Discographie dans le prolapsus, SIEBER [117], 13.
Disque intervertébral (Hernie), V. ÖGE [23], 1.
— — — anamnèse, FREJKA [22], 2.
— — — et sciatique, L. GRIVA [143], 5.
— — (Lésions) simulées par tumeur osseuse coxale, MC NEUR [137], 6.
— — (Prolapsus); discographie, SIEBER [117], 13.
— — — résorption, F. JELASIK [158], 1.
— — (Protrusion); diagnostic neurologique, ASAUG [120], 17.
— — — étude radio-diagnostique, E. MINKARI [23], 2.
— — (Rupture); fusion des corps vertébraux, R. B. CLOWARD [73], 5.
— — — par traction, ROTHENBERG [28], 23.
— - cervical (Dégénérescence) et malformations, J. G. GREENFIELD [153], 1.
— — — (Protrusion), GISPERT CRUZ [129], 9.
Diverticule de Meckel (Étude de quelques cas), G. GAGNON [163], 1.
— — (Tumeurs malignes), HILL [24], 8.
Diverticules intra-cæcaux, TRNKA [156], 11.
— gastriques, MULLER [120], 13.
— œsophagiens, BRAZDA [156], 12; MEEROFF [175], 17.
— urétéraux, W. E. DAVIS [55], 4.
Diverticulite colique, VAUGHN [29], 8.
Diverticulose colique, CATE [25], 18.
Doigts (Pertes de substance); chirurgie plastique, Th. WOODSTRA [139], 8.
Doigts (Rétraction); radiumthérapie, FIN[illegible] [86], 3.
— (Vaisseaux énervés); réponse au froi[illegible] SHEPHERD [140], 3.
Douleur (Théorie de l'activité nerveuse sup[illegible] rieure), RAZDOLSKI [143], 10.
— (Opérations nerveuses contre la — [illegible] leur abus, R. LERICHE [2], 2.
— abdominale aiguë (Problème), H. GAU[illegible] [63], 2.
— chirurgicale (Dromoran Roche dans le[illegible] traitement), GRIESSER [118], 7.
— post-opératoire (Suppression), LINCOL[illegible] LEWIS [136], 15.
— lombo-sacrée (Traitement conservateur [illegible] MC CONVILLE [26], 14.
— dans le tronc, CYRIAX [136], 23.
Drainage des voies urinaires supérieure [illegible] HAMMER [122], 1.
Dromoran Roche dans les états douloureu[illegible] chirurgicaux, GRIESSER [118], 7.
Dumping Syndrom, après Billroth II, GRUNE[illegible] [8], 23.
Duodénite ulcéreuse et splénomégalie, SAVI[illegible] NO [144], 6.
Duodénotomie en chirurgie biliaire, J. SA[illegible] LEMBIER [3], 1.
Duodénum (Ascaris lumbricoïdes étendu au[illegible] cholédoque), M. RUIZ [131], 4.
— (Atrésie), BECK [45], 1.
— (Cancer primitif ou secondaire), FOJT[illegible] [156], 2.
— (Carcinome primitif de la portion infra-papillaire, R. J. CHODOFF [24], 45.
— (Fibromyome), COLE [29], 16.
— (Histologie vasculaire), HERZOG [9], 5.
— (Léiomyosarcome), WEINSTEIN [29], 6.
— (Muqueuse gastrique prolabée dans le —), S. CARRO [128], 2.
— (Occlusion) par torsion intestinale, BARTSOCAS [35], 3.
— (— congénitale), M. FÈVRE [99], 3.
— (Sténose) par compas artériel, FUGAZZOLA [87], 11.
— (Ulcère); diagnostic, MAGGI [176], 7.
— — ictère par obstruction, NEIMAN [169], 17.
— — vagotomie, E. WEISS [61], 1.
— — résections pour exclusion et destinée du moignon pré-pylorique, H. J. SERFLING [9 A], 32.
— (— perforé) au cours d'un traitement à la cortisone pour « Addison », A. H. GRIEP [24], 47.
— [III] (Exploration opératoire), CHIFFLET [183], 3.
— [Pancréas intra - pariétal] du cheval, C. BONFANTI [145], 3.
Dysplasie fibreuse de Jaffe-Lichtenstein et fibromyxome extra - osseux simultanés, K. BRAUNWARTHS [85], 7.

E

Eau (Métabolisme per-opératoire), DAUM [156], 1.
— et sucre sanguin (Pertes) dans la maladie post-opératoire, JAKOVLJEVIC [9], 39.
Écarteur abdominal autostatique, WERNICKE [175], 23.
Échinococcose chez l'homme, NAUMANN [117], 8.
— pulmonaire, FRANCINI [18], 1; PRASIL [155], 12.
— — (Péri kyste); exérèse, SÉBASTIANI [68], 2.
— rénale, CERESETO [175], 2.
Électricité (Accidents), DEI POLI [143], 16.
Électro-cardiographie dans l'hypertension, DE SANTIS [15], 6.
Électro-encéphalographie pour contrôle de l'anesthésie chirurgicale de longue durée, P. SANTIS [2], 1.
— dans les méningiomes, CAZZULLO [17], 3.

Électro-encéphalographie post-traumatique, PLANQUES [71], 8.
Électrolytes (Métabolisme per-opératoire), DAUM [156], 1.
Électrotome, ROST [24], 7.
Embolectomie aortique, WILKINSON [24], 35; GUMBINER [66], 1.
Embolie artérielle, GARITY [28], 17.
— — cérébrale, K. KÖHN [9 A], 35.
— — périphérique (Réfrigération), CIUFFINI [18], 2.
— gazeuse dans le pneumopéritoine, MASTROPAOLO [41], 4.
— graisseuse et enclouage, SCUDERI [30], 7.
— pulmonaire, GIOVANNINI [14], 1.
— — mortelle au cours du traitement anticoagulant, W. R. MERZ [154], 6.
Embryomes du rein, J. CONRADT [127], 2.
Émétine pour infiltrat fébrile appendiculaire, MELCHIOR [9], 32.
Empyème pleural, STRAHBERGER [122], 2.
— thoracique chronique (Histo-physiologie), DE MORAES [149], 3.
Énarthrose coxo-fémorale (Relation entre sa forme et sa fonction), J. DE LA VILLA [128], 3.
Encéphalographie, FELD [95], 5.
— (Troubles) dans la maladie de Madelung, LOMBARD [34], 1.
Encéphalopathie traumatique, DE MORSIER [71], 1.
Enclouage coxal, DEMARK [24], 38.
— médullaire, NISBET [33], 10.
— — (Embolie graisseuse), SCUDERI [30], 7.
— — de Küntscher (Avantages et inconvénients en pratique hospitalière), E. WEYGAND [8], 46.
— — — (Expérience), NICOLAY [9], 46.
— — simplifié, GLÖCKNER [8], 47.
Endomètre (Anomalie de desquamation); métrorragies, THOYER-ROZAT [95], 7.
— (Biopsie); cas suivis de grossesse, G. LAMBERT [125], 6.
— (Cancer); altérations du stroma ovarien, E. R. NOVAK [52], 21.
— (Lésions pré-cancéreuses probables), H. ARFWEDSON [51], 2.
— (Tuberculose), BEDRINE [125], 1.
Endométriose, L. VAN DIEST [124], 1.
— (Cas d'urgence), MILLER [186], 9.
— à forme tumorale, A. SCHULZ [8], 49.
— vaginale, ACKLEY [24], 20.
Endoprothèse plastique des membres, P. LANCE [96], 3.
Endoscopie gastrique (Appareillage et progrès), Ch. DEBRAY [95], 19.
Énervation articulaire, PIETROGRANDE [39], 3.
— du talon pour talalgie, G. CARLIER [103], 2.
Entérite nécrosante, H. VON MEYENBURG [154], 9.
Entérogastrone des ulcères expérimentaux, NASO [13], 3.
Entérokystome, FRANK [9], 40.
Enzyme pour détersion, MYERS [166], 3.
Éosinophiles (Numération) en grande chirurgie, SCHOEN [28], 2.
Épanchement séreux résorbable dans les tumeurs malignes de l'ovaire, C. ROMAN [47], 5.
Épaule (Fracture-luxation), MONTICELLI [39], 1.
— (Lésions musculaires typiques), G. H. MARCUS [9 A], 13.
— (Ostéo-arthrose atrophique syringomyélique); forme précoce radiologique et contrôle de son évolution, H. GÖTTING [85], 14.
— (Périarthrite) et syndrome épaule-main, CARVINI [143], 14.
— [Articulation] (Traumatismes des tendons), WOJTA [6], 17.
Éperons calcanéens (Diagnostic et traitement ?), F. et J. FRANÇON [103], 3.
Épicarde (Tumeur géante), H. HARTWAG [85], 10.
Épicondylite (Chirurgie), SPENCER [44], 15.
Épidermoïde crânien, MEINERTZ [9], 19.
Épididyme (Tumeurs), NEGRI LIONELLO [80], 2.
Épilepsie et hémisphérectomie, FELD [95], 5.
— secondaire, PAGES [70], 5.
— des tumeurs cérébrales, PAILLAS [70], 3.
— non tumorale (Chirurgie), GUILLAUME [70], 6.
Épine iliaque antérieure et supérieure (Fracture), BRUNELLI [141], 1.
Épipharynx (Sarcome à cellules rondes s'étendant à la base du crâne), F. THIELE [9 A], 30.
Épiphyse (Chondrodystrophie), INGELRANS [34], 13.
Épiploon [Grand] (Tumeur primitive rare), CHIAROLANZA [16], 6.
Érythroblastose fœtale, FALKINBURG [45], 3.
Espace sous-acromial (Largeur ou étroitesse radiologiques) dans les traumatismes des tendons de l'épaule), WOJTA [6], 17.
— épidural (Pression); dans le sciatique opérée, LINDAHL [42], 2.
— péri-dural (Anesthésie), SACHS-POLSTER [117], 2.
— sous-dural (Hématome); symptomatologie frontale), PETIT-DUTAILLIS [94], 1.
— péri-néphrétique (Abcès), HOTCHKISS [24], 1.
— extra-péritonéal (Myxome), MICHALEK [148], 8.
— rétro-péritonéal (Kyste), FLYNN [33], 12,
— — (Tératome), CHARLES [38], 3.
— — (Tumeur primitive), MELICOW [30], 1.
— para-pharyngien (Sarcome), LEMARIEY [57], 1.
— — (Schwannome), LEMARIEY [57], 2.
— sous-phrénique (Abcès), BERENS [28], 11.
— extra-pleural (Hémorragies post-opératoires), DRZEWSKI [19], 2.
— para-rénal (Tumeur); ablation thoraco-abdominale, COSTA [53], 3.
— péri-rénal (Abcès), A. H. LEVY [92], 21.
— sous-unguéal (Tumeur glomique), WARTER [108], 1.
— sous-urétral (Fibrome chez la femme), FUNCK-BRENTANO [47], 2.
Espaces périnéo-pelviens (Étude proctologique), R. V. GORSCH [24], 15.
Estomac (Adénomes brunnériens), MENDIOLA [31], 6.
— (Affections chirurgicales); gastroscopie, VITTADINI [15], 2.
— (Appareil ligamenteux); son étude, V. PELACATTI [145], 4.
— (Atonie post-opératoire), SIMON WEIDNER [8], 1; FISCHER [8], 17.
— (Cancer), OCHSNER [169], 5.
— — relations avec les groupes sanguins A. B. O., IAN AIRD [136], 4.
— — causes d'erreur, LAPORTA Y BORT [133], 2.
— — diagnostic, GUY ALBOT [99], 10.
— — radio-diagnostic, ABEL [9], 1.
— — deux fois chez le même sujet, LEREN [150], 4.
— — et rétrécissement rectal, DEBRAY [95], 18.
— — après résection, LEREN [150], 18.
— (Carcinome); radio-diagnostic précoce, Fr. J. BONTE [92], 4.
— — cas pour gastrectomie totale, A. A. KLASS [164], 1.
— (Diverticule), MULLER [120], 13.
— (Endoscopie); appareillage, Ch. DEBRAY [95], 19.
— (Fistule jéjuno-colique), LOCALIO [28], 10.
— (Hernie diaphragmatique) par l'hiatus chez l'adulte, P. HILLEMAND [99], 9.
— (Histologie vasculaire), HERZOG [9], 5.

Estomac (Maladie ulcéreuse), R. Cattan [59], 8.
— (Malpositions cardio-tubérositaires), Duhamel [98], 3.
— (Myome); 50 cas, Antoine [33], 9.
— (Résection); vomissements, Schulte [8], 2.
— (— sub-totale), Bell [25], 11.
— (Sarcome pseudo-diverticulaire), Shorneck [91], 2.
— (Suture); technique, J. Bastin [125], 2 et 3.
— (Tumeurs bénignes), Colp [26], 8.
— (— glomiques), H. Spangler [6], 15.
— (— neurogéniques), R. Frercks [61], 2.
— (Ulcères); problème, Leichsenring [119], 4.
— — chlorhydrie, Valleso [175], 12.
— — et phytobézoard, Manizade [122], 3.
— — vagotomie, E. Weiss [61], 1.
— (— expérimentaux), Naso [13], 3; A. Lambling [59], 6.
— (— — de sortie), Ch. Debray [59], 7.
— (— hémorragiques) après phénylbutazone, Kroinin [169], 12.
— (— multiples) après phénylbutazone, Raffensperger [169], 11.
— (— peptiques post-opératoires); 65 cas, Ruffo [143], 11.
— (Peptic ulcer); facteurs nerveux, Robinson [187], 5.
— — — chronique), Sjolin [20], 20.
— (Ulcères perforés); dangers, L. Diethelm [9 A], 20.
— [Fundus] (Cancer); radiologie pré-opératoire, Rossi [88], 5.
— [Moignon] (Cancer), F. Pirner [8], 40.
— [Muqueuse] (Cancer superficiel), Konjetzny [63], 1.
— — (Prolapsus) dans le duodénum, S. Carro [128], 2.
— thoracique et cancer associé à la hernie du hiatus, D. Robb [69], 20.
— opéré (Étude clinique), Kracheel [8], 16.
— — (Lésions), Maur [175], 4.
— et jéjunum (Décompression post-opératoire), Gilchrist [169], 19.
Étamon dans l'œdème angioneurotique, Hammer [30], 3.
États douloureux chirurgicaux (Dromoran Roche dans les —), G. Griesser [118], 7.
Éventration (Chirurgie), de Chiara [183], 6.
— diaphragmatique, Sanford [69], 14.
— post-opératoire, Pena [175], 19.
Expertise des lésions vertébrales, Uebermuth [117], 10.
Exsanguino - transfusion (Changement de groupe) sans accident, Cancella d'Abreu [149], 6.
— de sérum physiologique (Action du cytochrome C), C. Taddei [16], 4 et 5.
Exsudats fibrino-purulents (Dissolution) au moyen d'un complexe enzymatique extrait du pancréas, A. Bononome [14], 3.
Extracteur amélioré pour veines variqueuses, G. C. Swanson [138], 4.
Extraits cutanés (Injections) pour désensibilisation des homogreffes, Billingham [25], 2.
Extrémités (Cancer), James [24], 4.

F

Face (Chirurgie); masques, Wulff [20], 32.
— (Fractures), Gerrie [24], 30.
— (Furoncle septique grave); traitement, H. A. Schubert [9 A], 12.
— (Hémangiomes géants extensifs); traitement, Olsen [20], 21.
— (Hémispasme) dans le Paget, Novotny [156], 3.
— (Implantation de résine), W. Flohr [58], 1.
— (Névralgie essentielle), Gionard [71], 3.
Face (Paralysie); plasties, Marino [175],
Facteur Rhesus (Incompatibilité), choc tra fusionnel et ostéomyélite, A. Gauti [153], 2.
— — et difformité congénitale de l'appar locomoteur, L. Padiglioni [145], 8.
Faisceaux spino-thalamiques (Tractotomi A. S. Crawford [73], 2.
Falicain (Anesthésique), Sachs - Polsti [117], 2.
Fémur (Antéversion); sa mesure, ses m thodes, Ch. T. Ryder [44], 4.
— (Fractures); enclouage, Nisbet [33], 1
— (— sus-condylienne); réduction par a throtomie), Salmon [209], 15.
— (— intertrochantérienne); forme rar Contargyris [34], 27.
— (— pertrochantériennes); déplacemei des fils après embrodage, H. Roth [6],1
— (Granulome éosinophile), Mendonç [180], 2.
— (Torsion); méthode de déterminatio nouvelle), K. Dunlap [44], 2.
— [Col] (Enclouage simplifié), Glöckne [8], 47.
— — (Fractures); pathogénie, Smith [44 9.
— — —; nécrose de la tête, Arden [137] 4.
— — (— transcervicales); A. Sicard [94] 20.
— — (Ostéotomie), P. Decoulx [3], 4.
— [Condyle interne] (Nécrose aseptique). Gasca [84], 7.
— [Tête] (Nécrose) détectée par radio- phosphore, Arden [137], 4.
— — (Prothèse); enquête préliminaire, Comité des Orthopédistes [44], 22.
— [— acrylique], Salmon [209], 13.
Fibrinogène B (Valeur diagnostique et pronostique), Vasciaveo [49], 1.
Fibroïde (Dégénérescence) et péritonite, Ch. Fields [52], 26.
— utérin dans la fesse, Rees [186], 3.
Fibrome osseux, Huyler [173], 8.
— ovarien, J. Zimmermann [118], 13.
— prostatique, Delzotto [54], 6.
— intrathoracique, Deutschberger [91], 8.
— sous-urétral chez la femme, Funck-Brentano [47], 2.
Fibromyome et invagination récurrente du jéjunum, L. Zilli [145], 1.
— cæcal, Lissner [8], 33.
— duodénal, Cole [29], 16.
Fibromyxome extra-osseux, K. Braunwarth [85], 7.
Fièvre dans les tumeurs malignes rénales, Sturm [119], 2.
— typhoïde (Lésions vertébrales tardives). Aderhold [9], 7.
Fistules (Cancer), Waskönig [9], 24.
— de liquide céphalo-rachidien, Tönnis [72], 1.
— abdominales, Kopf [9], 22.
— anales, Axhausen [8], 6; G. Cabanié [94], 12.
— artério-veineuses, Gaines [52], 13; Tobin [174], 3.
— biliaires internes, F. L. Woodman [164], 11.
— bilio-digestives spontanées et artificielles Ricciardi [12], 4.
— bronchiques d'un mal de Pott, Levère [84], 10.
— broncho-sous-diaphragmatiques, Albertson [69], 21.
— du canal de Sténon, Balbiani [58], 2.
— chroniques par granulomatose du talc, H. J. Gleichmann [6], 29.
— gastro-jéjuno-coliques, Localio [28], 10.
— œsophago-bronchiques, Mabille [114], 1.
— parotidiennes, Muler [57], 3.

Fistules trachéo-œsophagiennes, KAPLAN [35], 2.
— sous-trochantériennes et mal de Pott, LEVÈRE [84], 10.
— vésico-vaginales, W. I. BUCHERT [55], 9.
Flore bactérienne intestinale dans le cancer, BAUMGÄRTEL [118], 6.
— microbienne des ulcères cutanés. VICHER [29], 2.
Fœtus (Expulsion vers le ventre), CERISOLA [31], 13.
Foie (Abcès), BARRIOS [31], 18.
— (— amibien), QUILANTAN ARTIGAS [31], 20.
— (Angiome rompu) et hémopéritoine, Cl. DUBOST [94], 10.
— (Apport sanguin) à l'état normal, WAKIM [172], 3.
— (Biopsie), R. DO ROSARIO [149], 1.
— (Cirrhose); ascite, CHANDLER [29], 9.
— —; ligature artérielle hépatique et splénique, J. L. MEDDON [62], 4.
— —; ligatures artérielles, MADDEN [28], 27.
— (— focale) et nodules solitaires, BENZ [172], 6.
— (— portale), H. STUMPF [170], 1.
— (Exérèse) par ligature pédiculaire première, Cl. COUINAUD [163], 5.
— (Hernie diaphragmatique), DORIGS [13], 1.
— (Kystes hydatiques opérés); cholerragies consécutives, E. BOURGEON [1], 3.
— (Lésions) au cours de la cholangiographie, BUEMANN [20], 12.
— (Maladies); biopsie et laparoscopie, KALK [116], 1.
— (Nodules solitaires) et cirrhose focale, BENZ [172], 6.
— (Plaie pénétrante), HEWLETT [24], 48.
— (Rupture spontanée), WRIGHT [173], 3.
— (Sarcome) 3 ans après injection de thorotrast, DA SILVA HORTA [6], 27.
— (Tumeur primitive), BORDE MADSEN [20], 6.
— (Vascularisation); étude par injections chez l'homme, MANN [172], 4.
— [Lobe gauche] (Atrophie), BENZ [172], 6.
Fosse iliaque droite (Syndromes aigus) d'origine non appendiculaire, DE QUADROS TEJEIRO [131], 1.
Fractures, SWYNGHEDAUW [3], 7; FAULWETTER [7], 3; STRUPPLER [8], 11; BALTHASAR [9], 4; CRONE-MUNZEBROCK [9], 25; A. BALTHASAR [9 A], 29; R. SŒUR [10], 2; PENN [11], 6; CASTBERG [20], 7; GERRIE [24], 30; CHAVIRA [31], 1; AGUIRRE [31], 9; JUDET [34], 5; SMITH [44], 9; GEORGIADE [45], 2; SICARD [94], 20; KAISER [117], 12; ARDEN [137], 4; BRUNELLI [141], 1; MARSH [169], 9; MC MURRAY [186], 5.
— (Arthroplastie), WEISSMAN [34], 6.
— (Consolidation), BUCHBERGER [122], 14.
— (Enclouage), VOSS [8], 12; THOMSON [24], 2; ROBERTSON [24], 3; NISBET [33], 10.
— (Ostéosynthèse), PADOVANI [34], 14.
— (Réduction sanglante), KOTHE [8], 13; GEDDA [42], 4.
— des gens âgés, FLEMMING [102], 3.
— anciennes, U. RITTER [6], 25.
— par arrachements, D. SAPIA [8], 43.
— de la voûte crânienne chez l'enfant, H. W. PIA [85], 1.
— de jambe, KUNMERLE [118], 11.
— longitudinales et sagittales, BLUMENSAAT [6], 16.
— de la mâchoire inférieure, S. WUNDERER [6], 18.
— maxillaires, M. DECHAUME [94], 19.
— trochantériennes, BANG RASMUSSEN [20], 24.
— pertrochantériennes (Embrochage), H. ROTH [6], 14.
— luxations, MONTICELLI [39], 1; H. FIETZ [85], 8; URIST [169], 13.
Frigidaire A. T. E. dans la pratique quotidienne d'une banque de sang, WEIDENBACH [6], 5.
Furacine (Suppositoires vaginaux au —), J. SCHWARTZ [52], 17.
Furoncle septique grave de la face, H. O. SCHUBERT [9 A], 12.
Fusion spinale pour tuberculose, BOSWORTH [44], 5.

G

Ganglion cervical supérieur (Infiltration anesthésique) dans la stérilité chez la femme, P. E. PIRARD [125], 7.
Ganglions lymphatiques (Anthracose) simulant un cancer pulmonaire, KOURILSKY [67], 3.
— — épigastriques (Tuberculose), SEIDL [121], 9.
Ganglioplégiques dans le hoquet post-opératoire, L. LEGER [94], 14.
Gangrène par artério-sclérose, MYERS [166], 3.
— post-zostérienne, RANDAZZO [144], 2.
Gastrectomie (Complications); syndrome douloureux de l'anse afférente et lithiase post-opératoire, A. VACHON [59], 1.
— pour ulcère duodénal, DRUCKERMAN [169], 4.
— partielle (Difficultés du transit), DE SANTIS [12], 3.
— totale, A. SALEPCIOGLU [23], 5.
— — pour carcinome, A. A. KLASS [164], 1.
— subtotale et tuberculose pulmonaire, WARTHIN [167], 2.
Gastrectomisés (Syndrome carentiel des —), BERNDY [101], 1.
— (Troubles glyco-régulateurs); cortisone, SCHILLER [95], 10.
Gastrite par appendicopathie, DE BERNARDI [87], 9.
Gastro-duodénale (Thrombo-angéite), DE RUGGIERO [176], 4.
Gastro-duodénaux [Ulcères], LEVRAT [59], 9.
— — et hyperparathyroïdisme, ELKELES [135], 8.
— [— aigus] après trauma, infection, opération, WURNIG [122], 28.
Gastro-entérologie (Vérification chirurgicale), DELORT [114], 2.
Gastro-entérostomie (Ulcère), ROSENQUIST [150], 2.
— avec vagotomie, B. MÖLLER [20], 4.
Gastro-intestinal (Cancer); excision radicale ou palliative, PLENK [122], 17.
Gastro-œsophage (Regurgitation), J. R. VON RONNEN [139], 13.
Gastroscope nouveau pour incisions, H. STOLLREITER [118], 3.
Gastroscopie dans les affections gastriques chirurgicales, VITTADINI [15], 2.
Gastrostomie pour décompression gastrique, GILCHRIST [169], 19.
Gaze résorbable (Compresse de —); recherches expérimentales et cliniques, H. KNOBLANCH [9 A], 11.
Gencives (Altérations au début d'un lymphosarcome, H. CADENAT [58], 6.
Genou ballant (Thérapeutique), WEISSBACH [6], 1.
— (Calcification paracondylienne interne), CHIAPPA [15], 5.
— (Hémangiome articulaire), G. BERTELE [8], 50.
— (Ostéochondrite disséquante), PERASSI [88], 2.
— (Radiologie) dans la coxalgie, PARISEL [34], 17.
— (Rupture), BROMO [150], 14.
— (Tuberculose); résection, INGELRANS [34], 19.
— (Tumeur blanche); streptomycine, BLIND [34], 18.

Genou [Ligaments] (Plastie au fascia), Favre [34], 20.
Gibbosité tuberculeuse, Scheuer [120], 9.
Glande mammaire (Hypoplasie), D. Nitsche [121], 4.
— parotide (Adénolymphome), D. Aiello [147], 4.
— — (Complications), d'Ascola [176], 1.
— — (Fistule); résection du nerf auriculo-temporal, Muler [57], 3.
— — (Tumeurs rebelles ou récidivantes), Slaughter [28], 19.
— thyroïde (Cancer), Mac Fee [26], 4.
— — (Hypernéphrome métastatique), O. H. Beahrs [172], 2.
— — (Kyste échinococcique), G. Galvano [147], 3.
— — (Sécrétion); son rôle sur l'évolution du cancer, M. Dargent [2], 3.
— — (Tumeurs métastatiques), G. Müller [9 A], 10.
— — (— intrathoraciques), Sinclair [24], 10.
— —. Ovaire (Leurs relations en clinique), J. Lederer [124], 2.
Glandes parathyroïdes et ostéoporose, Alarcon [178], 3.
— — (Insuffisance); guérison ? Jesserer [122], 8.
— — (Tumeur); ulcères gastro-duodénaux, Elkeles [135], 8.
— salivaires (Lithiase), Husted [20], 17.
— — (Tumeurs glandulaires), Bauer [81], 1.
— surrénales (Chirurgie), pour syndrome de Cushing, Poutasse [56], 14.
— — (Exploration radiologique) par rétro-péritonéographie, P. Dumas [163], 6.
— — (Insuffisance cortico-surrénalienne), shock et mort, Stewart Taylor [52], 1.
— — (Neuroblastome), Falkinburg [45], 3.
— — (Soins pré et post-opératoires), Jahler [56], 10.
— — (Tumeurs); ectomie, Carill [56], 13.
— — [Corticale] (Activité) au cours du diabète et de ses complications, R. Tagnon [126], 2.
Gliomes (Métastases), Zeitlhofer [72], 2.
— périphériques, Villasenor [31], 11.
Glomus jugulaire (Tumeurs); leurs rapports avec la dilatation des bronches. J. Mordret [57], 8.
Glucose (Injection intra-veineuse); réaction mortelle, O'Hare [24], 37.
Glutathion sanguin (Action de la néphrectomie), Rios Mozo [129], 10.
Glycorégulation (Troubles), Schiller [95], 10.
Goitre (Insuffisance parathyroïde post-opératoire); guérison ? Jesserer [122], 8.
— des jeunes sujets (Étude par radio-iode), Berger [95], 21.
— adénomateux (Carcinome), Hinton [26], 3.
— colloïde métastatique (Problèmes biologiques), F. Martin Lagos [128], 1 et [130], 3.
— géant (Clinique et traitement), H. Burmeister [9 A], 18.
— lymphomateux, Lewicki [148], 1.
— malin, Fiedler [8], 9.
— simple (Radiothérapie), Saitmacher [86], 2.
— toxique (Chirurgie), Naveiro [178], 2.
Gonade masculine (Tumeurs); cytologie, Lionello [80], 1.
Gonadotrophines pituitaires (Action des œstrogènes), Brown [52], 2.
Granulomatose du talc (Cause de fistules chroniques), Gleichmann [6], 29.
Granulome d'Agar, Armenio [79], 3.
— dû à l'alparène, Kaplan [169], 2.
— du talc, Baar [136], 25.
— éosinophile, Mc Kay [28], 8; Bremen [37], 2; G. Swain [73], 7.
Granulome éosinophile du crâne, M. Tipali [14], 2.
— — osseux, Mendonça [180], 2.
Greffes artérielles (Indications), Servelli [125], 4.
— cutanées, Boerema [95], 12.
— — (Action de l'A. C. T. H.), Garci [173], 4.
— — de prépuce pour reconstruire l'urètre périnéal, D. Presman [55], 10.
— — totales, Hanner [69], 8.
— osseuses, Villareal [31], 2.
— — (Évolution), Campbell [44], 6.
— de trachée liophyllisées, F. Natelli [14], 4.
— vasculaires et banque d'artères, E. Henrotin [10], 1.
Grossesse, Grünberger [122], 13; Danielson [150], 17; Weinstein [166], 4; Marsi [169], 9; Urist [169], 13.
— (Complications), J. M. Mc Cord [52], 27; Hack [52], 28.
— après biopsie endométriale, G. Lambert [125], 6.
— et lithiase rénale, H. Menser [121], 2.
— ectopique, Kane [166], 6.
— molaire et ovaire, G. Dubreuil [47], 1.
— tubaire interstitielle, Lorenz [117], 4.
— extra-utérine, Sala [175], 24.
— intra-utérine et môle tubaire associées, Sutherland [52], 29.
Groupes sanguins A. B. O. (Leurs relations avec le cancer gastrique), Ian Aird [136], 4.
Gynécologie (Anesthésie au pentothal sodique intra-veineux en —), S. Saglig [23], 3.
— (Balnéothérapie en —), H. Hartl [118], 8.
Gynécomastie, Loose [8], 15.

H

Hanche (Ankylose vicieuse); ostéotomie, P. Decoulx [3], 4.
— (Arthrite chronique); origine sérique Graber-Duvernay [101], 3.
— (— douloureuse); transplantation musculaire, Meyers [44], 10.
— (Arthroplastie), Herbert [137], 2; Westerborn [150], 11.
— —; endoprothèse, Arienti [40], 2.
— (Arthrose); variations morphologiques, Pietrogrande [39], 3.
— (Enclouage) chez le vieillard, Demars [24], 38.
— (Luxation congénitale); plastie capsulaire, Poli [40], 4.
— — —; réduction sanglante, Poli [40], 6.
— — —; syndesmopexie, Poli [40], 3.
— paralytique (Rotation externe); cure chirurgicale, Poli [40], 5.
— (Plastie au nylon), Charry [34], 16.
— (Radiographie horizontale, latérale), Laage [44], 11.
— (Reconstruction), Poli [40], 1.
— (Synovite temporaire); radiologie, L. Drey [92], 8.
— (Tumeurs simulant la lésion discale, Mc Neur [137], 6.
— [Nerfs articulaires] (Voie d'abord antérieure), Garry [140], 1.
— [Rebord capsulaire] (Plastie) dans la luxation congénitale, Poli [40], 4.
Hémangio-endothéliome, Dann [91], 9.
Hémangiomatole étendue de la jambe, W. Haag [85], 12.
Hémangiome articulaire du genou, Bertele [8], 50.
— géant de la face, Olsen [20], 21.
Hémangiosarcome, Wachstein [169], 21.
Hémarthroses des hémophiles (Ondes courtes), A. Fonio [154], 2.

Hématies humaines (Récupération et survie), Brown [29], 1.
Hématomes des hémophiles (Ondes courtes), A. Fonio [154], 2.
— intra-cérébraux, Giraud [35], 4.
— — traumatiques avec complications sustentorielles, Schneider [73], 3.
— sous-duraux, Petit-Dutaillis [94], 1.
— sous-muqueux gastriques, complication de la biopsie par aspiration, E. D. Palmer [62], 7.
— pulmonaires, Salyer [69], 2.
Hématurie (Urologie d'urgence), Grimaldi [175], 16.
Hémiplégie après sérothérapie, Thurel [95], 16.
— par thrombose carotidienne, Gerest [101], 6.
Hémispasme facial, Novotny [156], 3.
Hémisphérectomie et épilepsie, Feld [95], 5.
— totale (Technique), Feld [70], 2.
Hémochromatose (Phlébotomie), Houston [135], 7.
Hémopéritoine par rupture spontanée d'un angiome du foie (Exérèse secondaire), Cl. Dubost [94], 10.
Hémophiles (Hématome et hémarthroses des —); ondes courtes, A. Fonio [154], 2.
Hémophilie, Lenggenhager [154], 1.
Hémorragies dans certaines maladies du sang, Ramon Gueria [46], 1.
— abdominales, Barnett [25], 19.
— fonctionnelles, Leeb [48], 1.
— gastro-intestinales massives de l'hypertension portale, J. W. Lord Jr [62], 3.
— hémophiliques (Plasma), Jonas [122], 11.
— méningées après thoracoplastie, A. Lévi-Valensi [112], 3.
— post-opératoires dans l'espace extra-pleural, Drzewski [19], 2.
— des ulcères (Pronostic), Barrett [173], 2.
Hémorroïdes (Chirurgie), Mehlhorn [9], 12.
Hémostase parentérale, Goosens [119], 1.
Hémothorax (Décortication) de Mello [32], 4.
Héparinothérapie (Voie intra-dermique), Cl. Olivier [94], 3.
Hermaphrodisme (Hypospadie de l' —); radio-diagnostic comparé, E. Schumann [85], 6.
— [Pseudo], Daro [52], 15.
Hernie (Traitement à l'Alparène 2), Kaplan [169], 2.
— amniotique, A. Prochiantz [99], 5.
— crurale récidivante, Truelsen [20], 28.
— diaphragmatique, P. Hillemand [99], 9.
— — (Anémie), Creyx [95], 17.
— — (Diagnostic), Karitzky [9], 42.
— — (Foie), Dorigo [13], 1.
— — (Incarcération), Kümmerle [8], 22.
— — (Traumatismes), Johnson [166], 10.
— — (Volvulus lobaire pulmonaire), Ransdell [69], 3.
— — simple, S. Keijser [139], 3.
— discale, V. Öge [23], 1.
— — (Anamnèse), Frejka [22], 2.
— — (Complications) sciatique radiculaire, L. Griva [143], 5.
— paraduodénale, Parsons [91], 1.
— étranglée, Baron [129], 1.
— du hiatus, D. Robb [69], 20; Duhamel [98], 3; Hillemand [99], 9; Rios Solans [136], 21.
— — et cancer associé, D. Robb [69], 20.
— inguinale (Chirurgie) avec conservation du testicule E. Marconi [145], 10.
— lombaire, Nasser [182], 1.
— pulmonaire rétro-claviculaire post-traumatique, R. et P. Pichon [74], 4.
— ventrale congénitale, Behrend [26], 21.
— volumineuse (Technique), de Chiara [183], 6.
Hernie volumineuse d'incision (Fermeture en bout de boîte), L. V. Rush [24], 14.
Herpès zoster (Gangrène), Randazzo [144], 2.
— — dans la spondylite, Hausner [119], 5.
Hexamethonium, Aserman [136], 12.
Hiatus œsophagien (Hernie), P. Hillemand [99], 9; Rios Solans [136], 21.
— — (—et cancer associés), D. Robb [69], 20.
Hibernation artificielle (Évolution), H. Laborit [125], 5.
— en pédiâtrie, Sorel [35], 5.
Histoplasma capsulatum, Puckett [82], 1.
Histoplasmose pulmonaire, Puckett [82], 1.
Homogreffes cutanées (Désensibilisation) par injections d'extraits cutanés du donneur, Billingham [25], 2.
Hoquet post-opératoire (Gangliopléglques), L. Leger [94], 14.
Hormones sexuelles stéroïdes (Action cancérogène), Graffi [117], 1.
Hormonothérapie du cancer, R. Huguenin [130], 6.
— du cancer mammaire, L. de Gennes [97], 1.
— de l'ostéoporose sénile, Michon [107], 4.
— des tumeurs de la prostate, B. Bibus [154], 3 et 5.
— sexuelle, Robecchi [49], 3.
Humérus (Fractures sus et intercondyliennes); résection, Weissman [34], 6.
— (— sus-condyliennes transversales) chez l'enfant, J. Judet [34], 5.
— (Résection arthroplastique) pour fractures condyliennes, Weissman [34], 6.
— [Extrémité inf.] (Fractures), Crone-Munzebrock [9], 25.
— [Tête] (Fracture); enclouage, Voss [8], 12.
— — —; opération, Kothe [8], 13.
Hydatide de Morgagni (Torsion), Krstic [159], 10.
Hydatidose pleurale, Yodice [176], 2.
Hydrazide de l'acide nicotinique, Dumon [94], 8.
Hydronéphrose géante, Dioguardi [54], 5.
Hydrosalpinx (Insufflation kymographique) pour son étude, L. Bonnet [47], 3.
Hydrothorax et fibrome ovarien, J. Zimmermann [118], 13.
Hyperinsulinisme (Tableau morbide), Berger [9], 21.
Hypernéphrome, Chwalla [54], 1.
— métastatique thyroïdien, O. H. Beattrs [172], 2.
Hyperostose corticale, Lytton [24], 29.
Hyperparathyroïdisme, Elkeles [135], 8.
Hypertension artérielle, G. Habay [125], 8.
— (Chirurgie); électro-cardiographie, de Santis [15], 6.
— — (Traitement), J. Mc Michael [130], 5.
— — maligne par néphropathie, A. Marois [163], 1.
— — — essentielle (Surrénalectomie), Dragojevic [159], 6.
— — permanente chez un garçon (Phéochromocytome), Klein [155], 13.
— — rénale, E. Braun-Menendag [94], 15.
— portale, da Silva Pereira [149], 4.
— — avec hémorragies gastro-intestinales massives (Dérivation du système porte), J. W. Lord Jr [62], 3.
— — et varices œsophagiennes hémorragiques, E. M. Kent [62], 5.
— — (Anastomose porto-cave); indication, T. Minkari [23], 8; Albanese [175], 1.
— (Ligature hépatique), Desforges [25], 10.
Hyperthyroïdisme (Chirurgie), Frauzino Pereira [32], 5.
Hypophyse à l'origine d'une mélanodermie addisonienne, Gilbert-Dreyfus [76], 1.
— surrénales et ulcère peptique, E. Hernando [60], 3.

Hypophyse antérieure [Lobe] (Stimulation) par excitation intermédiaire non spécifique du cerveau, Hofmann-Cradner [123], 2.
Hypophysectomie pour cancer, Le Beau [95], 2.
— pour cancer prostatique, Wallace Scott [56], 12.
Hypospadias simple (Radio-diagnostic comparé) avec l'hypospadie de l'hermaphrodisme, E. Schumann [85], 6.
Hypospadie de l'hermaphrodisme, E. Schumann [85], 6.
Hypotension contrôlée, Di Molfetta [93], 1.
— — en chirurgie, H. Montag [8], 36.
— — (Hexamethonium et amide procaïnique, Aserman [136], 12.
Hypothermie artificielle en chirurgie, A. Bobbio [145], 5.
Hystérectomie et prolapsus, R. Michel [5], 1.
— (États secondaires à l'—), H. Husslein [123], 1.
— partielle et totale, G. Herrera [176], 3.
— totale, Finn [26], 17.
— vaginale (Revue statistique de 129 cas), A. A. Levi [24], 42.
— — (Technique du « Stump-Stitch »), R. Tauber [52], 22.
Hystérosalpingographie (Substances de contraste), Kranz [48], 2; Dietz [48], 3.

I

Ictère par obstruction (Ulcère duodénal), Neiman [169], 17.
— prolongé (Chirurgie); 2 cas, Bas [108], 4.
— par rétention (Kyste pancréatique), Gelin [101], 4.
Iléo-cæcale [Tumeur] après appendicectomie, Bsteh [120], 14.
Iléon dans l'appendicite chronique, Paschetta [84], 9.
— terminal (Duplicité), Neville [25], 14.
Iléo-sigmoïdostomie et colectomie, Neville [25], 14.
Iléus, Garre [175], 27.
— biliaire, Klinger [8], 5.
— — par ascaridiose, Nemec [155], 5.
— — par ascaris lumbricoïdes d'évolution bénigne, M. Ruiz [131], 4.
— du méconium, Montgomery [169], 18.
— spastique et paralytique, Steiner [22], 11.
Illumination chirurgicale artificielle (Dangers), Finochietto [175], 26.
Ilôts de Langerhans (Tumeurs) avec hyperinsulinisme, M. Osnes [20], 22.
Image hémo-oxymétrique, Scalabrino [143], 12.
— urétéro-pyélocalicielle (Asymétrie) chez le prostatique, Couvelaire [53], 2.
Implants de cartilage bovin, Gibson [11], 1.
— sous-muqueux périostiques, Tullio [141], 4.
Incision de Cherney, Finochietto [175], 22.
Incontinence d'urine, Sheehan [140], 2.
— — (Technique modifiée des points de suture jumeaux, R. Tauber [24], 12.
— chez la femme (Opération de Berkow-Bürger), E. Secher [51], 6.
Infections (Conduite par troncs nerveux), Wright [137], 1.
— dans l'artérite oblitérante, Howe [28], 22.
— à fusiformes, Henderson [136], 16.
— génitales de la femme (Ultra-sons), Cardia [50], 2.
— hydatiques au Canada, J. Miller [164], 5.
— streptococciques (Vulvo-vaginite), Hedlund [150], 8.
Infiltrations anesthésiques, P. E. Pirard [125], 7; C. Yildiran [157], 1.
Infusion intra-tibiale chez le nourrisson, Erdmann [117], 5.
Injections (Lésions nerveuses); comment les éviter ? H. Sturzberg [121], 5.
— intra-artérielles (Enseignements statistiques de 500 cas), H. J. Paulus [8], 51.
— trigéminales, Penman [135], 6.
— intra-veineuses (Technique), Pflaumer [120], 15.
— — de glucose (Réaction mortelle), O'Hare [24], 37.
Insufflation kymographique tubaire, L. Bonnet [47], 3.
Insulinisme [Hyper] (Problèmes chirurgicaux), J. Holst [20], 15.
— — et tumeurs de Langerhans, M. Osnes [20], 22.
Intestin (Anastomose) sans clamps, Berman [25], 16.
— (Cancer); flore bactérienne, Baumgärten [118], 6.
— (Invagination post-opératoire), R. Hunsperger [9 A], 31.
— (Lésions par irradiation), Heyde [48], 9.
— (Occlusion), Boschdel Marco [183], 5.
— (— appendiculaire), Erstic [159], 4.
— (— par ascaris), Lara [31], 16.
— (— calculeuse), Shore [29], 4; Codena [31], 8.
— (— post-opératoire), Mc Cune [28], 24.
— (Perforations), Gutierrez [31], 17.
— (— par corps étrangers), Putnik [159], 8.
— (Résection) chez le jeune enfant, Shellito [45], 7.
— (Suture); technique, J. Bastin [125], 2 et 3.
— grêle (Atrésie), B. Dijkstra [139], 9.
— — (Cancer primitif), Svehla [155], 1.
— — (Examen radiologique) avec la carboxyméthylcellulose, Kirsh [92], 18.
— — irradié (Action de la splanchnicectomie), Dargent [84], 6.
— — (Motilité); troubles, Mc Phee [135], 2.
— — (Néoplasmes), H. Rosenfeld [24], 43.
— — (Obstruction) chez deux prématurés, Sweetmann [136], 3.
— — (— grave); chirurgie, Noguera [177], 1.
— — (Occlusion); signe colique indirect, Caraven [84], 2.
— — (Phlegmon), Terajewicz [148], 5.
— — (Torsion); occlusion duodénale, Bartsocas [35], 3.
— — (Ulcération) par calcul biliaire, Burt [187], 1.
— — (Volvulus total), R. Joyeux [1], 1.
— — [Méga] (Tableau clinique), Möhlenbruch [8], 41.
— — [Anse afférente] (Invagination gastrique), Hammesfahr [8], 3.
— [Gros] (Iléus biliaire), Klinger [8], 5.
— terminal (Lésions bénignes), Rost [24], 7.
Invagination cæcale partielle, G. Seillé [1], 4.
— iléo-cæcale (Réduction par pression hydrostatique), B. R. Girdany [92], 3.
— intestinale (Complication post-opératoire), R. Hunsperger [9 A], 31.
— du grêle dans la bouche anastomotique gastrique, Hammesfahr [8], 3.
— jéjunale récurrente, L. Zilli [146], 1.
Iose et désinfection cutanée, Gaspar [155], 3.
— radio-actif dans l'étude physiologique du goître des jeunes sujets, Berger [95], 21.
— — dans l'hyperthyroïdie (31 cas), Klotz [76], 2.
Irradiation du cancer avec grossesse, Kaplan [166], 9.
— pré-opératoire mammaire, Ash [28], 16.
— post-opératoire, Chardack [69], 11.
— rectale (Séquelles), K. Blanke [6], 13.
— du système nerveux central, Paterson [89], 2.
— rapide du cancer buccal, Rubenfeld [92], 22.
— totale (Brûlures consécutives); réduction

de la mortalité par streptomycine, H. Baxter [25], 3.
rradiation ultra-violette pour désinfection de l'air dans les salles d'opérations, B. Schmidt [9 A], 7.
schémie (Le chirurgien et l'—), Sir J. Learmonth [136], 1.
soniazide dans la tuberculose ostéo-articulaire, Allenbach [34], 9.
– dans la tuberculose rénale, Dick [135], 9.

J

'ambe (Fractures); traitement, Kunmerle [118], 11.
– (Hémangiomatose) avec influence osseuse, W. Haag [85], 12.
– (Léiomyome); transformation sarcomateuse, A. Casacci [145], 7.
– (Pseudarthrose congénitale, opérée et guérie); 4 cas, H. L. Rocher [4], 1.
– (Traction) et rupture discale, Rothenberg [28], 23.
– (Ulcérations); physiothérapie, Curwen [11], 3.
– — dans la poliomyélite, Martorell [66], 2.
'éjunum (Adéno-cancer), Dobrzanski [148], 7.
– (Invagination récurrente) par fibromyome, L. Zilli [146], 1.
– (Sténose) par ammoniaque, Chassin [169], 15.
– (Ulcères peptiques); opérations gastro-duodénales, K. Michyda [19], 5.
'eune complet (Opérations), Grawitz [176], 8.
'umeaux (Sténose pylorique chez deux), T. A. Sale [136], 11.

K

Knyveton (John); chirurgien du XVIII[e] siècle, L. Ferrarelli [16], 8.
Kyste du cholédoque, Bodart [107], 5; Trnka [155], 9.
– paradentaire (Cancérisation), Friez [58], 4.
– dermoïde, Mahoudeau [95], 1; K. Stampfel [121], 7.
– congénital, Van Schaik-Caspers [139], 12.
– échinococcique, Vazquez Anon [129], 5.
– entérogénique intra-thoracique, Knipers [45], 9.
– épithélial traumatique, Carnera [13], 2.
– fissuraire du palais, M. Bouysson [58], 10.
– hydatique au Canada, J. Millet [164], 5.
– — hépatique, E. Bourgeon [1], 3.
– — pancréatique, Gelin [101], 4.
– — rénal, Reax [33], 5.
– — thyroïdien, G. Galvano [147], 3.
– mammaire malin, Puente-Duany [83], 2.
– mésentérique, Bosch del Marco [183], 5.
– pancréatique, Berger [9], 21; Spotoft [20], 27; Moser [122], 7.
– — [Pseudo], Simard [165], 4.
– péritonéal sous séreux, Heinz [33], 7.
– rétro-péritonéal, Flynn [33], 12.
– du rein, Wigura [148], 11.
– — des os (Récidives post-opératoires), J. Creyssel [2], 6.
– thyréo-glosse, Rees [24], 25.

L

Lambeau pharyngien, Fogh Andersen [20], 10; Ruch [24], 32.
Lambeaux cutanés de Thiersch (Implantation endo-laryngée), Willems [107], 2.
Langue (Cancer); radium, Eberhard [91], 11.
– (Lymphangiome), Robinson [11], 4.
Laparoscopie hépatique, Kalk [116], 1.
— pour voies biliaires, Kuthan [156], 10.
Laryngectomie, Willems [107], 2.
— [Hémi-] totale (Plastie en un temps et radiothérapie associée), R. Thomas [57], 5.
Laryngo-pharynx (Épithelioma); radiothérapie préopératoire, Jacod [101], 5.
Léiomyome de la jambe, A. Casacci [145], 7.
Léiomyosarcome, Hill [24], 8; Cecil [56], 1.
— duodénal, Weinstein [29], 6.
— pulmonaire, Killingsworth [45], 4.
— rectal, Mc Eachern [29], 15.
Leucémie (Aspect chirurgical), Schottenfeld [24], 39.
— chez l'enfant, Bufkin [45], 10.
Leucosarcomatose à début buccal, H. Cadenat [58], 5.
Lever précoce post-opératoire, Dziaczkowski [148], 6.
Lèvres (Cancer), Pena [175], 15.
— — curiéthérapie, Korbler [90], 2.
— (Épithélioma) chez les noirs, Puente-Duany [83], 1.
Ligament externe tibiotarsien (Arrachement); suites, Windfeld [20], 30.
— large (Lacune), Probst [9], 26.
— — (Scarifications) pour paramétrite, Benedetti-Valentini [141], 2.
— rond (Syndesmopexie), Poli [40], 3.
Ligaments du genou (Plastie au fascia) Favre [34], 20.
Ligature lente aortique, Boerema [95], 12.
Ligue épiphysaire (Son importance), Valentin [120], 5.
Lipiodol (Réaction du tissu pulmonaire au) W. L. Felton [69], 24.
Lipome calleux, Smith [91], 4.
— œsophagien, Heizer [8], 21.
— utérin, Robertson [52], 11.
Liquide céphalo-rachidien (Fistules), Tönnis [72], 1.
— — (Pression), D. Bowsher [136], 7.
— pleural (Cellules cancéreuses), Graham [69], 6.
Liquides synoviaux (Acide hyaluronidique dans les), Lars Sunblad [152], 1.
Lithiase biliaire (Introduction à son étude), Et. Chabrol [99], 7.
— — post-opératoire, A. Vachon [59], 1.
— du cholédoque, M. Roux [99], 8.
— — (Risques opératoires), P. Mallet-Guy [2], 5.
— rénale, H. Meuser [121], 2.
— salivaire, Husted [20], 17.
Lithotritie, du Motta Pacheco [182], 2.
Lobe temporal (Tumeurs), Gerlach [72], 3.
Lobectomie pulmonaire, Paulino [180], 4.
— — pour tuberculose, Eerland [95], 14.
— inférieure (Changement de position du poumon restant après), M. Wenzl [6], 4.
Lombalgies, Michotte [37], 1.
— post-traumatiques en médecine légale, P. Mathieu [74], 2.
Lumbago (Chirurgie), Wertheimer [95], 8.
Lutocycline, Leeb [48], 1.
Luxation, Maria Medina [175], 25; Mc Murray [186], 5.
— chronique, A. Karst [6], 26.
— congénitale (Réduction sanglante), Poli [40], 3; Poli [40], 4; Poli [40], 6.
habituelle, Fojed [20], 9.
— rare et fractures-luxations, H. Fietz [85], 8.
— [Sub] non traumatique, Stein [169], 14.
Lymphadénectomie extra-péritonéale, Gorton [89], 4.
Lymphangiome kystique, N. J. Helland [55], 15.
— lingual, Robinson [11], 4.
Lymphœdème du pied, Mendes Ferreira [149], 2.
Lymphome bénin, Auché [106], 3.
Lymphosarcome à début gingival chez un jeune enfant, H. Cadenat [58], 6.

M

Mâchoire inférieure (Nécrose), Piemonte [87], 4.
— — [Condyle] (Fracture bilatérale) sans occlusion, S. Wunderer [6], 18.
Mâchoires (Fractures); fixation, Gerrie [24], 30.
— (— chez l'enfant), Georgiade [45], 2.
Magnésium (Narcose), Wissfeld [9], 37.
Main (Kystes épithéliaux), Carnera [13], 2.
— (Position et mouvements post-opératoires), Bruner [44], 8.
Mal perforant plantaire (Suture); guérison, Trèves [34], 21.
— de Pott lombaire (Fistules), Levère [84], 10.
Malades chirurgicaux (Ambulance précoce ou tardive), L. T. Palumbo [24], 13.
Maladie d'Addison, A. H. Griep [24], 47; Gilbert-Dreyfus [76], 1.
— des artères, Wanke [120], 2.
— arthrosique (Considérations générales sur la), L. Isemein [110], 1.
— de Basedow (Lésions squelettiques), Steyer [117], 7.
— calculeuse biliaire, Hoffmann [120], 1.
— coronarienne et syndrome épaule-main, Pojer [156], 9.
« — du coupeur » du pouce, Letton [8], 48.
— du cystique, Deden [175], 8.
de Dupuytren, Finck [86], 3.
— — aux 4 membres, Laufer [155], 8.
— échinococcique, Naumann [117], 8.
— d'Ellis van Creveld, N. Neimann [95], 22.
de Friedrick (Chirurgie), Makin [44], 16.
— de Hand-Schuller-Christian, Stepantschitz [122], 4.
— de Hodgkin (Données récentes sur son traitement), J. M. Payard [100], 1.
— (Évolution de 17 ans), Warter [108], 2.
— — (Localisation osseuse), Bremen [37], 3.
— — chez l'enfant, Bufkin [45], 10.
— de Horton-Gilmour, Martin [102], 1.
— de Jaffe-Lichtenstein, K. Braunwarth [85], 7; Jannelli [144], 8.
— kystique mammaire, Macrae Yeates [197], 4.
— de Letteres-Siwe (Lésions osseuses multiples), Fischer [44], 17.
— de Madelung, Lombard [34], 1.
— néoplasique en Afrique du Sud, Bigginson [186], 4.
— post-opératoire (Perte d'eau), Jakovljevic [9], 39.
— de Paget osseuse, Chiariotti [87], 8; Novotny [156], 3.
— — — exclusivement crânienne, Piazzi [88], 3.
— de Pellegrini, Chiappa [15], 5.
— de Perthes, F. Wirz [154], 4.
— de Recklinghausen nerveuse, R. Kübler [21], 3.
— — osseuse, Pieper [120], 10.
— du sérum (Réactions à plasmazelles), Zwicker [9], 8.
— à Sickle-Cell (Nécrose osseuse aseptique), Moseley ([92], 13.
— de l'ulcère, Leichsenring [119], 4.
— ulcéreuse (Facteur vasculaire), R. Cattan [59], 8.
— de Volkmann (Rayons ultra-violets), Prouzet [96], 5.
Maladies professionnelles, Hollmann [7], 4.
— — (Parésie cubitale), Filkuka [156], 8.
— pyogènes (Bactériémie post-opératoire), Jungwirth [122], 27.
— du sang à tendances hémorragipares (Diagnostic), A. U. Ramm Guerra [46], 1.
Malformations congénitales du rein, Porge [94], 11.
— discales cervicales et dégénérescence, J. G. Greenfield [153], 1.
Malformations néonatales chirurgicales (Dépistage par le praticien), Lelong [99], 1.
Malléoles (Pseudarthrose); enclouage, Küntscher [7], 2.
Mamelle (Sarcomes vrais primitifs); 6 cas nouveaux, L. Fruhling [47], 4.
Mandibule (Rétrusion), Smith [24], 27.
Manipulations du rachis, Ewer [44], 7.
Masques pour chirurgie faciale, Wulff [20], 32.
Massif facial (Tumeurs opérées); grands délabrements et leur réparation, Viel [57], 4.
Mastectomie radicale (Greffe pédiculée du grand dorsal), Moore [28], 6.
Mastite puerpérale (Radiothérapie), Metelka [156], 13.
Maxillaire inférieur (Luxation habituelle), Fojed [20], 9.
— — [Angle et Branche horizontale] (Fractures); ostéosynthèse au fil d'acier, M. Dechaume [94], 19.
Maxillaires (Implantation de résine à leur niveau), W. Flohr [58], 1.
— (Kyste paradentaire); transformation en sarcome, Friez [58], 4.
— [Branche montante] (Absence congénitale), Harris [24], 26.
— [Échancrure] (Ostéotomie de glissement), Robinson [24], 27.
Méconium (Iléus), Montgomery [169], 18.
Médiastin (Physiopathologie), Bariety [95], 6.
— (Stabilisation) après résection pulmonaire, J. L. Hansen [16], 2.
— (Tamponnement) dans les varices œsophagiennes hémorragiques liées à l'hypertension portale, E. M. Kent [62], 5.
— (Tumeurs), Maier [26], 7.
Médulloblastome, Paterson [89], 2.
Melæna par divertucilose (Colectomie), Cate [25], 18.
Mélanodermie addisonienne (Origine hypophysaire), Gilbert-Dreyfus [76], 1.
Mélanomes malins, Pack [26], 14; Cawley [173], 1.
Membre inférieur (Changement de position) durant le blocage, Soffer [169], 3.
— — (Thrombose veineuse); diagnostic précoce, Giovannini [14], 1.
— — (Veinographie à l'Urokon), Boyce [28], 12.
— — [Extrémité] (Troubles baso-moteurs); sympathectomie, B. Pans [20], 23.
Membres (Amputation); technique, Bastos Ansart [130], 4.
— (Chirurgie réparatrice); endoprothèse plastique, P. Lance [96], 3.
— (Maladies vasculaires); indications chirurgicales, H. W. Pässler [118], 12.
— (Occlusion vasculaire périphérique); chirurgie, E. Otto [9 A], 33.
— (Vasculopathies oblitérantes);, hémoxymètrie, Scalabrino [143], 12.
— [Racine] (Désarticulations), Caprio [183], 1.
Méninges (Hémorragie) après thoracoplastie, A. Lévi-Valensi [112], 3.
— (Kystes dermoïdes congénitaux) étendus au système nerveux central, Van Schaik-Caspers [139], 12.
Méningiome de la base, Ambrosetto [17], 1; Cazzullo [17], 2 et 3; Quarti [17], 2; Vercelli [17], 4; Della Beffa [17], 5; Sanguineti [17], 6; Donati [17], 7; Colombo [17], 8; Tartarini [17], 9; Rubino [17], 10.
— intra-crânien, Ameli [185], 4.
— fronto-pariétal et quadriplégie, J. L. Poppen [73], 6.
Menstruation, B. Zondek [52], 16.
Mephenesin dans le tétanos, Smith [136], 24.
Mercurochrome dans l'atonie vésicale post-opératoire, Ph. Detrie [94], 17.
Mésentère (Kyste lymphatique), Bosch del Marco [183], 5.

Mésocolon (Neurofibromatose), H. Contzen [9 A], 5.
Mésothéliome, Benoit [69], 4.
Métabolismes (Changements opératoires), Mac Phee [136], 19.
— du cartilage, Laskin [28], 14.
— de l'eau peropératoire, Daum [156], 1.
Métanteline [Bromure de], Castorina [142], 1.
Métastases du cancer thyroïdien, Mac Fee [26], 4.
— carcinomateuses compliquant l'évolution des séquelles accidentelles, Th. Marti [74], 1.
— épithéliomateuses cervicales (Ablation) et désinfection du champ opératoire, A. Bronzini [145], 2.
— ostéo-cutanéo-pulmonaires multiples du cancer mammaire de l'homme, Allouche [112], 1.
— pelviennes géantes par térato-carcinome testiculaire, Mme Godefroy-Vandevielle [3], 3.
— rétro-péritonéales, J. A. Ryan [55], 12.
— pulmonaires (Chirurgie), Laumonier [4], 4.
Méthode de Philadelphie, Hahn [169], 1.
Métrorragie, Thoyer Rozat [95], 7.
Moelle épinière (Anomalies vasculaires), Hadjilou [185], 2.
— — (Commotion et contusion); étude expérimentale, L. W. Freeman [25], 1.
— — (Réactions à l'arthrose cervicale), Gros [95], 3.
— — (Troubles) par spondylose cervicale, Taylor [135], 4.
Moignon duodénal mal fermé (Suture à la paroi), Kratzig [8], 34.
— gastrique (Cancer), F. Pirner [8], 40.
— du col (Ventrisuspension), Bernaschek [122], 6.
Môle hydatiforme, Nuckols [52], 12.
— tubaire associée à une grossesse intra-utérine, Sutherland [52], 29.
Mollet [Loge vasculo-nerveuse] (Voie d'accès), Favre [94], 4.
« Monilia », P. C. Reynell [136], 10.
— albicans, Kostic [159], 9.
Monstre anencéphalo-thoracopage, M. W. Green, [52], 30.
Mortalité de l'appendectomie, Mönch [9], 36.
Moyens de contraste pour angiocardiographie, Ch. T. Dotter [92], 17.
— — en péritonéographie, L. Bondani [145], 1.
— — dilués, R. M. Potter [92], 2.
Mucocèle (Un cas), Z. Maktav [157], 3.
Muqueuse buccale (Restauration), J. Lachard [5], 2.
— gastrique (Cancer superficiel), Konjetzny [63], 1.
— — (Prolapsus dans le duodénum), S. Carro [128], 2.
— — — — radiologie post-opératoire, Keet Jr [186], 7.
— — (— transpylorique), Paltrinieri [88], 1.
Muscle grand dorsal comme greffe pédiculée, Moore [28], 6.
— scalène (Syndrome), Dragojevic [159], 11.
Muscles (Transplantation) dans l'arthrite de hanche, Meyers [44], 10.
— fléchisseurs des doigts (Rétraction), Prouzet [96], 5.
— du menton (Paralysie), Marino [28], 7.
— du mollet (Excitation électrique); action veineuse, Raindl [122], 10.
Myasthénie d'Erb, Pages [70], 5.
Myoblastome à cellules granuleuses, Rothchild [25], 13.
— — — d'origine multicentrique, W. H. Cutstein [24], 46.
Myokardose post-opératoire, Kaufmann [8], 4.
Myome gastrique (50 cas), Antoine [33], 9.
Myxome extra-péritonéal, Michalek [148], 8.

N

Narcose brève au chlorure d'isopropyl en petite chirurgie (200 cas), Wissfeld [9 A], 6.
— au magnésium, Wissfeld [9], 37.
— endotrachéale (Dekacuran), Köhler [8], 28.
Nécrose pancréatique, Del Bello [15], 4.
Néoplasies urinaires, Gonzalez [53], 8.
Néoplasmes broncho-pulmonaires, Miceli [144], 4.
— du grêle, H. Rosenfeld [24], 43.
— malins, Rousselot [26], 12.
— du pancréas, G. R. Champoux [163], 3.
— pelviens malins, J. Schwartz [52], 17.
— pulmonaires malins, Pazienza [143], 8.
Néphrectomie et glutathion sanguin, Rios Mozo [129], 10.
— (Régression de l'urétéro hydronéphrose du côté sain), Cibert [53], 4.
— partielle pour tuberculose, P. Petkovic [21], 2.
Néphrite [Péri] aiguë (Abcès ou phlegmon périnéphrétique), C. Younger [131], 2.
Néphropathie unilatérale et hypertension maligne, A. Marois [163], 1.
Nerf auriculo-temporal (Résection) pour fistule parotidienne, Muler [57], 3.
— cubital (Paralysie); blocage temporaire et partiel de sa difformité pendant la convalescence, J. A. Valone [73], 4.
— — —; transplantation tendineuse, Riordan [44], 3.
— — (Rapports anatomiques au coude) et parésies professionnelles, Filkuka [156], 8.
— facial (Affections), Lathrop [169], 8.
— médian (Paralysie); transplantation tendineuse, Riordan [44], 3.
— optique (Atrophie) par ostéome, Giraud [71], 2.
— sciatique poplité externe (Paralysie); chirurgie, R. Dupont [127], 3.
— trijumeau (Injection), Penman [135], 6.
— vague (Neurofibromes intra-thoraciques) et neurofibromatose, F. Gerbode [69], 15.
— — (Résection) avec gastro-entérostomie, B. Möller [20], 4.
— — cervical (Neurilemmome), Rudowski [148], 4.
Nerfs (Conducteurs de l'infection), Wright [137], 1.
— (Lésions) par injections, Sturzberg [191], 5.
— (Régénération), Shepherd [140], 3.
— articulaires coxaux (Voie d'abord), Garry [140], 1.
— du cœur (Opérations), Knudsen [150], 13.
— périphériques (Infiltration néoplasique), Bourguignon [95], 9.
— — (Traumatismes), Ehni [26], 20.
Neurilemmome, Rudowski [148], 4.
Neurochirurgie avec synergies médicamenteuses, Woringer [70], 1.
Neurofibromatose, F. Gerbode [69], 15.
— du mésocolon, H. Contzen [9 A], 5.
— de Recklinghausen avec altérations du tibia, R. Kübler [21], 3.
Neurofibromes intra-thoraciques du vague, F. Gerbode [69], 15.
Neurotomie sacrée, Patton [56], 6.
Névralgie faciale essentielle, Gionard [71], 3.
« Nez de bouledogue » (Plastie), H. Gelebke [6], 23.
— (Plasties), Schmid [9], 35.
— [Cavités accessoires] (Ostéome), Kessel [21], 1.
Nodules calcifiés de l'habenula, C. G. Smith [92], 11.
— solitaires du foie, Benz [172], 6.

Nœuds chirurgicaux (Technique simple et rapide), PRZEMECK [8], 38.
Nouveau-né (Centre de chirurgie du —); sa création, G. LAWRENCE [99], 2.
Nylon (Plastie de hanche), CHARRY [34], 16.

O

Obésité cérébrale traumatique, ROSTOSKI [117], 3.
Oblitération aortique, P. VAN DER LINDEN [10], 4.
— artérielle (Étude expérimentale et chirurgicale), VAN DER GHINST [10], 5.
Obstruction cave supérieure, F. KLEIN [139], 4.
— du grêle, SWEETMANN [136], 3.
Occlusion artérielle pulmonaire temporaire, A. RUFFO [16], 3.
— duodénale, BARTSOCAS [35], 3.
— — congénitale (Origine), M. FÈVRE [99], 3.
— intestinale (Signe indirect), CARAVEN [84], 2.
— — appendiculaire, ERSTIC [159], 4.
— — par calculs biliaires, SHORE [29], 4.
— — post-opératoire, MC CUNE [28], 24.
— veineuse aiguë massive, HALLIGAN [25], 15.
Odontome (Examen histologique d'un cas curieux), L. KLEES [58], 7.
Œdème angio-neurotique, HAMMER [30], 3.
Œil [Fond d'—] et lésions cérébrales couvertes, K. MAIER [9 A], 25.
Œsophage (Atrésie congénitale), MABILLE [114], 1.
— — —; chirurgie, G. PETIT [99], 4.
— (Cancer), HUMPHREYS [26], 5.
— —; forme broncho-pulmonaire, SCARINCI [87], 5.
— —; radiologie pré-opératoire, ROSSI [88], 5.
— (Chirurgie), J. L. LORTAT-JACOB [99], 11.
— (Corps étranger), CERVANTES [129], 3.
— (Dilatation); cancers multiples, ZDENCK SERY [155], 7.
— (— fonctionnelle); importance diagnostique en radiographie, L. FISCHER [85], 5.
— (— idiopathique); indications opératoires, PELLEGRINI [121], 1.
— (Diverticules), MEEROFF [175], 17.
— (Fistules bronchiques), MABILLE [114], 1.
— (— trachéales) sans atrésie, KAPLAN [35], 2.
— (Rupture), SUSMAN [33], 6.
— (— traumatique tardive), MULLER [69], 7.
— (Sténose) par œsophagite, THOREK [31], 5.
— (Varices), S. WEISS [62], 2.
— —; oblitération trans - œsophagienne, CRILE [28], 25.
— (— hémorragiques) avec hypertension portale, E. M. KENT [62], 5.
— (Voie d'abord), LEGER [94], 9.
— [Méga-] (Chirurgie), MAGENDIE [106], 2.
— [Jonction gastrique] (Lésions non néoplasiques), BARNES [25], 12.
— [Paroi] (Lipome), HEIZER [8], 21.
— moyen (Diverticule), BRAZDA [156], 12.
— thoracique (Cancer); chirurgie, KUNTZMANN [108], 3.
— — (Rupture traumatique tardive); greffe cutanée, HANNER [69], 8.
Œstrogènes (Action sur les gonadotrophines), BROWN [52], 2.
— après gastrectomie, SCHULTE [8], 2.
— et cancers utérins, SOVINSKI [148], 9.
— dépôt, FRANCESE [142], 4.
Ondes courtes dans l'hématome et les hémarthroses des hémophiles, A. FONIO [154], 2.
Olécrane (Fracture) et son développement, BALTHASAR [9], 4.
— —; traitement conservateur ou opératoire, A. BALTHASAR [9 A], 29.
Ongle incarné (Traitement), J. W. LOSS [139], 11.
Oophorectomie pour cancer mammaire, HUGGINS [169], 6.
Opération de Bacon, BERNASCHEK [6], 12.
— de Berkow-Bürger pour incontinence chez la femme, E. SECHER [51], 6.
— de Bilbroth II (Dumping Syndrom), GRUNER [8], 23.
— de Fothergill, DÖRNER [48], 7.
— de Fracassi, CARRERAS [175], 6.
— de Greifensteiner, TROJAN [34], 15.
— de Harris-Hryntschak, SORRENTINO [54], 2.
— de Heller, MAGENDIE [106], 2.
— de Jacobœus (Symphyses précoces) traitées par streptokinase, MIADONNA [143], 1.
— de Kahr, AHUMADA [176], 6.
— de Konjetzny, J. FOJED [20], 9.
— de Kuntscher, THOMSON [24], 2.
— du lambeau pharyngien, RUCH [24], 32.
— de Lapidus, CARNEVALE [175], 7.
— de Terence-Millin, RIEPER [117], 6.
— de Phemister, SIEBER [8], 26.
— de Rammstedt, MACRAE [38], 2.
— de résection angulation, MILCH [166], 7.
— de Wertheim, SCHLINK [187], 2.
— — (Choix des malades), O. FERGUSON [172], 9.
— de Whitehead, MEHLHORN [9], 12.
Opérations (Consentement) et responsabilité du chirurgien, CALEB [104], 1.
— (Technique simple et ultra-rapide des nœuds chirurgicaux), PRZEMECK [8], 38.
— gastro-duodénales pour ulcère peptique, K. MICHYDA [19], 5.
— durant le jeûne, GRAWITZ [176], 8.
— de longue durée (Contrôle anesthésique électro-encéphalographique), P. SANTY [2], 1.
Ophtalmologie dans les méningiomes de la base, RUBINO [17], 10.
Orbite (Fractures) irradiées à la base, CHAVIRA [31], 1.
— (Plaie pénétrante); lésion pédonculaire, FERDIÈRE [106], 4.
Orteils [Vᵉ] (Varus), CARNEVALE [175], 7.
Orthopédie dans la poliomyélite antérieure aiguë, C. SCHAAP [139], 1.
— chez les enfants, JANEK [156], 14.
Os (Anévrysme kystique), B. E. BESSE Jr. [172], 7.
— (Cancer métastatique). GIBERT [94], 24; TYPOVSKY [155], 2.
— (Carie), FAVACCHIO [12], 2.
— (Cavités ostéomyélitiques); traitement, BERTELS [8], 44.
— (Dysplasie fibreuse), K. BRAUNWARTH [85], 7.
— (Fibrome non ostéogénique), HUYLER [173], 8.
— (Granulome éosinophile), BREMEN [37], 2; G. SWAIN [73], 7.
— (Hyperostose corticale) chez l'enfant LYTTON [24], 29.
— (Kystes solitaires non parasitaires); récidives post-opératoires, J. CREYSSEL [2], 6.
— (Lésions multiples avec culture du « paracôlon Arizona Bacillus ») dans la maladie de Letterer-Siwe, FISCHER [44], 17.
— (— pazétiformes mono-ostéotiques), CHIARIOTTI [87], 8.
— (Maladie de Hodgkin), BREMEN [37], 3.
— (Nécrose aseptique) dans la maladie à Sickle-Cell, MOSELEY [92], 13.
— (Résection angulation), MILCH [166], 7.
— (Réticuloblastome), BRACHETTO BRIAN [183], 4.
— (Réticulose maligne); radiologie, BÉRAUD [84], 4.
— (Sarcoïde), M. BUCHMANN [161], 1.
— (Sarcome ostéogénique), J. D. MC INNES [164], 4.

Os (Tuberculose); chirurgie, Étienne [34], 10; Camera [34], 11.
— (— kystique), Röper [9], 27.
— (Tumeurs à cellules géantes); variante maligne, W. Schuh [9 A], 14.
— (Vascularisation), de Marneffe [36], 1.
— cunéiforme carpien (Ostéomalacie), Sarpyener [23], 7.
— frontal (Ostéomyélite à forme tumorale), H. Pickl [9 A], 28.
— iliaque [Aile] (Ostéomyélite), Brückner [9], 33.
— longs (Ostéosynthèse); évolution du cal, Mastromarino [39], 2.
— — (Pseudarthroses), Scheffel [9], 43.
— malaire (Fractures), Struppler [8], 11.
— — (— par impact); manipulation tardive, Penn [11], 6.
— intermaxillaire et prolabium dans la fente palatine, Ecker [24], 31.
— occipital (Chondrosarcome), Krantz [91], 3.
— pétreux (Ostéoclastome), Dinning [33], 3.
— temporal (Blessure par arme à feu), Pecha [156], 7.
— vivant (Ramollissement) par le chlorure d'ammonium, Kühne [9], 34.
Ostéite aiguë bénigne, Bremner [136], 5.
— pubienne (Cortisone), W. J. Daw [55], 11.
Ostéo-arthrite (Cortisone intra-articulaire), Davison [166], 2.
Ostéo-arthropathie, Deutschberger [91], 8.
Ostéo-arthrose atrophique syringomyélique, H. Götting [85], 14.
— hypertrophiante, Stiefel [134], 3.
Ostéo - articulaire [Tuberculose], Gérard Marchant [34], 8 et [78], 1; Allenbach [34], 9.
— — (Greffes osseuses), Villareal [31], 2.
Ostéochondrite déformante juvénile coxale, F. Wirz [154], 4.
Ostéochondrite disséquante, Perassi [88], 2.
Ostéochondrome des bronches, R. Nissen [24], 44.
Ostéoclastome, Dinning [33], 3.
Ostéodystrophie fibreuse généralisée (Guérison), Pieper [120], 10.
— fibrokystique, Jannelli [144], 8.
Ostéogénèse (Impuissance) dans la maladie de Madelung, Lombard [34], 1.
— imparfaite, Werner [82], 3.
Ostéogenis imperfecta (Diagnostic), Hortemo [150], 9.
— — tarda, D. Scott [151], 1.
Ostéomalacie du cunéiforme caprien, Sarpyener [23], 7.
Ostéome des cavités accessoires du nez, Kessel [21], 1.
— frontal, Giraud [71], 2.
— ostéoïde, Strach [136], 22.
— vertébral, Livathinopoulos [34], 24.
Ostéomylite, incompatibilité Rhesus et choc transfusionnel, A. Gautier [153], 2.
— et arthrite chez le jeune enfant, Kermann [45], 8.
— (Séquelles); cavités osseuses, Bertels [8], 44.
— aiguë (Tests de guérison), Virenque [34], 12.
— — hématogène (Pénicilline), A. Röhling [118], 9.
— iliaque, Brückner [9], 33.
— du nouveau-né (Un cas), Ch. Rivier [43], 2.
— tuberculeuse du pouce chez un trayeur de vaches, Pelizzolo [16], 7.
— à forme tumorale, H. Pickl [9 A], 28.
— vertébrale, Hjelde [150], 12.
Ostéopathie crânienne, Piazzi [88], 3.
Ostéoporose (Symptôme précoce de l'ostéochondrite déformante juvénile), F. Wirz [154], 4.
— chez le vieillard, Fusi [87], 1.
— sénile (Hormonothérapie), Michon [107], 4.
Ostéoporose parathyroïdienne, Alarcon [178], 3.
— traumatique (Étiologie), Burdeaux Jr. [44], 21.
Ostéosynthèse (Évolution du cal), Mastromarino [39], 2.
— carpo-métacarpienne, Gedda [42], 4.
— de compression, Trojan [34], 15.
— au fil d'acier pour fracture maxillaire, M. Dechaume [94], 19.
— de Mac Laughlin, K. Baug Rasmussen [20], 24.
— intramédullaire, Sebestik [156], 4.
— a minima, Padovani [34], 14.
— par ressort, Schluter [34], 28.
Ostéotomie diaphysaire sans ostéosynthèse, Trillat [34], 3.
— du col fémoral pour ankylose vicieuse, P. Decoulx [3], 4.
— de glissement, Robinson [24], 27.
— vertébrale pour spondylite ankylosante, Karabarbounis [34], 25.
Ostium veineux gauche (Rétraction), Bedrna [22], 3.
Ouraque (Carcinome), Bobrow [52], 8.
Ovaire (Son aspect) dans la grossesse molaire et le chorio-épithéliome, Dubreuil [47], 1.
— (Cancer); conservation de l'utérus comme porteur de radium, H. Tischer [121], 6.
— (Cystadénome séreux), Javert [26], 18.
— (Fibrome) avec ascite et hydrothorax associés, J. Zimmermann [118], 13.
— (Insuffisance); chirurgie, Gastelum [31], 10.
— (Sarcome), Oudot [94], 21.
— (Tumeur à cellules de la thèque), Wasserbauer [156], 5.
— (— de la granulosa), P. Gellé [3], 2.
— — — et puberté précoce, Rinvik [51], 4.
— (— de Krukenberg), Carrillo [144], 1.
— (— malignes) avec épanchement séreux résorbable, C. Roman [47], 5.
Ovariectomie bilatérale (Continuation de la grossesse), Sheldon [52], 10.
Oxycéphalie (Technique nouvelle), G. Desbuquois [95], 20.
Oxygène pré-et post-opératoire dans la sténose valvulaire, Nylin [180], 3.
Oxymétrie du sang du rein à l'état normal et pathologique, A. Testini [14], 5.

P

Pachyvaginalite hémorragique, Baisi [12], 1.
Palais (Kystes fissuraires médians postérieurs), M. Bouyssou [58], 10.
— (Ulcération) d'origine réflexe; diagnostic, M. Dechaume [58], 8.
— [Fente] (Chirurgie), Edwards [24], 33.
— [Voûte] (Fente), Ecker [24], 31.
Pancréas (Adéno-cancer mucoïde), Halshofer [122], 20.
— (Cancer), Palma Alonso [130], 1.
— (Cancer); diagnostic, Doubilet [26], 11.
— — et pancréatite chronique, G. Israels [164], 7.
— (Chirurgie), Spivak [31], 14.
— (Kystes), Moser [122], 7.
— (Kyste); hypoglycémie, Berger [9], 21.
— —; symptômes particuliers, Spotoft [20], 27.
— (Pseudokyste), Simard [165], 4.
— (Maladies); pathogénie, diagnostic et traitement, N. Henning [118], 1.
— (Nécrose aiguë), H. Meyer [134], 1.
— — —; phénomène allergique, del Bello [15], 4.
— (Sarcome), Flörcken [8], 24.
— [Tête] (Cancer); duodéno-pancréatectomie, Winkelbauer [122], 19.
— — (Kyste hydatique); ictère, Gelin [101], 4.

Pancréas [Tête] (Néoplasme), G. R. Champont [163], 3.
— annulaire, A. R. Mc Gee [92], 5; Swynnerton [136], 20.
— hétérotopique (Un cas), Laframboise [163], 2.
— intra-pariétal du duodénum du cheval, C. Bonfanti [145], 3.
— [Extrait] (Complexe enzymatique) dans la dissolution des coagulations sanguines et des exsudats fibrino-purulents, A. Bononome [14], 3.
Pancréatite aiguë, Berk [169], 7.
— — (Traitement actuel), Blanco-Morales [129], 8.
— chronique avec cancer, G. Israels [164], 7.
— — récidivante et diabète, E. Lyon [61], 3.
Pancréato - duodénectomie, Winkelbauer [122], 19.
Papillite nécrosante, Silberstein [174], 1.
Papillome du Wirsung, Leger [94], 7.
Papillotomie trans-duodénale, Lasala [175], 10.
Para-côlon Arizona Bacillus (Culture), Fischer [44], 17.
Paralysie cubitale, Riordan [44], 3.
— — (Traitement de la difformité), J. A. Valone [73], 4.
— faciale (Plastie), Marino [175], 9.
— infantile (Hanche), Poli [40], 5.
— du médiastin, Riordan [44], 3.
— des muscles du menton, Marino [28], 7.
— d'opposition, Bohr [20], 5.
— — (Reconstitution), Söderberg [42], 3.
— du sciatique poplité externe, R. Dupont [127], 3.
Paramétrites avec phlébite, Benedetti-Valentini [141], 2.
Paraplégie par tumeur en verre de montre, Shulman [186], 10.
Parathyroïdisme [Hyper-] (Diagnostic et pronostic), J. Hellström [20], 14.
Patella cubiti (Fracture), Balthasar [9], 4.
Patellectomie (Suites), Riess [7], 7.
Peau (Désinfection); action de l'iode et du sublimé, Gaspar [155], 3.
— (Épithélioma) chez les noirs, Puente-Duany [83], 1.
— (Gangrène post-zostérienne), Randazzo [144], 2.
— (Mélanomes malins), Pack [26], 14.
— (Pertes de substance); réparation immédiate, Mc Laughlin [135], 3.
Pectus carinatum dû à la croissance, Ch. W. Lester [25], 7.
Pédicules hépatiques (Ligature première) dans l'exérèse du foie, Cl. Couinaud [163], 5.
Pelvectomie [Hémi-] (Technique), H. Hellner [6], 8.
Pelvisupport pour rétracteur, Freeth [135], 17.
Pénicilline (Traitement d'attaque), v. Lutzki [8], 30.
— [Aérosols] dans la prophylaxie des complications pulmonaires post-opératoires, A. Schmitt [6], 6.
Pénicillinothérapie de l'ostéomyélite hématogène aiguë, A. Röhling [118], 9.
— (Concentration plasmatique); élimination urinaire, Rubin [52], 14.
Pénis (Cancer); récidive, Hudson [24], 6.
— (Reconstruction); utilisation du scrotum, B. S. Chappell [55], 14.
Pentothal sodique par goutte à goutte intraveineux en gynécologie, S. Saglik [23], 3.
Peptic ulcer (Facteurs nerveux), Robinson [187], 5.
— — (Hémorragie et perforation associées), A. Kahn Jr. [24], 17.
— — chronique (Résultats chirurgicaux), Sjölin [20], 20.
Peptic ulcer perforé, Shields [169], 10.
Périarthrite scapulaire, Carvini [143], 14.
Péricardite constrictive (Cathétérisme), J. L. Rivier [154], 8.
Péricardotomie pour blessures du cœur, Naclerio [69], 17.
Période post-opératoire (Protéinémie), Conti [15], 3.
— — en chirurgie thoracique, Martin [69], 13.
Péritoine (Abcès froid ouvert), R. Dupont [127], 4.
— (Adhérences); prévention par cortisone, A. Lyall [138], 5.
— (Implantation de fragments spléniques), Dent Wise [28], 6.
— (Kystes sous-séreux), Heinz [33], 7.
— (Réaction) au cours de l'entretien d'un pneumo-péritoine, Alquié [112], 4.
Péritonéographie (Moyens de contraste nouveaux), L. Bondani [145], 1.
Péritonite aiguë hématogène, Zakrys [148], 12.
— appendiculaire, Bohmansson [20], 2; Zucha [22], 9.
— biliaire, Smetana [22], 13.
— chimique, Ch. Fields [52], 26.
— diffuse par appendicite perforée (Traitement), T. Perras [6], 30.
— à Monilia, P. C. Reynell [136], 10.
— par perforation, Chorvath [22], 12.
— tuberculeuse, Siska [22], 8.
Pérityphlite dans l'ostéomyélite iliaque, Brückner [9], 33.
Perlon (Expérimentation), Meissner [8], 14.
— (Réseaux de —); implantation, Kneise [8], 24.
Péroné [Tête] (Fractures par arrachement), H. Sapia [8], 43.
Pertes de substance de la cloison interventriculaire, Kay [28], 18.
— — crânienne, H. W. Dodge Jr. [172], 8.
— — cutanée, Mc Laughlin [135], 3.
— — du bout des doigts (Plastie), Th. Woodstra [139], 8.
— — du septum cardiaque, Swan [69], 10.
— — du sigmoïde, E. Melchior [6], 24.
— — ventrale, Lesnick [25], 21.
Pethidine dans le tétanos, Grant [140], 4.
Pharynx (Rhabdomyosarcome), Jesus Freire [149], 5.
— (Schwannome), Guggenheim [30], 2.
— [Hypo-] (Cancer); radio-diagnostic, Welin [91], 13.
Phénylbutazone, Shields [169], 10; Raffensperger [169], 11; Kroinin [169], 12.
Phéochromocytome, Hamilton [65], 3; Kent [173], 9.
— (Hypertension), Klein [155], 13.
— (Opération) et pression sanguine, Cobb [135], 15.
Phlébite (Notions élémentaires et vérités essentielles concernant la —), Goethals-Borin [124], 3.
— iliaque et paramétrite, Benedetti-Valentini [141], 2.
Phlébographie ascendante debout, Colvin [29], 3.
Phlébotomie, Houston [135], 7.
Phlegmon de l'intestin grêle, Terajewicz [148], 5.
— périnéphrétique, C. Younger [131], 3.
Phosphore radio-actif, détecteur de nécrose osseuse, Arden [137], 4.
Phyllodes mammaires, Dujovich [175], 3.
Physiothérapie dans les soins pré- et post-opératoires, M. Minuck [164], 6.
— des ulcères de jambe, Curwen [11], 3.
Phytobezoard avec ulcère, Manizade [122], 3.
Pied bot (Chirurgie), Bachmann [8], 7.
— (Lymphœdème); chirurgie-sympathectomie, Mendès Ferreira [149], 2.
— paralytique (Ténodèse par ressorts), Borellini [34], 22.

Pied (Sarcome synovial), Bodi [44], 19.
Placenta [Extrait] (Injection intra-veineuse), Page [52], 6.
Plaies (Diphtérie), Hintzen [8], 19.
— atones (Cicatrisation rapide) chez un malade traité au tromexan, Ed. Stephen [154], 7.
— des brûlures, J. Th. H. Grond [139], 2 et 5.
— cicatrisantes (Résistance à la tension), Sandblom [20], 25.
— par coup de feu, Carsky [22], 10.
— pénétrantes du foie, Hewlett [24], 48.
— utérines, Hess [28], 26.
Plasma anti-hémophilique pour hémorragie, Jonas [122], 11.
— bovin (Produits fibrineux), Winter [8], 20.
Plastie mammaire pour hypoplasie, D. Nitsche [121], 4.
— musculo-fasciale, Lesnick [25], 21.
— du « nez de bouledogue », H. Gelbke [6], 23.
— au tantale dans l'éventration diaphragmatique, Sanford [69], 14.
Pleurésie purulente chez l'enfant au-dessous d'un an, Lelong [35], 1.
— tuberculeuse et ostéogénèse imparfaite, Werner [82], 3.
Plèvre (Empyème); traitement conservateur, Strahberger [122], 2.
— (— chronique), de Moraes [149], 3.
— (Hydatidose), Yodice [176], 2.
— (Mésothéliomes solitaires), Benoit [69], 4.
— (Symphyse précoce) après opération de Jacobœus; streptokinase, Miadonna [143], 1.
— (Tumeurs), Picard [124], 4.
Plexus brachial (Anesthésie sus-claviculaire), Przybora [148], 13.
Plombage extra-périosté temporaire et thoracoplastie, A. H. Povah [69], 22.
— au polythène, Tezelli [144], 10.
Pneumatocèle crânienne, Tönnis [72], 1.
Pneumolyse extra-pleurale (Plombage au polythène), Tezelli [144], 10.
Pneumomédiastin (50 cas), Bariéty [95], 6.
Pneumonectomie (Cavités résiduelles consécutives); complications; prévention, Schneidrzik [6], 3.
— pour tuberculose, Eerland [95], 14.
— élargie pour cancer (10 cas), P. Razemon [3], 9.
Pneumonie cancéreuse, Voluter [84], 5.
Pneumo-péritoine (Complications); embolie gazeuse, Mastropaolo [41], 4.
— (Examen stratigraphique en projection axiale transverse), F. Cafiero [41], 5.
— (Réaction péritonéale au cours de son entretien), Alquié [112], 4.
— et dislocation des viscères sub-diaphragmatique selon la position du sujet, G. B. Tempini [41], 3.
— spontané sans perforation, Bosch del Marco [183], 7.
Poignet (Fractures); séquelles, R. Sœur [10], 2.
Poliomyélite (Troubles vaso-moteurs secondaires des extrémités), B. Paus [20], 23.
— (Ulcérations de jambe), Martorell [66], 2.
— antérieure aiguë (Orthopédie), C. Schaap [139], 1.
Polymyxine B, Hopper [167], 1.
Polynévrite après gastrectomie, Bernay [101], 1.
Polyorchidisme, Anderson [135], 10.
Ponction diagnostique splénique, Wachstein [169], 21.
Pouce (Fracture de Beunett); réduction et ostéosynthèse, Gedda [42], 4.
— (« Maladie du coupeur ») avec cubitus mobile et radius mobile, Letton [8], 48.
Pouce (Paralysie d'opposition), Bohr [20], 5.
— — —; reconstitution, Söderberg [42], 3.
— [Phalange distale] (Ostéomyélite tuberculeuse) chez un trayeur de vaches, C. Pelizzolo [16], 7.
Poumon (Abcès); traitement local, Métras [67], 1.
— (— à bacillus funduliformis), M. Bruining [139], 10.
— (Anévrysmes multiples), Anker Thomsen [150], 22.
— (Aspergillose) et ostéo-arthropathie hypertrophiante, Stiefel [134], 3.
— (Atélectasie de résorption) après opérations pulmonaires, J. K. Kraan [139], 7.
— (Blastomycose); résection, Buechner [69], 19.
— (Bronchiectasie); résection, Björk [150], 15; Sery [156], 6.
— (Cancer); chirurgie radicale, Watson [26], 6.
— —; pneumonectomie (10 cas), P. Razemon [3], 9.
— (— bronchogénique), Chardack [69], 11;
— — —; purpura, Cone [82], 2.
— (— métastatique), Halshofer [122], 20.
— (Cavités résiduelles post-opératoires) et complications, Schneidrzik [6], 3.
— (Chirurgie); fonction cardio-pulmonaire, Bolt [120], 3.
— —; résultats fonctionnels, Bolt [120], 11.
— —; analyse fonctionnelle pré- et post-opératoire, Bolt [120], 6.
— (Chorio-épithéliome), Guichard [102], 2.
— (Collapsothérapsie), Brancadoro [13], 5.
— (Complications post-opératoires); prophylaxie par aérosols de pénicilline, Schmitt [6], 6.
— (Décortication) pour hémothorax, F. de Mello [32], 4.
— (Échinococcose); ablation du périkyste, Sébastiani [68], 2.
— (Échinocoque), Prasil [155], 12.
— (— double), Francini [18], 1.
— (Embolie); diagnostic précoce, Giovannini [14], 1.
— (— mortelle) au cours du traitement par anticoagulants, W. R. Merz [154], 6.
— (Fistule artério-veineuse), Tobin [174], 3.
— (Hématome), Salyer [69], 2.
— (Hernie post-traumatique), R. et P. Pichon [74], 4.
— (Histoplasmose), Puckett [82], 1.
— (Léiomyosarcome), Killingsworth [45], 4.
— (Maladies malignes), cytodiagnostic, Iversen [150], 16.
— (Métastases); chirurgie, Laumonier [4], 1.
— (Néoplasmes malins) et tuberculose, G. Pazienza [143], 8.
— (Opérations); atélectasie de résorption, J. K. Kraan [139], 7.
— (Réaction tissulaire au lipiodol), W. L. Felton [69], 24.
— (Résection) et stabilisation du médiastin, J. L. Hansen [16], 2.
— (— pour tuberculose), A. Dumont [10], 6.
— (— segmentaire), Paulino [180], 4.
— — — pour tuberculose, E. Derra [6], 7.
— (Syphilis pseudo-tumorale), Royer [67], 2.
— (Tuberculose activée par gastrectomie), Warthin [167], 2.
— —; indications chirurgicales, Kung [122], 23.
— —; chirurgie, F. Hudon [162], 2.
— —; chirurgie et antibiotiques, W. Rzepecki [19], 1.
— —; résection, A. Dumont [10], 6; Eerland [95], 14; Hansen [141], 5.
— —; résection segmentaire, E. Derra [6], 7.

Poumon (Tuberculose); thoracoplastie, Aufses [69], 1.
— —; thoracoplastie et résection, Hughes [69], 18.
— [Lobe] (Volvulus) dans la hernie diaphragmatique, Ransdell [69], 3.
— [— aberrant], Bruck [122], 5.
— [Pédicule] (Étude anatomo-chirurgicale) en fonction des types morphologiques, Dufour [4], 3.
— (Segments trachéo-bronchiques] (Résection); valeur fonctionnelle du poumon restant, Kiriluk [28], 29.
— opéré (Radiologie), S. di Rienzo [85], 2.
— restant (Changement de position après lobectomie du lobe inférieur), Schneidrzik [6], 4.
Prépuce (Greffes cutanées prises au —), pour reconstruction urétrale, D. Presman [55], 10.
Pression céphalo-rachidienne, D. Bowsher [136], 7.
— sanguine (Contrôle); opération du phéochromocytome, Cobb [135], 15.
Proctologie des espaces périnéo-pelviens, R. V. Gorsch [24], 15.
Progestérone intra-veineuse, Leeb [48], 1.
Prognatisme (Chirurgie), Esteban Paz [178], 4.
Prostate (Cancer); cas rares, Smith [56], 2.
— —; endocrinothérapie, Wallace Scott [56], 12.
— —; œstrogènes dépôt, Francese [142], 4.
— —; surrénalectomie, Baker [56], 8; Leadbetter [56], 9; Wallace Scott [56], 12.
— (Carcinome) et métastases rétro-péritonéales, J. A. Ryan [55], 12.
— (Carcinosarcome), Delzotto [54], 4.
— (Fibrome), Delzotto [54], 6.
— (Hypertrophie); effets inhibiteurs de la cirrhose portale, H. H. Stumpf [170], 1.
— (Rhabdomyosarcome), E. A. Grier [55], 13.
— (Tumeurs); hormonothérapie, B. Bibus [154], 3 et 5.
Prostatectomie rétro-pubienne, Rieper [117], 6.
— — (Catheter gradué), Dundon [135], 11.
— — sous hypotension contrôlée, Di Molfetta [93], 1.
— transvésicale, Sorrentino [54], 2.
Prostatiques (Images urétéro-pyélo-calicielles); asymétrie, Couvelaire [53], 2.
Prostigmine et chirurgie, de Carvalho Orecchia [180], 1.
Protéinémie post-opératoire, Conti [15], 3.
Prothèse acrylique, Sicard [94], 20.
— — de hanche, Arienti [40], 2.
— par éponge de caoutchouc dans l'opération radicale du carcinome rectal, Bernaschek [6], 12.
— de la tête fémorale (Enquête préliminaire sur la —), Comité des Orthopédistes [44], 22.
— plastique des voies biliaires, F. L. Duschl [9 A], 23.
Prothrombine (Teneur du sang en —); influence de la radio-curiethérapie gynécologique, A. Verhagen [85], 4.
Prurit anal, Mann [30], 6.
Pseudarthroses, U. Ritter [6], 25.
— (Enclouage), Küntscher [7], 2.
— (Formation), Scheffel [9], 43.
— (Ostéosynthèse de compression), Trojan [34], 15.
— (Plastie osseuse), Sieber [8], 26.
— congénitale, H. L. Rocher [4], 1.
Psychochirurgie, Duplay [95], 4; Feuillet [107], 3.
Puberté précoce et tumeur de la granulosa, Rinvik [51], 4.
— — par tumeur à cellules interstitielles du testicule, Anagnostou [136], 6.
Pyélographie rétrograde et reflux, Köhler [89], 3.
Pyélonéphrite chronique (Polymyxine B), Hopper [167], 1.
Pyléphlébite et septicémie traitées par auréomycine, F. Graham Marson [136], 2.
Pylore (Fonctionnement), F. Jourdan [59], 2.
— (Hypertrophie musculaire), S. Albot [59], 5.
— (Pathologie chez l'enfant), M. J. Chaptal [59], 4.
— (Sténose chez l'adulte); retentissement humoral, A. Monsaingeon [59], 3.
— (— hypertrophique); récidive, Macrae [38], 2.
— (— — congénitale) chez deux jumeaux, T. A. Sale [136], 11.
Pyloro-duodénale [Sténose par calcul], Esposito [144], 7.
Pyramidotomie du pédoncule cérébral, Boixados [129], 6.

Q

Quadriplégie dans un méningiome fronto-pariétal, J. L. Poppen [73], 6.
Queue-de-cheval (Compression), Mahoudeau [95], 1.

R

Rachianesthésie (Douleurs consécutives); strychnine, Lohman [8], 29.
Rachis douloureux (Sémiologie), Laperrière [165], 1; [165], 3.
— (Manipulations), Ewer [44], 7.
— (Spondylite ankylosante); ostéotomie, Karabarbounis [34], 25.
— (Tumeur à cellules géantes); 2 cas, W. R. Hamsa [44], 20.
Rachitisme congénital, F. Hauser [43], 1.
Radiations de haute énergie et cancer, Pierquin [98], 6.
Radio-curiethérapie gynécologique (Leur influence sur la teneur du sang en prothrombine), A. Verhagen [85], 4.
Radio-diagnostic (Dilatation fonctionnelle de l'œsophage et —), L. Fischer [85], 5.
— du petit cancer gastrique, Abel [9], 1.
— pré-opératoire des corps étrangers vésiculaires, W. R. Scott [92], 20.
Radiographie de hanche chez l'enfant, Laage [44], 11.
— pour pseudarthrose congénitale, H. L. Rocher [4], 1.
— en série, Loose [85], 3.
Radiologie de l'articulation temporo-maxillaire, H. P. Doub [92], 14.
— du cancer duodénal, Fojtu [156], 2.
— des méningiomes de la base, Tartarini [17], 9.
— de la réticulose osseuse, Béraud [84], 4.
— du poumon opéré, S. di Rienzo [85], 2.
— et déchirure du tendon d'Achille, Schoen [85], 9.
— pré- et post-opératoire de la cholécystectomie, Rothenberg [28], 4.
Radiothérapie des cancéreux (Soins consécutifs), G. Domagk [77], 1; G. Schulte [77], 3.
— du cancer utérin, Maier [122], 24.
— du goitre, Saitmacher [86], 2.
— de la mastite, Metelka [156], 13.
— des néoplasmes pelviens malins, J. Schwartz [52], 17.
— pré-opératoire, Jacod [101], 5.
— Plastie associée à l'hémi-laryngectomie totale, R. Thomas [57], 5.
Rate (Absence congénitale), Adler [45], 5.
— — — et arc aortique anormal, J. Millar [164], 8.

Rate (Hémangio-sarcome), WACHSTEIN [169], 21.
— (Injection radio-opaque) pour veinographie, BAHNSON [168], 1.
— (Néoplasmes malins), ROUSSELOT [26], 12.
— (Rupture); implants, STORSTEEN [25], 17.
— — transplantations péritonéales, DENT WISE [28], 5.
— (Torsion), TOHIDI [185], 1.
Rayons ultra-violets dans le syndrome de Volkmann, J. PROUZET [96], 5.
Radiumthérapie du cancer ovarien (Conservation de l'utérus comme porteur de radium), H. TISCHER [121], 6.
— linguale, EBERHARD [91], 11.
— de la rétraction palmaire, FINCK [86], 3.
— des tissus sanguiformateurs, WESSERBURGER [122], 25.
Radius mobile et « maladie du coupeur » du pouce, LETTON [8], 48.
— [Extrémité inf.] (Fractures), CASTBERG [20], 7.
— [Tête] (Luxation chronique); chirurgie, A. KARST [6], 26.
Réactions à plasmazelles, ZWICKER [9], 8.
Réanimation et réanimateur, LOPEZ-PINA [129], 2.
— des électro-traumatisés, DEI POLI [143], 16.
Recto-sigmoïde (Cancer); anastomose termino-terminale, BINKLEY [26], 10.
Rectum (Cancer), CAVE [26], 9.
— (Carcinome); conservation des sphincters par prothèse, BERNASCHEK [6], 12.
— (Lacérations), TURELL [169], 16.
— (Léiomyosarcome), MC EACHERN [29], 15.
— (Lymphome bénin), AUCHÉ [106], 3.
— (Prolapsus total); chirurgie; opération de fixation-suspension, J. DE PEMBERTON [25], 6.
— (Processus sténosants); séquelles d'irradiation, K. BLANKE [6], 13.
— (Replacement abdomino-péritonéal), SMITH [20], 31.
— (Rétrécissement) et cancer gastrique, DEBRAY [95], 18.
— (Tumeur carcinoïde), WARNER [166], 5.
Réflexe vésiculaire dermato-viscéral, W. DICK [9 A], 2.
Reflux en pyélographie rétrograde, KÖHLER [89], 3.
Regitin-Dilatol dans les troubles circulatoires, W. BITTNER [9 A], 1.
Regurgitations gastro-œsophagiennes, J. R. VON RONNEN [139], 13.
Rein (Absence congénitale), E. L. BROWN [164], 9.
— (Adénocarcinome); métastases tardives, TYPOVSKY [155], 2.
— (— silencieux chez 2 frères), RUSCHE [56], 22.
— (Angiome caverneux), MACQUET [3], 10.
— (Blessures); résultats, BURKERT [122], 26.
— (Cancer métastatique), SAWYER [173], 5.
— (Défaillance aigue) en gynécologie, CANNELL [52], 7.
— (Duplicité vraie), MICALI [87], 10.
— (Échinococcose), CERESETO [175], 2.
— (Ectopie) et malformation génitale, VINCENT [53], 7.
— (Embryome), J. CONRADT [127], 2.
— (Fonction) et traumatisme opératoire, BISOTTI [144], 9.
— (Hypernéphrome); phénomènes endocriniens, CHWALLA [54], 1.
— (Hypertrophie compensatrice) et hypertension artérielle, E. BRAUN-MENENDEG [94], 15.
— (Insuffisance aiguë); rôle du chirurgien, R. COUVELAIRE [127], 1.
— (Kyste hydatique), REAX [33], 5.
— (— solitaire), WIGURA [148], 11.
Rein (Lithiase bilatérale) et grossesse, H. MEUSER [121], 2.
— (Malformations congénitales chez l'enfant), J. F. FORGE [94], 11.
— (Papillite nécrosante), SILBERSTEIN [174], 1.
— surnuméraire, SHEEHAN [140], 2.
— (Tuberculose); classification radiologique des lésions, LATTIMER [82], 4.
— — traitement, MARKS [186], 1.
— — isoniazide, DICK [135], 9.
— — néphrectomie, CIBERT [53], 4.
— — néphrectomie partielle, PETKOVIC [21], 2.
— (Tumeurs malignes); fièvre, STURM [119], 2.
— (— de Wilms), CABARRA [182], 3.
— — — chez un adulte, LIVERMORE [56], 3.
— (Vaisseau polaire inférieur); radiologie, SALVINI [88], 6.
— [Loge] (Voie d'abord transpleurale), J. FORÊT [2], 4.
— — Uretère (Lésions); infiltrations sympathiques lombaires, C. YILDIRAN [157], 1.
— artificiel, G. HOLLANDER [55], 1.
— — (Expérience récente), W. BETIST [139], 6.
Réinnervation du transplant thyroïdien, KÜHNE [9], 18.
Relations thyro-ovariennes en clinique, J. LEDERER [124], 2.
Résection trachéo-bronchique expérimentale avec reconstruction, KIRILUK [25], 8.
Résine (Implantation) au niveau de la face et des maxillaires), W. FLOHR [58], 1.
Résistance électrique du cœur, BEATTIE JR [25], 9.
Responsabilité du chirurgien et consentement à l'opération, CALEB [104], 1.
Réticuloblastome osseux, BRACHETTO BRIAN [183], 4.
Reticulosarcome (Type syncitial), GARCIA [129], 4.
Reticulose maligne osseuse, BERAUD [84], 4.
Rétrécissement (Excision), FLYNN [187], 3.
Rétro-péritonéographie pour exploration des surrénales, P. DUMAS [163], 6.
Rétro-pneumopéritoine, ROSSI [88], 4.
Rhabdomyosarcome pharyngien, JESUS FREIRE [149], 5.
— de la prostate, E. A. GRIER [55], 13.
Rhinopharynx (Tumeurs), COLIS PEREZ [184], 2.
Rotule (Ablation); suites, RIESS [7], 7.
— (Chondropathie); étude, SCHEUER [6], 2.
Rutine dans le traitement de la diathèse hémorragique sénile, TESTORI [143], 7.

S

Sacralisation lombaire, C. ROSSI [147], 2.
Sacro-coccyx (Tumeurs), FÈVRE [98], 1.
Sacrum et coccyx (Absence congénitale), KATZ [44], 12.
Salles d'opérations (Désinfection de l'air par ultra-violets), B. SCHMIDT [9 A], 7.
Salpingite purulente aiguë au cours de la grossesse, J. M. MC CORD [52], 27.
Sang (Albumines); altération post-opératoires, HINRICHS [9], 29.
— (Autotransfusion), BACKER - GRÖNDAHL [20], 1.
— (Banque de —), organisation, W. BANZ [6], 22.
— —; frigidaire A. T. E., WEIDENBACH [6], 5.
— (Maladies à tendances hémorragipares), A. U. RAMON GUERRA [46], 1.
— (Substituts), valeur thérapeutique, WEESE [120], 8.
— conservé (Action per-opératoire), BÜTTNER [9], 20.
— menstruel (Contient-il un toxine spécifique ?), B. ZONDEK [52], 16.

Sang du rein (Oxymétrie) à l'état normal et pathologique, A. Testini [14], 5.
— veineux (Action de l'excitation des muscles du mollet), Raindl [122], 10.
Sarcoïde osseux, M. Buchmann [161], 1.
— — au niveau de l'articulation de la cheville, Torek [44], 18.
Sarcomatose d'un léiomyome de la jambe, A. Casacci [145], 7.
Sarcome sur kyste paradentaire, Friez [58], 4.
— des tissus sanguiformateurs, Wesserburger [122], 25.
— à cellules rondes, L. Manoil [52], 23.
— — — du crâne, F. Thiele [9 A], 30.
— Crooker 180, G. Rincones [184], 1.
— gastrique, Skorneck [91], 2.
— hépatique, J. da Silva Horta [6], 27.
— ostéogénique ostéolytique, J. D. Mc Innes [164], 4.
— ovarien, Oudot [94], 21.
— pancréatique, Flörcken [8], 24.
— para-pharyngien, Lemariey [57], 1.
— primitif vrai de la mamelle (6 cas), L. Fruhling [47], 4.
— synovial du pied, Bodi [44], 19.
— tubaire, Falge [48], 4.
Savon à l'hexachlorophène, Schnohr [20], 26.
Scaphoïde carpien (Fractures anciennes); suites défavorables du traitement, Ritter [6], 25.
— — (Pseudarthrose); suites défavorables du traitement, Ritter [6], 25.
Scarifications du ligament large, Benedetti Valentini [141], 2.
Schwannome pharyngien, Guggenheim [30], 2.
— parapharyngien, Lemariey [57], 2.
Sciatique (30 cas opérés), J. N. Taptas [157], 4.
— opérée (Pression épidurale), Lindahl [42], 2.
— radiculaire discale (Diagnostic difficile), L. Griva [143], 5.
Sclérodermie (Traitement), Rotthauwe [9], 3.
Sclérotiques bleues (Syndrome des —), I. Stankovic [158], 2.
Scoliose (Chirurgie); résultats, Megevand [34], 4.
— (Traitement), J. Cotrel [103], 4.
Scrotum (Lymphangiome kystique), N. J. Helland [55], 15.
— dans la reconstruction du pénis, B. S. Chappell [55], 14.
Sédimentation sanguine, Trapani [68], 4.
Sein (Abcès); auréomycine, Notter [101], 2.
— (Cancer), Donhauser [24], 5; Adair [26], 1.
— —; traitement actuel, R. Wanke [118], 10.
— —; traitement précoce, Kraus [28], 21.
— —; traitement hormonal, L. de Gennes [97], 1.
— —; irradiation pré-opératoire, Ash [28], 16.
— —; résultats à l'Institut Roentgen, Heilig [122], 21.
— (— avancé); adrénalectomie, ovaréectomie, Huggins [169], 6.
— (— durant la grossesse), Weinstein [166], 4.
— (— chez l'homme); métastases multiples osseuses, pulmonaires et cutanées, Allouche [112], 1.
— (Kyste papillaire malin), Puente Duany [83], 2.
— (Maladie kystique), Macrae Yeates [187], 4.
— (Phyllodes), Dujovich [175], 3.
— (Tumeurs); diagnostic par trans-illumination, A. Siméon [94], 13.
Séminome géant, Kosanovic [159], 7.
Séminome testiculaire, Gautier [3], 8.
Sémiologie vasculaire périphérique (Plaidoyer pour la —), P. Perrin [100], 3.
Septicémie dans la pyléphlébite, F. Graham Marson [136], 2.
Septum interauriculaire (Perte de substance); bouton, Swan [69], 10.
— interventriculaire (Perte de substance); production expérimentale, Taufic [69], 12.
Sérothérapie (Accidents), Thurel [95], 16; Graber-Duvernay [101], 3.
— antitétanique intra-artérielle, F. Kootz [6], 21.
Shock, Muro [134], 2.
Sinus carotidien (Énervation), Pages [70], 5.
— frontal (Ostéome); atrophie optique, Giraud [71], 2.
— latéral (Thrombophlébite), Gaviric [71], 4.
— de Rokitansky-Aschoff (Visualisation radiologique), signe de maladie vésiculaire clinique, R. Sukman [92], 19.
Soins post-opératoires en chirurgie thoracique, J. M. Lemieux [162], 1.
— pré- et post-opératoires, Karitzky [120], 4.
— — — (Physiothérapie), M. Minuck [164], 6.
— — dans la chirurgie chez les cardiaques, Cl. Lenglart [3], 5.
Sonde coudée pour extraction des calculs, D. R. Smith [55], 5.
— inversée pour cryptes anales, Kleitsch [24], 23.
Sphincter d'Oddi (Influences émotionnelles), Lopez Pontes [179], 1.
— urinaire (Absence congénitale), Taylor [56], 19.
Sphincters de l'anus (Conservation par prothèse de Bacon), Bernaschek [6], 12.
Spina bifida kystique, Padron Puyou [31], 21.
Splanchnicectomie (Action sur le grêle), Dargent [84], 6.
— gauche, Magendie [106], 2.
Sphénectomie dans l'arthrite, Le Roy [174], 2.
Splénomégalie congénitale et duodénite, Savino [144], 6.
Splénopathies et toxicose, M. Tomada [9 A], 21.
Spondylite ankylosante (Ostéotomie), Karabarbounis [34], 25.
— tuberculeuse (Herpès zoster), Hausner [119], 5.
Spondylolisthesis (Fusion vertébrale), Ingebrigsten [20], 18.
— (Mobilité), Marique [34], 23.
Spondylose cervicale, Taylor [135], 4.
Sports (Cas mortels) chez les boxeurs, Krefft [117], 9.
Spray carcinome, W. Schiller [52], 20.
Squelette (Angiomatose kystique), Jacobs [44], 14.
— (Lésions endocriniens) dans le Basedow, Steyer [117], 7.
— (Tuberculose); localisations bilatérales, Sevastikoglou [42], 5.
Stérilité chez la femme (Chirurgie), Darmaillacq [106], 1.
— — (Infiltration du ganglion cervical supérieur), P. E. Pirard [125], 7.
Stratigraphie pour examen d'un pneumopéritoine, F. Cafiero [41], 5.
Streptokinase pour symphyse pleurale post-opératoire, Miadonna [143], 1.
Streptomycine dans la réduction de la mortalité par irradiation et brûlures thermiques, H. Baxter [25], 3.
Streptomycinothérapie intra-articulaire, Blind [34], 18.
Strictures bénignes des canaux biliaires, H. Wapshaw [138], 1.

Stroma ovarien (Altérations) dans le cancer endométrial, E. R. Novak [52], 21.
Strumites (Hyperthyréoses consécutives), Sendrail [109], 1.
Strychnine retard, Lohman [8], 29.
Stump-Stitch dans l'hystérectomie vaginale, R. Tauber [52], 22.
Sublimé et désinfection cutanée, Gaspar [155], 3.
Substances de contraste, Kranz [48], 2; Dietz [48], 3.
— radio-opaques (Injection intra-splénique), Bahnson [168], 1.
Sulfamides (Action sur le coagulum sanguin), Naso [13], 4.
Sulfamidothérapie des blessures, Raabe [120], 18.
Sulfate de magnésie (Relaxant dans l'anesthésie moderne), Jungling [8], 45.
Suppuration à fusiformis, Henderson [136], 16.
Surrénalectomie pour hypertension, Dragojevic [159], 6.
— pour tumeurs surrénales, Carill [56], 13.
— bilatérale pour cancer prostatique, Baker [56], 8; Leadbetter [56], 9.
— totale chez l'homme, Hartwell [56], 11.
Suture gastro-intestinale (Technique), J. Bastin [125], 2 et 3.
Sutures (Passe-sutures doubles), Hunt [135], 13.
Sympathectomie, E. Wachs [9 A], 4.
— pour artérite, Knox [24], 34.
— dans les troubles circulatoires, W. Bittner [9 A], 1.
— Chirurgie dans le lymphœdème, Mendes Ferreira [149], 2.
— lombaire pour colite, Luze [122], 12.
— — pour troubles vaso-moteurs post-poliomyélitiques, B. Paus [20], 23.
— — pour ulcère de jambe, Martorell [66], 2.
Sympathicomimétique (Action hypertensive), Berardi [142], 3.
Sympathique (Blocage) dans les troubles circulatoires, W. Bittner [9 A], 1.
— (Chirurgie) pour maladie des artères, Wanke [120], 2.
— (Opérations); blessures du canal thoracique, R. Villinger [6], 28.
— (Régénération post-opératoire) et resympathectomie, E. Wachs [9 A], 4.
— (Tumeurs) chez l'enfant, Ernst [122], 9.
— (— neuro - ectodermique maligne), S. R. Bersak [24], 16.
— lombaire (Infiltrations anesthésiques) dans les lésions néphro-uretérales, C. Yildiran [157], 1.
Sympathoblastome, Rosado Pinto [149], 7.
Sympathogoniome, Falkinburg [45], 3.
Symphyse précoce après opération de Jacobœus, Miadonna [143], 1.
Syndesmopexie de hanche, Poli [40], 3.
Syndrome abdominal aigu chez l'ulcéreux, Zennaro [146], 2.
— auriculo-temporal, Dey [33], 11.
— carentiel après gastrectomie, Bernay [101], 1.
— post-cholécystectomique, R. Upham [62], 6.
— de Cushing (Opérations surrénaliennes), Poutasse [56], 14.
— douloureux de l'anse afférente après gastrectomie, A. Vachon [59], 1.
— épaule-main, Carvini [143], 14.
— — et maladie coronarienne, Pojer [156], 9.
— de Klippel-Feil (Manifestation nerveuse tardive), L. Padiglioni [145], 6.
— de Leriche (Résection du carrefour aortique); résultats après deux ans et demi, J. Cohen [10], 3.
— de Meigs, J. Zimmermann [118], 13; Rey [175], 20.
Syndrome d'occlusion intestinale, Bosch del Marco [183], 5.
— de Pancoast, Chardack [69], 11.
— de Raynaud, Warter [108], 1.
— du scalène, Dragojevic [159], 11.
— des sclérotiques bleues (Étiologie), I. Stankovic [158], 2.
— sensorio-moteur, de Morsier [71], 1.
— de Volkmann chez le nouveau-né, Bedbrook [137], 5.
Syndromes aigus de la fosse iliaque droite d'origine non appendiculaire, de Quadros Tejeiro [131], 1.
— neurologiques par lésion vertébrale cervicale, Gispert Cruz [129], 9.
— neuro-vasculaires par compression, Cahn [175], 5.
Synergies médicamenteuses en neuro-chirurgie, Woringer [70], 1.
Synovite temporaire de la hanche, L. Drey [92], 8.
Syphilis, Royer [67], 2.
Syringomyélie, H. Götting [85], 14.
Système nerveux (Affections précoces et tardives) après brûlures chez le jeune enfant, Cl. Kohler [111], 1.
— — (Interventions); succès et échecs, Jirasek [22], 7.
— — (Lésions) dans un syndrome de Klippel-Feil, L. Padiglioni [145], 6.
— — (Opérations contre la douleur); leur abus, R. Leriche [2], 2.
— — autonome pelvien (Anatomie), Howard Taylor [159], 1.
— — central (Irradiation), Paterson [89], 2.
— — — (Kystes dermoïdes congénitaux), Van Schaik-Caspers [139], 12.
— — sympathique (Introduction à son étude), J. Delmas [105], 1.
— — végétatif (Dystonie) dans les tumeurs malignes, Micheew [119], 3.
— porte (Dérivation) pour le traitement de l'hypertension avec hémorragies massives, J. W. Lord Jr. [62], 3.

T

Tabes (Arthrites), Picchio [143], 13.
Talc (Granulomatose du —), Gleichmann [6], 29.
— (Granulome) simulant le cancer, Baar [136], 25.
Talalgie (Énervation), G. Carlier [103], 2.
Tampon de Collagène, Schwadt [8], 25.
Technique de Charnley, Ingelrans [34], 19.
Télangiectasie hémorragique, C. A. Fort [55], 2.
— héréditaire, Tobin [174], 3.
Télépaque, Hoppe [91], 6.
Tendinite calcaire (Radiothérapie), Baensch [86], 1.
Tendon d'Achille (Déchirure) en radiologie, Schoen [85], 9.
Tendons (Transplantation), Bohr [20], 5.
— — pour paralysie du médian et du cubital, Riordan [44], 3.
Tenodèse élastique, Borellini [34], 22.
Térato-carcinome testiculaire, M. Y. Godefroy-Vendevielle [3], 3.
Tératome, Hartwell [30], 4.
— kystique, Béryl Silberblatt [52], 25.
— rétropéritonéal, Charles [38], 3.
Téridax, moyen cholécystographique nouveau, R. Shapiro [92], 16.
Terramycine en gynécologie, Perrini [49], 2.
Test de résistance à la tension de la plaie cicatrisante, Sandblom [20], 25.
Testicule (Conservation) dans l'opération de la hernie inguinale, E. Marconi [145], 10.
— (Descente anormale), Maitland [138], 2.

Testicule ectopique (Séminome), GAUTIER [3], 8.
— (Térato-carcinome) révélé par métastase pelvienne volumineuse), Mme Y. GODEFROY-VENDEVIELLE [3], 3.
— (Torsion), KRSTIC [159], 10.
— (Tumeurs à cellules claires), O. BRUCKSCHWAIGER [123], 3.
— (— — interstitielles) et puberté précoce, ANAGNOSTOU [136], 6.
— périnéal, WAKELEY [135], 16.
Tétanos, FORD [187], 6.
— et accident de dent de sagesse, GRETHER [58], 3.
— (Antitoxine-Pénicilline associées), M. POLI [143], 4.
— (Méphénésin), SMITH [136], 24.
— (Sérothérapie intra-artérielle), F. KOOTZ [6], 21.
— (Thiopentone et Pethidine), GRANT [140], 4.
— en milieu urbain (Apparition et déductions prophylactiques), J. BOYER [94], 18.
— atypique, BAYON [18], 3.
— céphalique (2 cas), P. BUREAU [58], 9.
Tête (Cancer); chirurgie radicale, MARTIN [26], 2.
Thiopentone dans le tétanos, GRANT [140], 4.
Thoraco-phréno-laparotomie, LEGER [94], 9.
Thoracoplastie pour tuberculose, AUFSES [69], 1.
— avec plombage à la lucite, POVAH [69], 22.
— et réduction pour tuberculose pulmonaire, HUGHES [69], 18.
— suivie d'hémorragie méningée, A. LÉVI-VALENSI [112], 3.
— ou pneumolyse ? KENNER [122], 16.
Thorax (Chirurgie); anesthésie, PAULINO [32], 1.
— —; anesthésie endo-trachéale en —, OPPELN-BRONIKOWSKI [19], 3.
— —; contribution anesthésique en tuberculose, F. HUDON [162], 2.
— —; acidose au cours de l'anesthésie, W. W. STEAD [69], 16.
— —; soins post-opératoires, J. M. LEMIEUX [162], 1.
— —; période post-opératoire, étude de la ventilation, MARTIN [69], 13.
— (— d'exérèse), TRAPANI [68], 4.
— (Déformations par protrusion) dues à la croissance, Ch. W. LESTER [25], 7.
— en entonnoir et compression cardiaque, A. VOGELSANG [164], 2.
— (Traumatismes sévères par écrasement); conduite à tenir, Ph. E. BERNATZ [172], 1.
— [Cavité] (Fibrome), DEUTSCHBERGER [91], 8.
— — (Kyste entérogénique), KNIPERS [45], 9.
— — (Tumeur thyroïdienne), SINCLAIR [24], 10.
— [Paroi] (Chondrite et carie osseuse), FAVACHIO [12], 2.
Thorotrast (Injections); suites, J. DA SILVA HORTA [6], 27.
— (Injections intra-crâniennes); visualisation accidentelle tardive des ventricules, S, A. LEADER [92], 12.
Thrombo-angéite oblitérante, PAKKENBERG [150], 21; DE RUGGIERO [176], 4.
Thrombocid, EYSHOLDT [9], 28.
Thrombo-embolie dans la corticothérapie, COSTE [36], 2.
— (Dicoumarine), THIES [9], 10.
— (Ligature de la veine-cave inférieure); 5 cas, H. DAX [4], 2.
— (Physiopathologie), J. KONCZ [9 A], 26.
— (Thrombocid), EYSHOLDT [9], 28.
Thrombophlébite jugulaire, GOUIRIC [71], 4.
— spontanée, DE CAMP [130], 2.
Thrombose aortique, BEACONSFIELD [29], 10; OUDOT [29], 11.
— cave, CHIFFLET [183], 2.
Thrombose mésentérique, ALDA CALLEJA [129], 7.
— veineuse, GIOVANNINI [14], 1; D'ALESSANDRO [24], 36.
Thyréoses [Hyper-] par thyroïdites et strumites, SENDRAIL [109], 1.
Thyroïdie [Hyper-] (Iode radio-actif); 31 cas, KLOTZ [76], 2.
Thyroïdite (Hyperthyréoses consécutives), SENDRAIL [109], 1.
Tibia (Lésions) d'une neurofibromatose de Recklinghausen, R. KÜBLER [21], 3.
— [Transplant] (Prélèvement); fautes et dangers, K. STUCKE [9 A], 27.
Tissu endocervical hétéroplastique, MOHLER [52], 3.
— osseux (Croissance, structure), ENGFELDT [150], 10.
— thyroïdien (Localisations osseuses), BERGER [9], 31.
— — (Transplantation), KÜHNE [9], 18.
Tissus (Transplantation); points de vue récents, H. HERBIG [9 A], 8.
— sanguiformateurs (Sarcome), WESSERBURGER [122], 25.
Tomographie au cours de la cholécystographie, J. PROUZET [96], 2.
— vertébrale, BOKSTROM [89], 5.
Topectomie (Suites); délinquance, G. DAUMEZON [74], 3.
Toxicose splénopathique, comme type morbide individualisé, M. TOMADA [9 A], 21.
Trachée (Greffes liophillisées), F. NATELLIS [14], 4.
— (Résection) puis prothèse, CRAIG [69], 9.
— (Résection expérimentale chez le chien), KIRILUK [25], 8.
Tracteur papillaire, LASALA [175], 10.
Tractotomie, CARRERAS [175], 6.
— spinothalamique médullaire, A. S. CRAWFORD [73], 2.
Tractus digestif (Tumeurs bénignes), LISSNER [8], 33.
— — (— neurogéniques), H. SPANGLER [6], 15.
— — supérieur (Communications aériennes acquises non malignes), EFSKIND [20], 8.
Transfusion de sang (Service de —); son organisation, J. PICAZO GUILLEN [132], 1.
— — (Choc secondaire), A. GAUTIER [153], 2.
— — intra-artérielle, BEATTIE [29], 13.
— — croisée (Technique et pratique), VECCHIETTI [143], 3.
— — — (Expérience de 6 cas), P. F. SALISBURY [143], 2.
— — per - opératoire (Limites), BUDRONI [144], 5.
Transillumination mammaire pour le diagnostic des tumeurs, A. SIMÉON [94], 13.
Transit gastro-duodéno-jéjunal après gastrectomie, DE SANTIS [12], 3,
Transplant thyroïdien (Réinnervation), KÜHNE [9], 18.
Transplantation des tissus, H. HERBIG [9 A], 8.
Traumatisé crânio-cérébral grave avec perte de substance (Évolution ophtalmologique), DESVIGNES [96], 4.
Traumatismes et ostéoporose, BURDEAUX Jr. [44], 21.
— (Lésions graves), VASILJEVIC [159], 5.
— (Lombalgies secondaires), P. MATHIEU [74], 2.
— abdominaux, JOHNSON [166], 10.
— aigus, JAHNKE [27], 1.
— cérébraux (Encéphalopathies), DE MORSIER [71], 1.
— — (Obésité), ROSTOSKI [117], 3.
— du cœur (1 cas), A. SALEPCIOGLU [23], 6.
— crâniens (Lésions vasculaires), ANGERER [120], 16.
— — (Séquelles), PLANQUES [71], 8.
— fermés des organes abdominaux, RYKOWSKI [148], 3.

Traumatismes de la main (Kystes épithéliaux), Carnera [13], 2.
— médullaires (Étude expérimentale), Freeman [25], 1.
— des nerfs périphériques, Ehni [26], 20.
— opératoires (Fonction rénale), Bisotti [144], 9.
— de la rue (Problème de chirurgie générale), Sébastiani [41], 2.
— des tendons articulaires de l'épaule (Signes radiologiques), Wojta [6], 17.
— thoraciques (Chylothorax), Chiechi [68], 1.
— — sévères par écrasement, Ph. E. Bernatz [172], 1.
— uréthraux, Aguirre [31], 9.
— vasculaires, Samuel Santos [32], 2.
— vertébraux (Complications nerveuses), do Amaral [179], 1.
Trichomonas vaginalis, L. Courty [103], 1.
— — chez l'homme, Lanceley [135], 1.
Trochanter (Fractures); ostéosynthèse d'après Mc Laughlin, K. Bank-Rasmussen [20], 24.
Tromexan et plaies atones, Ed. Stephan [154], 7.
Trompe de Fallope (Insufflation kymographique) dans l'étude de l'hydrosalpinx, L. Bonnet [47], 3.
— — (Sarcome), Falje [48], 4.
— — [Isthme] (Lésions), J. de Paepe [125], 9.
Tronc (Douleur), Cyriax [136], 23.
Trou sous-orbitaire (Voie d'accès), Lotric [159], 2.
Troubles vaso-moteurs post-poliomyélitiques (Sympathectomie lombaire), B. Paus [20], 23.
Tube ballon intestinal, Moore [25], 20.
Tuberculose adénogène. R. Kaufmann [75], 1.
— de la clavicule, Tessarolo [41], 6.
— de l'endomètre, Bedrine [125], 1.
— ganglionnaire épigastrique, G. Seidl [121], 9.
— génitale chez la femme, Ulrich [50], 1; E. Philipp [118], 5.
— — — (P. A. S. et streptomycine), Teb Berge [95], 11.
— — — (Résultats opératoires), Knaus [122], 22.
— génito-urinaire (Traitement), J. Cosbie Ross [136], 9.
— — (Chirurgie et chimiothérapie), Hasche-Klünder [9], 44.
— du genou (Résection), Ingelrans [34], 19.
— osseuse (Chirurgie), Étienne [34], 10; Camera [34], 11.
— — grave, Seghini [41], 1.
— — kystique, Röper [9], 27.
— ostéo-articulaire, Gérard Marchant [34], 8; Allenbach [34], 9; Gérard Marchant [78], 1.
— — (Greffes osseuses), Villareal [31], 2.
— pelvienne, Rojo [173], 6.
— péritonéale, Siska [22], 8.
— pulmonaire, E. Derra [6], 7; W. Rzepecki [19], 1; Hughes [69], 18.
— — (Analyse fonctionnelle), Bolt [120], 6.
— — (Anesthésie de la collapsathérapie), Brancadoro [13], 5.
— — (Chirurgie), Eerland [95], 14.
— — (Indications), Kung [122], 23.
— — (Résection), A. Dumont [10], 6; Hansen [141], 5; Björk [150], 15.
— — (Thoracoplastie), Aufses [69], 1.
— — activée par gastrectomie, Warthin [167], 2.
— — et néoplasmes malins, Azenzia [143], 8.
— rénale, Petkovic [21], 2.
— — (Classification radiologique des lésions), Lattimer [82], 4.
Tuberculose rénale, (Uretère du côté sain), Cibert [53], 4.
— — (Traitement), Marks [186], 1.
— — (Isoniazide), Dick [135], 9.
— spinale (Fusion), Bosworth [44], 5.
— squelettique (Localisations bilatérales), Sevastikoglou [42], 5.
— vertébrale, (Gibbosité), Scheuer [120], 9.
— — (Herpès zoster), Hausner [119], 5.
— vésicale, Sargent [56], 21.
Tubocurarine (Absorption graduelle), Lipow [29], 5.
Tubo-ovariennes [Tumeurs], P. Desaive [126], 1.
Tumeurs chez l'enfant, Bufkin [45], 10.
— annexielles (Traitement conservateur), Grünberger [122], 13.
— bénignes, Lissner [8], 33.
— — gastriques, Colp [26], 8.
— blanches, Blind [34], 18.
— carcinoïdes, Warner [166], 5.
— à cellules claires, O. Bruckschwaiger [123], 3.
— — géantes, W. R. Hamsa [44], 20.
— — granuleuses, Bissi [79], 1.
— — interstitielles, Anagnostou [136], 6.
— — de la thèque, Wasserbauer [156], 5.
— cérébrales, Paillas [70], 3; Tchehrazi [185], 5.
— du corpuscule carotidien, Gilbert Israel [24], 18; J. R. Pettet [25], 5; Leroux-Robert [57], 7.
— épididymaires, Lionello [80], 2.
— géantes de l'épicarde, H. Hartwag [85], 10.
— glomiques, H. Spangler [6], 15; J. Mordret [57], 8.
— — sous-unguéales, Warter [108], 1.
— de la gonade masculine, Lionello [80], 1.
— de la granulosa, P. Gellé [3], 2; Rinvik [51], 4.
— hépatiques, Borde-Madsen [20], 6.
— iléo-cæcales, Bsteh [120], 14.
— des îlots de Laugerhans, M. Osnes [20], 22.
— de Krukenberg, Carrillo [144], 1.
— malignes, Hill [24], 8; C. Roman [47], 5;
— — (Dystonie végétative), Micheew [119], 3.
— — à cellules géantes, W. Schuh [9 A], 14.
— — rénales, Sturm [119], 2.
— — des voies aéro-digestives supérieures, P. Renaud [57], 6.
— mammaires, A. Siméon [94], 13.
— du massif facial, Viel [57], 4.
— médiastinales, Maier [26], 7.
— neuro-ectodermique sympathique maligne, S. R. Bersak [24], 16.
— neurogéniques, H. Spangler [6], 15.
— — de l'estomac, R. Frereks [61], 2.
— osseuses, Mc Neur [137], 6.
— parotidiennes, Slaughter [28], 19.
— pelviennes (Résection partielle), Merle d'Aubigné [34], 26.
— rétropéritonéales, Melicow [30], 1.
— pleurales, Picard [124], 4.
— primitives rares du grand épiploon, Chiarolanza [16], 6.
— prostatiques, B. Bibus [154], 3 et 5.
— pararénales, Costa [53], 3.
— rhino-pahryngiennes, Celis Perze [184], 2.
— sacro-coccygiennes, Fèvre [98], 1.
— salivaires, Bauer [81], 1.
— surrénales, Carill [56], 13.
— sympathiques, Ernst [122], 9.
— temporales, Gerlach [72], 3.
— thyroïdiennes métastatiques, G. Müller [9 A], 10.
— tubo-ovariennes (Diagnostic différentiel), P. Desaive [126], 1.
— urétrales, J. H. Kiefer [55], 7.
— utérines de nature douteuse, Langley [51], 1.

Tumeurs vasculaires, Sommelet [107], 1.
— en verre de montre, Shulman [186], 10.
— vésicales, Katz [53], 6; J. H. Kiefer [55], 7; W. A. Milner [55], 8; Higbee [56], 5; da Motta Pacheco [182], 4.
— de Wilms, Livermore [56], 3; Cabarra [182], 3.

U

Ulcération de jambe (Physiothérapie), Curwen [11], 3.
— palatine d'origine réflexe, M. Dechaume [58], 8.
— peptique, Mautner [137], 7.
Ulcères cutanés (Flore microbienne), Vicher [29], 2.
— duodénaux (Diagnostic), Maggi [176], 7.
— — (Gastrectomie), Druckerman [169], 4.
— — (Ictère), Neiman [169], 17.
— — (Résection pour exclusion), H. J. Serfling [9 A], 32.
— — adhérents (Gastro-entérostomie et vagotomie), B. Moller [20], 4.
— — chroniques (Perforation), A. H. Griep [24], 47.
— gastriques et phytobezoard, Manizade [122], 3.
— — (Abdomen aigu), M. Zennaro [145], 2.
— — (Dangers de la perforation), L. Diethelm [9 A], 20.
— — (Facteur vasculaire), R. Cattan [59], 8.
— — expérimentaux, Naso [13], 3; A. Lambling [59], 6; Ch. Debray [59], 7.
— gastro-duodénaux d'étiologie ou pathogénie connue chez l'homme, Levrat [59], 9.
— — et hyperparathyroïdisme, Elkeles [135], 8.
— — guéris par métantéline, Castorina [142], 1.
— — (Hémorragies); pronostic, Barrett [173], 2.
— — (Histologie vasculaire), Herzog [9], 5.
— — (Traitement conservateur), Romcke [150], 1.
— — (Vagotomie), E. Weiss [61], 1.
— — aigus après traumatisme, infection, opération, Wurnig [122], 28.
— — perforés (Péritonite), Chorwath [22], 12.
— — — aigus (Pronostic), Gilmour [135], 12.
— gastro-jéjunaux, Viking [20], 29.
— de jambe (Sympathectomie), Martorell [68], 2.
— peptiques, K. Michyda [19], 5.
— — et « système hypophyse surrénales », T. Hernando [60], 3.
— — hémorragiques et perforés, A. Kahn Jr. [24], 17.
— — perforés aigus (Pronostic), Gilmour [135], 12.
— — post-opératoires, Ruffo [143], 11; Rosenquist [150], 2.
Ulcus gastrique (Chlorhydrie), A. Valleso [175], 12.
Ultrasons dans les infections génitales, Cardia [50], 2.
Uretère (Anastomose vésicale), Wollmann [48], 5.
— (Cancer primitif), Petkovic [9], 2.
— (Dilatation bilharzienne), Gelfand [186], 2.
— (Diverticule), W. E. Davis [55], 4.
— (Ectopie), Cohen [33], 2; Sheehan [140], 2; Ponten [150], 19.
— (Implantation intestinale); suites, Neuwirt [22], 1.
— (Transplantation), Kitkland [33], 1.
— [Méga-] chez l'enfant, Ormond [56], 7.
Uretère [Néo-] d'intestin grêle, Foret [53], 10.
— du rein sain dans la tuberculose urinaire, Cibert [53], 4.
— rétro-cave, Grossman [24], 41; Couvelaire [53], 9.
Urétérite kystique (Radiologie), Truc [84], 8.
Urétérocèle, Orr [56], 20.
Urétérocolo-anastomose (Uretères dilatés), Longoria [31], 12.
Urétéro-sigmoïdostomie (Acidose hyperchlorémique), Waite Bohne [28], 20.
— (Influence sur l'absorption), Creevy [56], 4.
Urèthre (Cancer), Hotchkiss [56], 18.
— (Tumeurs vésicales récidivées dans l'—) J. H. Kiefer [55], 7.
— périnéal (Reconstruction) par greffes de prépuce, D. Presman [55], 10.
— postérieur (Rétrécissements traumatiques); pour fracture, Aguirre [31], 9.
Urines de femmes cancéreuses (Action expérimentale), Vassi [79], 2.
Urogastrone des ulcères gastriques expérimentaux, Naso [13], 3.
Urographie intra-veineuse à l'Urokon sodique à 70 %, Porporis [92], 15.
Urokon sodique intra-veineux, Porporis [92], 15.
Urologie de l'enfance (Anesthésie), Roseman [24], 11.
Utéro-ovarien [Cancer], Hagbard [150], 6
Utérus (Abcès), Brisson [165], 2.
— (Amputation sus-vaginale); ventri-suspension du moignon, Bernaschek [122], 6.
— (Anomalie congénitale), Blochkoff [52], 9.
— (Cancer); histopathologie au début, Snaid [155], 6.
— — et prolapsus, Rendelstein [121], 3.
— —; radiothérapie, Maier [122], 24.
— —; opération de Wertheim, O. Ferguson [172], 9; Schlink [187], 2.
— (Carcino-sarcome), Mc Letchie [52], 24.
— (Chorio-épithéliome); diagnostic, pronostic et traitement, Rivière [4], 5; Lafargue [4], 6.
— (Sa conservation comme porteur de radium) dans le cancer ovarien, H. Tischer [121], 6.
— (Déchirure); expulsion abdominale du fœtus, Cerisola [31], 13.
— (Duplicité), Eisdell [33], 8.
— (Fibroïdes), Rees [186], 3.
— (Fistule artério-veineuse), Gaines [52], 13.
— (Hémorragies fonctionnelles), Leeb [48], 1.
— (Lipome), Robertson [52], 11.
— (Plaies); cicatrisation, Hess [28], 26.
— (Prolapsus) et cancer, F. D. Rendelstein [121], 3.
— —; opération de Fothergill, Dörner [48], 7.
— —; traitement après hystérectomie, R. Michel [5], 1.
— (Sarcome à cellules rondes), L. Manoil [52], 23.
— (Tumeurs suspectes), F. A. Langley [51], 1.
— [Col] (Cancer), Brunschwig [26], 19; Duarte [50], 4; Werner [122], 18.
— — —; étiologie, Fischer [48], 8.
— — —; stade pré-invasif, Arfwedson [150], 5.
— — —; diagnostic précoce, Douglas [26], 16; S. Laborde [98], 4.
— — —; diagnostic précoce comparé dans 1 000 cas chez des femmes normales, S. B. Gusberg [52], 18.
— — —; cytodiagnostic vaginal, Gil Vernet [50], 3.
— — —; diagnostic post-opératoire, Finn [26], 17.
— — —; orientation actuelle du traitement, R. Gauducheau [100], 2.

Utérus [Col] (Cancer) lymphadénectomie, Gorton [89], 4.
— — —; cyclothérapie, Devois [84], 3.
— — —; irradiation au coblat 60, Morton [91], 14.
— — —; irradiation vaginale; lésions intestinales, Heyde [48], 9.
— — (Petit cancer invasif); le « spray carcinome », W. Shiller [52], 20.
— — (Carcinome); classification internationale, del Regato [91], 7.
— — — et hyperactivité baso-cellulaire, G. H. Guin [52], 19.
— — (Cystadénofibromyose kystique); 2 cas, G. Appelberg [51], 5.
— — (Portion intravaginale ; amputation, Peters [48], 6.
— — (Ventri-suspension du moignon) après amputation sus - vaginale, Bernaschek [122], 6.
— [Corps] (Amputation abdominale supra-cervicale); technique, Fr. Ziegler [6], 11.
— — (Cancer) et œstrogènes, Sovinski [148], 9.
— — (Carcinome); chirurgie, E. Nordlander [51], 3.

V

Vagin (Agénésie); greffes hétéroplastiques autonomes, Ramirez [31], 15.
— (Atrésie), Nilsson [150], 7.
— (Cytodiagnostic) du cancer du col, Gil Vernet [50], 3.
— (Endométriose), W. O. Ackley [24], 20.
— (Prolapsus) et amputation du col, Peters [48], 6.
— cloisonné, Eisdell [33], 8.
Vaginite à trichomonas (Formes atypiques), L. Courty [103], 1.
Vagotomie, Partington [29], 12.
— dans l'ulcère, E. Weiss [61], 1; Druckerman [169], 4.
— avec gastro-entérostomie, B. Moller [20], 4.
— double pour ulcère, Viking [20], 29.
Vaisseau rénal anormal (Radiologie), Salvini [88], 6.
Vaisseaux (Ligatures) dans l'ascite, Jefferson [24], 9.
— (Traumatismes), Samuel Santos [32], 2.
— (— aigus), Jahnke [27], 1.
— des doigts (Énervation); réponse au froid, Shepherd [140], 3.
— médullaires (Anomalies), Hadjilou [185], 2.
— des membres (Maladies), H. W. Pässler [118], 12.
— mésentériques (Thrombose), Alda Calleja [129], 7.
— périphérique (Occlusion); angiographie et résultats opératoires, E. Otto [9 A], 33.
— — (Sémiologie), P. Perrin [100], 3.
— utérins (Ligature); voie rétropéritonéale, B. Capaldi [6], 10.
Valvule de Bauhin (Diverticule intra-cæcal), Trnka [156], 11.
Valvules mitrales (Commissurotomie), Lenègre [113], 1; Danset [113], 3.
— — (Dissociation digitale extra-pleurale), Griessmann [6], 9.
— — (Sténose), David [113], 2.
— — — et insuffisance; constatations cliniques, Venner [65], 2.
— — —; dette en oxygène pré- et post-opératoire, Nylin [180], 3.
— — —; chirurgie, Hurwitt [166], 8.
— — —; cure opératoire, H. E. Bock [118], 4.
— — —; tomie, Husfeldt [20], 16.
— — —; récidive après tomie, Donzelot [64], 1.
— — (— congénitale), Bower [38], 1.
Valvules mitrales (Sténoses opérée) révélant une calcification de l'oreillette dans 8 cas, J. L. Curry [92], 6.
Valvulotomie mitrale, Husfeldt [20], 16; Bower [38], 1.
Varices (Expérience de 20 ans), Biegeleisen [166], 1.
— (Extracteur amélioré pour —), G. C. Swanson [138], 4.
— œsophagiennes, Crile [28], 25; S. Weiss [62], 2.
— — hémorragiques (Tamponnement médiastinal), E. M. Kent [62], 5.
Varicosités spinales, Kucsko [122], 29.
Vascularisation et consolidation des fractures, Buchberger [122], 14.
— du foie chez l'homme, Mann [172], 4.
— osseuse, de Marneffe [36], 1.
Vasculopathies oblitérantes spontanées, Scalabrino [143], 12.
— périphériques (Cas traités par acide nicotinique, G. P. Vecchi [143], 6.
Veine cave (Déchirure), Faulwetter [7], 3.
— — (Thromboses); voies d'accès, Chiffiet [183], 2.
— — inférieure (Ligature) pour thrombo-embolie, 5 cas, H. Dax [4], 2.
— — — (Section et réparation) per-opératoire, Hartwell [30], 4.
— — supérieure (Duplicité); diagnostic, Di Gennaro [68], 3.
— — — (Obstruction), F. Klein [139], 4.
— émissaire frontale, Muratorio [87], 6.
— jugulaire [Golfe] (Thrombophlébite), Gouiric [71], 4.
Veines (Anastomose), Mele [142], 2.
— (Thrombose), d'Alessandro [24], 36.
— du membre inférieur (Occlusion massive aiguë), Halligan [25], 15.
— spinales (Varicosités), Kucsko [122], 29.
— variqueuses (Extracteur amélioré pour —), G. C. Swanson [138], 4.
Veinographie à l'Urokon, Boyce [28], 12.
— splénique portale percutanée, Bahnson [168], 1.
Velo-pharyngienne [Insuffisance]; lambeau pharyngien, Fogh Andersen [20], 10.
Ventilation à la période post-opératoire, Martin [69], 13.
Ventricules cérébraux (Visualisation accidentelle longtemps après thorotrast intracrânien), S. A. Leader [92], 12.
Ventrisuspension du moignon de col, Bernaschek [122], 6.
Vertèbres [Corps] (Fractures longitudinales et sagittales), Blumensaat [6], 16.
— — (Fusion) pour rupture discale, R. B. Cloward [73], 5.
— dorsales [Corps] (Image kystique), Brusori [87], 3.
— lombaires [V°] (Sacralisation); sa fréquence en Sicile, C. Rossi [147], 2.
Vésico-vaginales [Fistules], W. I. Buchert [55], 9.
Vésicule biliaire (Affections chroniques), E. Lyon [61], 3.
— — (Calcul géant simulé), Swynghedauw [3], 6.
— — (Corps étrangers); radio-diagnostic pré-opératoire, W. R. Scott [92], 20.
— — (Lithiase post-opératoire), A. Vachon [59], 1.
— — (Maladie chronique); visualisation des sinus de Rokitansky-Aschoff, R. Sukman [92], 19.
— — (Opacification) par ingestion barytée, Aubaniac [94], 22.
— — (Perforations), Reyes [31], 7.
— — (Réflexe dermato-viscéral), W. Dick [9 A], 2.
— — (Torsion), Rawson [33], 13.
— — (Volvulus), Kazmann [24], 19.

Vessie (Affections); diagnostic, Bilger [53], 1.
— (Atonie post-opératoire); traitement par mercurochrome, Ph. Detrie [94], 17.
— (Calcul urétéral), da Motta Pacheco [182], 2.
— (Cancer), Whitmore [26], 13; Wingsbury White [135], 5.
— —; voie d'abord, Gibson [56], 16.
— (Carcinome); cystectomie segmentaire, Gammelgaard [20], 11.
— (Chirurgie plastique), R. W. Barnes [55], 6.
— (Léiomyosarcome), Cecil [56], 1.
— (Néoplasmes); mensuration, Brunkow [56], 15.
— (Perforation) par annexite suppurée, Uhlir [53], 5.
— (Spastique neurogénique); neurotomie, Patton [56], 6.
— (Tumeur) simulée par abcès appendiculaire, Katz [53], 6.
— —; traitement, W. A. Milner [55], 8.
— —; ectomie partielle, da Motta Pacheco [182], 4.
— —; récidives urétrales, J. H. Kiefer [55], 7.
— (— à cellules claires), O. Bruckschweiger [123], 3.
— (— papillaires), Higbee [56], 5.
Viscères sub-diaphragmatiques (Dislocation) dans le pneumopéritoine, G. B. Tempini [41], 3.
Vitallium [Plaques] dans les pertes de substance crânienne, J. Dryjski [19], 4.
Vitamine P et protéinémie post-opératoire, Conti [15], 3.
Voies aériennes (Corps étrangers), J. C. Barani [46], 2.
— aéro-digestives supérieures (Tumeurs malignes); cytodiagnostic, P. Renaud [57], 6.
— biliaires (Affections); laparoscopie, Kuthan [156], 10.
— — (Atrésie congénitale), Knorre [9], 6.
— — (Calculs) et perforation, K. Brantner [85], 11.
— — (Calculose), Hoffmann [120], 1.
— — (Chirurgie); duodénotomie, Y. Salembier [3], 1.
— — (Fistules digestives), Ricciardi [12], 4.
— — (— internes), F. L. Woodman [164], 11.
— — (Lithiase); introduction à son étude, Ét. Chabrol [99], 7.
— — (Prothèse plastique), F. L. Duschl [9 A], 23.
— — (Sténose post-opératoire), H. Spangler [9 A], 3.
— — extra-hépatiques (Cancer), Valentova [22], 6.
— — profondes (Traumatismes opératoires), Lehmann [20], 19.
— urinaires (Calculs); extraction par sonde coudée, D. R. Smith [55], 5.
— — supérieures (Drainage), Hammer [122], 1.
Volvulus (Accident de travail), Trüb [7], 1.
Vomissements post-opératoires, Schulte [8], 2.
— — (Traitement par substance anti-émétique nouvelle), Loennecken [6], 20.
Vulve (Granulome éosinophile), Mc Kay [28], 8.
Vulvovaginite des infections streptococciques, Hedlund [150], 8.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

JUIN 1953

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 390.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (Paris), t. 69, n° 6-7, Juin-Juillet 1953. — **A. Sicard** et **A. Moulonguet.** L'arthrodèse sacro-iliaque (1). — **M. Legrain.** Bases physio-pathologiques de l'équilibre hydro-électrique; ses applications à l'étude de la surveillance des opérés (2). [1]

Lyon Chirurgical, t. 48, n° 4, Mai-Juin 1953. — **A. Trillat** et **G. Coquet.** L'avenir éloigné de la maladie de Volkmann (1). — **A. Monteiro** et **O. Tourinko.** Le problème du cholédoque dans les ulcères térébrants du duodénum (2). — **P. Wertheimer** et **J. Sautot.** Oblitération chronique de l'artère tibiale antérieure a manifestation gangréneuse primitive; artérioctomie; guérison (3). — **Kourias.** L'anévrysme de l'artère hépatique après les opérations sur les voies biliaires (4). — **P. Mallet-Guy, J. Feroldi, M. Gangolphe** et **Colin.** Provocation expérimentale de pancréatites chroniques par la section du sphincter pancréatique (5). — **O. F. Longo.** Pancréatites aiguës; radiologie (6). — **A. Ricard.** Indications des greffes vertébrales après laminectomies (7). — **R. Guillet** et **P. Buffard.** Résultats éloignés, après 3 ans, du traitement des ulcères gastro-duodénaux par la vagotomie bilatérale (8). [2]

Zentralblatt für Chirurgie (Leipzig), an. 78, fasc. 18, 1953. — **H. Uebermuth.** Lésions discales en tant qu'accident et que maladie professionnelle (1). — **H. Unger.** Hallux rigidus ou hallux flexus ? (2). — **E. H. Graul.** Sur les cylindromes type Spiegler (3). — **T. Bauer.** Expériences chirurgicales de l'hirudoïde (4). [3]

Fasc. 19. — **A. Ladwig.** Chirurgie et radiothérapie du cancer mammaire dans leurs relations mutuelles (5). — **O. H. Kment.** Valeur clinique des expériences animales concernant les troubles neurogéniques de l'irrigation du pancréas (6). — **A. Vogl.** Splénectomie dans le cancer gastrique (7). — **T. Burckhart** et **Schmidt.** Contribution à la question de dystopie croisée des reins (8).

Fasc. 20. — **J. Sebestény** et **J. Horányi.** Tumeur neurogénique primitive du poumon (9). — **W. Förster.** Résection gastrique pour ulcère hémorragique (10). — **R. Kós.** Hémorragies ovariennes dangereuses; leur importance chirurgicale (11). — **P. F. Matzen.** Tableau clinique de l'épiphyséolyse de la tête fémorale (12). — **K. Th. Schuknecht.** Contribution à la mélorhéostose de Léri (13). — **E. Zock.** Contribution à la question des synostoses tarsiennes (14). — **G. Jörgensen.** Abduction externe des orteils (15).

Fasc. 21. — **W. Dick.** L'anastomose duodéno-œsophagienne après gastrectomie, est-elle utile ? (16). — **F. Mörl.** 50 ans de résection du gros intestin en 3 temps (17). — **F. Kerschner.** Dégâts dus au thorotrast au niveau des reins (18). — **H. Lang.** Indications et technique de la transplantation de l'hypophyse (19).

Der Chirurg (Berlin), an. 24, fasc. 6, 1953. — **A. Balás, J. Stefanics, L. Ranky** et **P. Görgö.** Clinique et traitement de la maladie de Paget-Schrötter (1). — **K. Spohn** et **H. Winckler.** Investigations au sujet du thrombocide-dépôt (2). — **G. Könn** et **A. Thelen.** Trouvailles [4]

[4] cliniques et morphologiques dans le traitement de la tuberculose uro-génitale par l'hydrazide de l'acide nicotinique (3). — **M. Schwaiger.** Cerclage des fractures avec des matières synthétiques (4). — **F. Krull** et **K. H. Jeismann.** Rapport sur le relaxant Retensin base sur des expériences cliniques ainsi que sur l'auto-expérimentation (5). — **A. Crone Münzebrock** et **K. Weth.** « My 301 », narcotique de complément de valeur en chirurgie (6). — **K. Dietmann.** Prophylaxie et thérapie du collapsus dans l'anesthésie péridurale compte tenu de l'éthyl-adrianol (Effortil) (7). — **G. Salem.** Fractures chroniques et zones de transformation de Looser au niveau de la diaphyse fémorale (8). — **A. Kolb** et **G. Salem.** Blessures du tendon d'Achille et du tendon du quadriceps (9).

[5] **Monatschrift für Unfallheilkunde** (Berlin), an. 56, fasc. 6, Juin 1953. — **G. Küntscher.** Le problème de la réduction des fractures (1). — **R. Walch.** Pseudo-hallucinations hypnagogues suite de la lésion traumatique du cerveau intermédiaire (2). — **H. Bär.** Le problème thérapeutique du genou (3). — **A. Rütt.** La paralysie péronière comme suite de lésion périphérique du jeu de football (4).

[6] **Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie** (Munich), vol. 186, fasc. 3, 1953. — **H. Kopf.** Sur la question des métastases du cancer gastro-intestinal (1). — **A. Haeffner.** La théorie de la régénération de Fischer-Wasel dans la production du cancer vue sous un jour nouveau (2). — **L. Czembirek.** Sur la chirurgie des fistules intestinales après blessures par coup de feu (3). — **W. Denk.** Remarques sur le carcinome bronchique (4). — **L. Schönbauer.** Cancer chez des jumeaux (5). — **A. Plenk.** La ventro-fixation de l'entéro-anastomose de Braun pour assurer la suture gastro-jéjunale après gastrectomie totale ou subtotale (6). — **F. Mandl.** Observations cliniques sur la résection du vague (7). — **P. Huber.** Sur le développement du carcinome dans l'estomac opéré (8). — **P. Fuchsig** et **G. Hienert.** Sur l'opération radicale du cancer de la région de la papille de Vater et de la tête du pancréas (9). — **F. Scheuer.** L'importance clinique de la vertèbre de passage pré-sacrée et du spina bifida, les 2 anomalies osseuses les plus fréquentes de la région sacro-lombaire (10). — **M. Steingräber.** Contribution expérimentale et clinique à l'ablation totale de l'estomac (11). — **Altvater** et **Karitzky.** Pancréatite et nécrose du pancréas (12).

[7] **Journal International de Chirurgie** (Bruxelles).
T. 13 n° 2, Mars-Avril 1953 (Congrès de Lisbonne). — **R. L. Gautheret.** Vues nouvelles sur le problème du cancer végétal (1). — **M. Allgower.** Formation du tissu de granulation (2). — **J. Delarue.** Inflammation (3). — **M. Mosinger.** Inflammation, régénération et système neuro-ergonal (4). — **Valy Menkin.** Études récentes sur l'inflammation et guérison (5). — **W. Gissane.** La régénération tissulaire. Problèmes chirurgicaux. Le traumatisme (6). — **E. Hernandez-Lopez** et **J. P. Casado.** Corps étrangers. Ligatures (7). — **M. C. Harvey.** La régénération du tissu conjonctif; fascias, aponévroses, tendons et synoviales (8). — **D. M. Douglas.** La guérison des plaies par incision du fascia (9). — **I. Lawson Dick.** La régénération de l'os et du cartilage (10). — **W. A. Law.** La régénération des tissus des articulations (11). — **H. Dible.** La régénération et la formation de nouveaux vaisseaux (12). — **J. Oudot.** Régénération des artères et des veines (13). — **J. M. Yoffey.** Régénération des lymphatiques (14). — **M. S. Teneff.** Le problème chirurgical de la régénération des lymphatiques (15). — **Da Silva Horta.** Régénération glandulaire (16). — **P. Mallet-Guy.** Régénération hépatique (17). — **M. Kuru.** Régénération de la membrane muqueuse gastrique; sa transformation maligne en particulier (18). — **A. Brunschwig.** Régénération du péritoine; expérience expérimentale et clinique dans les résections radicales pour cancer intra-abdominal (19). — **M. Dogliotti.** La régénération des nerfs périphériques; déductions concernant la sensation anormale dans les séquelles de la blessure nerveuse humaine (20). — **P. B. Medawar.** Problèmes biologiques de la chirurgie de la peau (21). — **H. B. Fell.** Études par cultures de tissu sur les facteurs intrinsèques et extrinsèques du développement de l'os (22). — **Ch. Dubost.** Greffes artérielles (23). — **J. Kunlin.** Greffes veineuses (24). — **E. Rutishauser.** Greffes osseuses (25). — **Sv. Orell.** Implantation d'os homo- et hétéro-plastique (26). — **W. Axhausen.** Bases biologiques de la transplantation libre osseuse (27). — **V. Staudacher.** Transplants d'organes et de glandes à sécrétion interne (28). — **R. Judet.** Introductions de corps étrangers, résines acryliques (29). — **Albert.** Greffes de glandes et d'organes (30). — **E. Holman.** Principes du soin des anévrysmes artério-veineux post-traumatiques (31). — **F. d'Allaines.** Anévrysmes artério-veineux de l'artère pulmonaire (32). — **Blakemore.** Anévrysmes de l'aorte (33). — **F. Visalli.** Traitement chirurgical des anévrysmes endocrâniens (34).

[8] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles), n° 4, Avril 1953. — **E. Monnoyer.** Des sarcomes mammaires (1). — **A. Bremen, Wolkas Carlier, Jambe** et **Herman.** Tumeurs inflammatoires aigues du gros intestin (2). — **G. Proyard.** De l'angio-pneumographie en chirurgie thoracique (3). — **Van der Ghinst.** Contribution expérimentale à l'étude des méthodes de traitement chirurgical des oblitérations artérielles (4). — **E. Henrotin** et **R. Veroft.** Greffes vasculaires et banque d'artères (5).

[9] **The British Journal of Surgery** (Londres), vol. 40, n° 164, Mai 1953. — **W. R. Hunter** et **W. A. Wilson.** Polypes adénomateux de l'intestin grêle (1). — **R. J. Last** et **D. H. Tompsett.** Moulages des ventricules cérébraux (2). — **M. J. Lange.** La thyroïdectomie; revue de 1 000 cas consécutifs (3). — **G. M. Wyburn.** Les lacunes congénitales de la paroi abdominale antérieure (4). — **J. Grant-Bonnin.** Kystes des cartilages semi-lunaires du genou (5). — **Rodney Smith** et **N. F. C. Gowing.** Hémangiome de la rate (6). — **A. Lee Mc Gregor.** Les blessures des gros canaux lymphatiques (7). — **E. M. Nanson** et **R. Milnes Walker.** Rupture spontanée partielle de l'œsophage (8). — **R. E. Horton** et **J. H. Peacock.** Diverticules duodénaux latéraux (9). — **Lambert Rogers.** Neurinomes du système sympathique cervical (10). — **S. Sunderland.** Suture funiculaire et exclusion funiculaire dans la réparation des nerfs sectionnés (11). — **D. Mac G. Jackson.** Le diagnostic de la profondeur de la suture (12). — **R. Campbell Bagg** et **P. J. Dennehy.** L'uretère lésé chirurgicalement (13). — **H. O. Jones** et **W. Waugh.** Kyste médiastinal gastrique se présentant dans le cou (14). — **H. H. Nixon.** L'hydronéphrose chez l'enfant (15). — **J. L. Braithwaite.** Les effets de la ligature des artères pelviennes sur la vie de la vessie et la suffisance de la circulation collatérale

sur l'animal en expérience (16). — C. R. Strother Stewart. Grossesse ovarienne primitive (17). — A. J. Durden-Smith et K. T. Weavers. Fibrosarcome de la langue (18). J. B. Oldham. Occlusion de l'intestin grêle consécutive à une gastrectomie partielle antécolique (19). — A. G. Ellerker. Rupture traumatique de l'estomac (20). — C. C. Slack. Un œil luxé (21). — K. Wood. Kyste dermoïde ovarien perforant la vessie (22). [9]

Revue de Chirurgie (Athènes), Mai 1953. — G. Libathunopoulou. Le syndrome de Volkmann (1). [10]

Il Policlinico [Sezione Chirurgica] (Rome), vol. 60, n° 3, Juin 1953. — G. Favacchio. La circulation du sang dans l'os et considérations sur le traitement antibiotique de l'ostéomyélite (1). — G. Brancadoro et G. Cecchi. Des interventions sur le sympathique dans les pancréatites aiguës et chroniques (2). — G. Grassi, L. Pirovano et V. Valenti. Sur le fonctionnement hypophyso-surrénal dans la maladie post-opératoire; le test de l'éosinophilie (3). [11]

Minerva Chirurgica (Turin), an. 8, n° 6, 31 Mars 1953. — G. Bertini. Sur l'emploi du rétropneumopéritoine dans la préparation des interventions sur le rectum, sur le côlon ainsi que sur les organes rétro-péritonéaux (1). — A. Bertocchi. La circulation collatérale après ligature de l'artère hépatique à son origine (2). — L. Biancalana et A. E. Paletto. Pathologie et thérapeutique du pneumothorax simple, aigu ou chronique (3). — A. Bobbio. Contribution expérimentale à la chirurgie de la résection segmentaire de l'œsophage (4). — M. Bogetti, C. Bubbio et S. Fabri. Sur la possibilité de réparer de vastes pertes de substance diaphragmatiques avec des lambeaux pédiculés cutanés et sous-cutanés (5). — L. L. Bracco. Considérations sur la soi-disant « période ulcéreuse ». A propos de l'ulcère peptique post-opératoire tardive (6). — R. Bracco. Constatations anatomo-histologiques dans le poumon résiduel après lobectomie et pneumonectomie (7). — L. Bruni. Contribution à l'étude radiologique des sténoses artério-mésentériques de la troisième portion du duodénum (8). — G. Calvi. Traitement chirurgical de la perforation de l'ulcère gastro-duodénal en péritoine libre (9). — U. Camera. Voie d'accès postérieure transglutéale dans certaines interventions sur la hanche (10). — L. Caporale. Interventions chirurgicales sur le système nerveux sympathique vésical exécutées par voie rétro-péritonéale (11). — M. Cattaneo. Un nouveau modèle de mon appareil pour la réanimation électrique du cœur en chirurgie (« cœur électrique ») (12).

N° 7, 15 Avril. — A. M. Dogliotti et E. Fogliati. Diagnostic et traitement chirurgical des obstructions et des sténoses bénignes de la voie biliaire principale (13). — P. G. Frattini. Physiopathologie des fistules artério-veineuses (14). — C. Gabetti. Carcino-sarcome mélanotique primitif du rectum (15). — P. Gagliardi. Cure chirurgicale de l'éléphantiasis nostras (16). — G. Gili. L'hypotension contrôlée en chirurgie (17). — G. Giordanengo. Hémorragie ovarienne et invagination de la saillie haustrale au cæcum (18). — F. Maddaloni. Le volvulus du mégasigmoïde (19). — M. Mairano. L'insuffisance veineuse chronique profonde du membre inférieur (20). — A. Marini. Hypoplasie et agénésie rénale (21). — T. Oliaro. Marc Aurèle Severino le recréateur de la chirurgie italienne (22). — F. Placeo et D. Tassi. Considérations cliniques sur 62 observations de lipomes arborescents post-traumatiques du genou en tant qu'entité pathologique associée à des lésions méniscales (23). — G. Psacharopulo. La thérapeutique chirurgicale du cancer du rectum selon l'expérience de la clinique chirurgicale de Turin (24). — A. Re. La méthode d'Uffreduzzi d'imbrication de l'aponévrose de l'oblique externe dans la cure chirurgicale de la hernie inguinale (25). — — F. Stoppani. Investigation radiologique de l' « abdomen aigu » (26). — S. Teneff. Traitement des blessures thoraco-abdominales dues à des armes à feu (27). — A. Turco. Phytobézoard gastrique (28). — E. Zilocchi. Thérapie du cryptorchidisme (29).

N° 8, 30 Avril. — A. Rossi. Fractures pathologiques (30). — M. Massa, G. Boselli et U. Bucci. Contribution clinique et expérimentale à la connaissance de l'activité de l'entérogastrone en présence d'ulcère gastrique (31). — C. Brondi et S. Castorina. La circulation artérielle des surrénales chez le chien (32). — C. Stager. Revue synthétique sur le mécanisme pharmacodynamique de la thyroxine et du thiouracile sur la glande thyroïde (33). — V. Laugeri. Transplants et greffes du cœur (34). [12]

Giornale Italiano di Chirurgia (Naples), vol. 9, n° 3, Mars 1953. — P. Bruni et B. Piccoli. Les fistules urétéro-urétérines (1). — R. Nicolo. Le pancréas accessoire (2). — F. Claudio. Diagnostic à l'aide des ultra-sons (3). — A. Riberi et F. Scrosoppi. Une nouvelle technique de thoracoplastie selon Holst (4). — A. Agnina et G. Marinucci. Hyaluronidases et anesthésie tronculaire (5). — A. Giardiello. La rupture de la rate (6). [13]

Chirurgia (Milan), vol. 8, fasc. 1, 1953. — L. Gallone et W. Galluzzi. L'ulcère peptique terebrant (1). — A. Chiatellino et A. Settimi. Sur les diverticules de l'œsophage thoracique (2). — L. Gallone, G. Radici et C. Riquier. Des greffes homoplastiques de peau (3). — A. Chiatellino et F. Falcone. Sur le bilan hydro-salin de la période post-opératoire (4). — L. Bozza et Beduschi. Anesthésie potentialisée; anesthésie générale sans anesthésiques; hibernation artificielle (5). — [*Sociétés*]. Antonini et Medetti. Résultats éloignés du traitement de la cryptorchidie (6). — L. Manzocchi. Les fistules broncho-digestives acquises (7). [14]

Polski Przeglad Chirurgiczny (Krekov), t. 25, n° 5, Mai 1953. — W. Bross et S. Koczorowski. Résultats éloignés de l'opération de l'hypertension essentielle (1). — T. Gonta. Fistule artério-veineuse traumatique (2). — J. Dryjski. Sur les entérolithes (3). — W. Staszewski. Le taux de mortalité de l'appendicite (4). — P. Petropoulos. La valeur de l'opération de Ekehorn et de la modification apportée par l'auteur dans le prolapsus rectal de l'enfant (5). — J. Szule. La plastie du ligament croisé (6). — St. Laskownicki. Technique nouvelle de la diverticulectomie (7). — J. Kubiak. Application d'une prothèse de plume d'oiseau dans le cas de cicatrice de la voie biliaire (8). [15]

Rozhledy V Chirurgii (Prague), vol. 32, fasc. 5, 1953. — K. Carsky. Sur l'œsophagoplastie antéthoracique (1). — K. Typovsky. Nos expériences du réseau de Silon dans le traitement des hernies et des lacunes de la paroi abdominale (2). — St. Kukura. Nos vues sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux saignants et perforés (3). — M. Trefny. Fractures [16]

graves du bassin avec rupture de la symphyse (4). — **E. Sanda.** Prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum et polypose du bulbe (5). — **Ed. Hradec** et **J. Lhotka.** Greffes vasculaires (6).

[16]

[17] **Siruji** (Istanbul), vol. 6, n° 1, 1953. — **R. Ergüder** et **M. N. Ayral.** Ulcères anastomotiques après opérations gastriques; traitements et méthode de notre clinique (1). — **Nihad Dorken.** Sur la chirurgie de la glande surrénale (2). — **H. Gürkan.** 1 cas d'otorragie (3). — **F. Sevket Evrensel** Conceptions chirurgicales au cours du demi-siècle dernier (4). — **R. Ergüder.** Kystes et tumeurs rétro-péritonéaux; 3 cas (5). — **H. Dilek** et **Vedad Oge.** Ligature de l'artère carotide commune (6). — **Oztürk** et **R. Broca.** Hibernation (7).

[18] **The American Journal of Surgery,** vol. 85, n° 6, Juin 1953. — **E. V. Johnston** et **J. S. Lundy.** Utilisation du dextran (macrodex) dans les brûlures. Vue générale sur la physiologie du dextran (1). — **E. V. Johnston, J. S. Lundy, W. A. Bennett** et **J. M. Janes.** Évaluation clinique de 8 cas (2). — **D. E. Ross.** Implications médico-légales de la paralysie du nerf récurrent du larynx (3). — **E. E. Rockey.** Conduite à tenir dans les cas de blessures thoraco-abdominales à l'échelon d'un hôpital militaire chirurgical mobile en Corée (4). — **J. L. Farringer Jr** et **D. Carr.** Plaies pénétrantes thoraciques; 251 cas (5). — **F. K. Kämmerling.** Reflux de bile et de substances de contraste dans les canaux pancréatiques (6). — **C. P. Schlicke.** Opérations secondaires sur le tractus biliaire (7). — **C. F. Orofino** et **A. H. Stein Jr.** Traitement opératoire des déchirures récentes et complètes des ligaments coraco-claviculaires (8). — **Z. B. Friedenberg.** Protrusion acétabulaire (9). — **I. Zadek** et **H. G. Cohen.** Kyste épidermoïde de la phalangette d'un doigt. Littérature (10). — **R. J. Schweitzer** et **M. P. Osborne.** Fistule gastro-colique compliquant un carcinome. 1 cas consécutif à un carcinome du côlon; résection réussie (11). — **H. M. Unger.** Diverticulite solitaire du cæcum (12). — **W. A. Swanker** et **D. McCullagh Mayer.** Rhytidoplastie (13). — **S. I. Guest** et **W. Hildebrand Jr.** Utilisation d'un ballon endo-trachéal gonflable dans le traitement des fistules œsophago-trachéales ainsi que dans la trachéotomie courante (14). — **A. M. Arkin** et **R. S. Siffert.** Utilisation du fil métallique dans les ténoplasties et ténorraphies (15). — **H. R. Browne** et **D. J. Locke.** Récipient pour recueillir la bile après opérations portant sur le tractus biliaire (16). — **S. Hirsch.** Un nouvel intubateur en « T » pour la voie biliaire commune (17). — **A. Brunschwig.** Transformation du côlon rectal en une vessie fonctionnant normalement (18). — **H. Milch.** Dégénérescence en foyer du tendon rotulien (19). — **Fr. R. Rook.** Ostéochondrome intra-articulaire de l'astragale (20). — **W. C. von der Lieth** et **Ch. W. Lester.** Goitre médiastinal postérieur. Abord thoraco-cervical pour l'excision (21).

[19] **Annals of Surgery** (Philadelphie), vol. 137, n° 5, Mai 1953. — **M. Gage.** Un phénomène thrombo-embolique. Processus local avec extension régionale et complication systémique (1). — **M. M. Ravitsch.** Dédoublement de l'intestin terminal; côlon et tractus génito-urinaire doubles (2). — **E. G. Grantham.** Lobotomie sélective dans le traitement des algies rebelles (3). — **E. C. Strode** et **Ch. A. Vance.** Hernie diaphragmatique droite secondaire à un trauma (4). — **G. V. Brindley.** Carcinome bronchogénique simulant une affection pulmonaire bénigne (5). — **C. A. Moyer.** Bases d'une thérapie des brûlures (6). — **E. S. Stafford** et **G. E. Ward.** Traitement du fibrosarcome (7). — **A. W. Hartmann, L. B. Reppert** et **R. L. Smith.** Tumeur surrénale et syndrome de Cushing (8). — **J. B. Brown. M. P. Fryer** et **F. McDowell.** Hémangiomes (9). — **J. V. Meigs.** Carcinome du col. Expérience de traitement chirurgical (10). — **J. M. T. Finney Jr.** et **D. H. Stone.** Erreurs radiologiques dans le diagnostic des lésions du côlon (11). — **J. J. Morton** et **H. H. Morton.** Le cancer chronique (12). — **C. Marshall Lee Jr** et **L. P. Alt.** Hémipelvectomie et désarticulation de la hanche pour tumeurs malignes du bassin et de l'extrémité inférieure (13). — **W. H. Cole, W. J. Grove** et **M. M. Montgomery.** A. C. T. H. et cortisone en chirurgie (14). — **H. E. Stephenson Jr, L. Corsan Reid** et **J. W. Hinton.** Dénominateur commun pour 1 200 cas d'arrêt cardiaque (15). — **R. A. Daniel Jr** et **H. W. Scott.** Sténose de l'aorte : un problème chirurgical (16). — **A. H. Blakemore.** Occlusion constrictive progressive de l'aorte avec cerclage métallique et coagulation électro-thermique dans le traitement des anévrysmes artério-scléreux de l'aorte abdominale (17). — **A. Webb.** Considérations techniques sur le traitement opératoire des veines variqueuses (18).

[20] **Archives of Surgery** (Chicago), vol. 66, n° 4, Avril 1953. — **K. W. Starr.** Problèmes concernant le pancréas et l'obstruction après la cholédocotomie (1). — **H. Glenn Bell.** Mélanosarcome (2). — **Ch. W. Mayo** et **J. O. Fergeson.** Certaines affections sont-elles associées à des groupes sanguins ou Rh spécifiques ? (3). — **R. J. Patton.** Chirurgie dans la diverticulite du côlon (4). — **W. Walters** et **A. H. Kelly.** Chirurgie de la sténose des canaux biliaires commun et hépatique (5). — **S. B. Childs** et **A. E. Prevedel.** Exploration de la voie biliaire commune (6). — **H. E. Snyder, C. D. Snyder** et **L. D. Bunch.** Détermination de la fonction hépatique par l'activité cholinestérasique du sérum. Études sur des sujets attendant une intervention chirurgicale portant sur les voies biliaires (7). — **D. W. Robinson.** Traitement des complications des verrues plantaires (8). — **W. B. Hutchinson.** Dissection intercostale et mastectomie radicale (9). — **E. L. Keyes, B. O. Hawk** et **Ch. S. Sherwin.** Fixation (par sutures) du lambeau axillaire dans les plaies de la mastectomie radicale (10). — **W. P. Ritchie** et **G. Haines.** Hémorragie intra-crânienne spontanée chez les enfants (11). — **E. J. Schmitz, L. R. Sauvage, E. A. Kanar** et **H. N. Harkins.** Plicature «, méthode de reduction du calibre des greffes veineuses (12). — **W. J. Potts.** Classification chirurgicale du canal artériel ouvert (13). — **J. H. Olwin, W. S. Dye** et **O. C. Julian.** Embolectomie artérielle périphérique tardive (14). — **W. F. Barker** et **J. A. Cannon.** La valeur de l'endartériectomie (15). — **H. M. Trusler, S. Glanz** et **Th. B. Bauer.** Réparation de la difformité due aux cicatrices des brûlés (16). — **R. K. Ghormley** et **I. M. Spear.** Anomalies du tendon tibial postérieur (17). — **M. E. Johnson.** Chirurgie du syndrome de Cushing (18). — **L. M. Kinman, D. Sauer, V. T. Houston** et **W. F. Melick.** Substitution à la vessie, du côlon, le recto-sigmoïde exclu (19). — **F. W. Taylor.** Pertes en électrolytes par aspiration gastrique post-opératoire par voie nasale (20). — **F. W. Preston** et **R. P. Parker.** Un agent anti-hépatrinique nouveau (Le « Polybrène ») (21). — **H. Laufman** et **H. D. Roach.** Trypsine intra-veineuse dans le traitement des phénomènes de thrombose (22). — **J. L. Bollman, M. Khat-**

tab, R. Thors et J. H. Grindlay. Altérations expérimentales du courant sanguin hépatique (23). [20]

N° 5, Mai. — B. Woodhall et J. Golden. Stimulation fibroblastique de la couche adventice artérielle du lapin à l'aide du vernis marin, du krylon et du latex (Recherche de laboratoire en relation avec la chirurgie de l'anévrysme artériel congénital (24). — N. Rosenberg, Ph. J. Kunderman, L. Vroman et S. E. Moolten. Prévention par la cortisone de la sténose œsophagienne expérimentale (25). — J. E. Healey Jr et P. C. Schroy. Anatomie des voies biliaires intra-hépatiques (26). — H. L. Hoffman, J. Jacobs et S. O. Fredlander. Emploi d'un inhibiteur cristallin de la trypsine à base de fèves de soja, dans la pancréatite hémorragique aiguë des chiens (27). — H. G. Drownie. Homotransplantation du cœur chez le chien (28). — H. D. Butcher. Opération abdomino-périnéale pour imperforation anale haute chez le nouveau-né (29). — W. R. Deaton Jr et H. N. Bradshaw. L'œdème du bras après mastectomie (30). — E. J. Jahnke Jr et J. M. Howard. Réparation primitive des grands traumatismes artériels (31). — Ch. E. McCroskey et C. A. Hardin. Libération tryptique de l'hémothorax coagulé (32). — A. C. Wyman. Radiodiagnostic de la rupture traumatique de l'aorte thoracique (33). — J. H. Cheek. Vue d'ensemble sur les opinions courantes concernant le cancer mammaire apparaissant pendant la grossesse (34). — P. Erwin, J. H. Strickler et C. O. Rice. Utilisation du tubage au poly-éthylène dans les thérapeutiques intra-veineuses chez les malades chirurgicaux (35). — P. A. Nelson, R. L. Schmitz et St. Perutsea. Position anormale de la vésicule biliaire dans le ligament falciforme (36). — W. C. Sealy et B. Webb. Cure chirurgicale de la défaillance cardiaque chez un enfant avec coarctation aortique (37). — H. Milch et R. A. Milch. Carcinome métastatique de l'endomètre dans la tubérosité de l'ischion (38). — B. B. Wetchler et A. W. van Sickle. Protrusion rare de la graisse pré-péritonéale dans le tissu sous-cutané (39). — C. R. Bowers. Adénome parathyroïdien avec symptomatologie neurologique (40). — G. E. Moore. Tube en « T » modifié pour l'intubation des voies biliaires communes non dilatées (41). — N. F. Richard. Pansement simplifié pour mains brûlées (42).

Surgery, Gynecology and Obstetrics (Chicago), vol. 96, n° 6, Juin 1953. — O. H. Beahrs, D. K. Duncan et L. A. Vadheim. Le traitement chirurgical d'urgence des ulcères gastriques et duodénaux perforés (1). — K. L. Moore, M. A. Graham et M. L. Barr. La détection du sexe chromosomique chez les hermaphrodites d'après une biopsie cutanée (2). — A. R. Kilgore, R. Fleming et M. Mario Ramos. La fréquence du cancer avec écoulement du mamelon et le risque du cancer en présence d'une affection papillaire du sein (3). — R. G. Mrazek, M. C. Godwin et J. Mohardt. Les tumeurs carcinoïdes; étude clinique et pathologique de 27 cas (4). — T. N. Cline, J. W. Cole et W. D. Holden. Démonstration d'une substance antidiurétique dans l'urine des opérés (5). — W. F. Becker. Occlusion aiguë du côlon; analyse de 205 cas (6). — H. Doubilet et J. H. Mulholland. Kystes pancréatiques; principes du traitement (7). — O. F. Grimes, E. B. Fenston et H. Gl. Bell. Sarcomes du sein (8). — D. Fisher. Fermeture primitive retardée des plaies de guerre en Corée (9). — J. P. Storaasli, F. J. Bonte, D. P. King et H. L. Friedell. L'emploi d'or colloïdal radio-actif dans le traitement des épanchements séreux d'origine néoplasique (10). — E. J. Beattie Jr, D. Adovasio, J. M. Keshishian et Brian Blades. La réfrigération en chirurgie expérimentale de l'aorte (11). — G. A. Hallenbeck, G. L. Jordan Jr et A. H. Kelly. L'effet de la pancréatite expérimentale sur la sécrétion pancréatique externe du chien (12). — D. R. Morton, K. P. Klassen, J. J. Jacoby et G. M. Curtis. L'effet de la stimulation du vague intra-thoracique sur le tracé électrocardiographique chez l'homme (13). — F. E. Stinchfield. Le traitement chirurgical de la hanche arthritique (14). — E. J. Tucker. La conservation de l'os vivant dans le plasma (15). [21]

The Journal of the International College of Surgeons (Chicago), vol. 19, n° 5, Mai 1953. — H. Henninger. Dialyse péritonéale comme moyen de désintoxication dans l'urémie et dans d'autres états toxiques (1). — A. Thevenard, L. Leger et J. M. Marquès. Traitement de la myasthénie d'Erb-Goldflam par énervation du sinus carotidien. (2) — J. F. Brailsford. Protrusion acétabulaire bilatérale : une difformité progressive débutant à l'enfance (3). — F. M. Woods. Maladies kystiques du poumon (4). — B. S. Abeshouse et M. E. Rubin. Étude phlébographique du système veineux pelvien par injection de la veine dorsale profonde pénienne du malade vivant (5). — L. C. Massopust Jr, A. F. Sommers, J. T. Willson et A. R. Buchanan. Fréquence de la gangrène de la queue chez les rats en traitement thyroxine consécutivement à l'administration des alcaloïdes naturels et hydrogénés de l'ergot de seigle (6). — J. M. Ovens. La dissection radicale dans la continuité pour tumeur maligne de la tête et du cou (7). — R. Charles et B. Rowlands. Syndromes après gastrectomie. Leurs relations avec la technique (8). — H. Altman. Fixation métallique pour fracture pathologique ou fracture imminente des os longs (9). — N. Behrend. Traitement de la cholécystite aiguë (10). — G. H. Ewell et J. J. Mueller. Prostatectomie supra-pubienne en un temps avec fermeture primitive (11). — Th. L. Montgomery et P. A. Bowers. Conduite à tenir devant le col utérin chroniquement malade (12). — H. Berman et F. S. Mainella. Opération en un temps pour fistule gastro-jéjuno-colique (13). — J. J. Rainey. Épistaxis (14). [22]

The Military Surgeon (Washington), vol. 112, n° 6, Juin 1953. — R. B. Brown. Chirurgie thoracique pendant la campagne coréenne (1). — R. L. Harding. Conduite à tenir précoce dans les traumatismes faciaux (2). [23]

Surgery (Saint-Louis), vol. 33, n° 3, Mars 1953. — P. Teng et F. L. Meleney. Le traitement de la suppuration intra-crânienne et crânienne, en particulier par l'emploi local et systémique de la bacitracine (1). — F. Glauser. Études sur la circulation artérielle intra-hépatique (2). — F. L. Raffucci. Les effets de l'occlusion temporaire de la circulation hépatique afférente chez les chiens (3). — D. J. Ferguson. La phase antrale de la sécrétion gastrique avant et après la vagotomie. Expériences sur la poche gastrique chez le chien (4). — J. H. Saint et L. E. Braslow. Ablation du processus xyphoïdien comme adjuvant dans les opérations de l'abdomen supérieur (5). — F. Schweinburg, St. Jacob, L. Persky et J. Fine. Études nouvelles sur le rôle des bactéries dans la mort par pancréatite aiguë chez les chiens (6). — S. A. Wesolowski, J. H. Fisher et C. Stuart Welch. Perfusion de la circulation pulmonaire par un courant non pulsatile (7). — W. Lawrence Jr, J. J. Nickson et L. M. Warshaw. [24]

[24] Rayons Röntgen et cicatrisation de la plaie (8). — **H. Characha.** Les tumeurs métastatiques du sein (9). — **H. A. Kazmann** et **L. A. Barnett.** Grossesses intra-utérine et ectopique simultanées rompues (10). — **Dean Macdonald.** Le pyloroduodénum et résection gastrique (11). — **W. H. Muller Jr, F. C. Spencer** et **A. E. Lewis.** L'effet de la cortisone sur la cicatrisation des plaies dans le système cardio-vasculaire (12). — **R. W. Brown, J. D. Carlisle** et **Cl. W. Monroe.** Gangrène synergistique bactérienne progressive (13). — **H. Harper Kerr, H. Sloan** et **Ch. E. O'Brien.** Rupture de l'œsophage par air comprimé (14). — **G. J. Magovern, M. N. Friedman** et **H. R. Freund.** La coexistence de l'ulcère duodénal et du cancer gastrique (15). — **W. C. McGarity** et **J. T. Akin Jr.** L'excision du diaphragme congénital du jéjunum; observation d'un cas avec succès (16). — **J. Sarokhan** et **S. S. Quarrier.** Hépatectomie partielle pour cancer métastatique du foie (17). — **D. H. Clark** et **W. R. Mathews.** Présence simultanée d'une neurofibromatose de Recklinghausen et d'une ostéite fibreuse kystique (18). — **B. Halpert.** Cholécystite chronique avec cholécystite aiguë superposée (19). — **L. J. Hay.** Polypes et adénomes de l'estomac (20). — **J. D. Mac Callum** et **D. J. Adams.** Hamilton Fr. R. (21).

N° 4, Avril. — **J. E. Lewis** et **A. Hurwitz.** Le traitement chirurgical de la diverticulite sigmoïdienne (22). — **H. E. Bacon** et **C. Colin Jackson.** Métastases viscérales du cancer du côlon distal et du rectum (23). — **R. O. Gragg.** Revue de l'occlusion intestinale (24). — **J. W. Devine** et **J. W. Dewine Jr.** L'intubation duodénale (24). — **M. Sims** et **Burnett Schaff.** Le tube de Miller-Abbott obstrué (25). — **W. J. Potts, H. Albert** et **H. W. Fischer.** Greffes aortiques autogènes formées d'une artère plus étroite (26). — **D. W. Smith, J. Elliot** et **J. J. Griffitts.** Thérapeutique transfusionnelle spécifique (27). — **H. C. Johnson.** Études de la pression intra-carotidienne cervicale; son importance dans le traitement des anévrysmes intra-crâniens (28). — **S. L. Perzik.** L'incision transversale pour les diverticules de pulsion pharyngiens (29). — **J. W. Nuzum.** L'effet de l'hyaluronidase dans l'exophtalmos expérimental (30). — **E. R. Maurer.** Hémangiome caverneux du médiastin (31). — **Ch. K. Kirby** et **J. Johnson.** Anévrysme de l'artère innominée traité par résection et anastomose bout-à-bout (32). — **L. L. Haynes, L. E. Shirley** et **W. I. Hume Jr.** Tumeurs carcinoïdes du rectum (33). — **L. F. Peltier.** L'impulsion de la découverte de Röntgen donnée au traitement des fractures (34). — **L. R. Sauvage** et **H. N. Harkins.** Greffes vasculaires expérimentales. La valeur des types, des moyens de préservation et des méthodes de suture chez le porc en état de croissance (35).

N° 5, Mai. — **A. M. Dogliotti** et **G. Guglielmini.** Nouveaux instruments pour chirurgie cardiaque (36). — **E. Conserve Pierce.** Tubes de tissu autologues pour greffes aortiques chez le chien (37). — **Th. G. Barnes** et **G. H. Yeager.** Anévrysme de l'aorte abdominale; résection avec préservation de la lumière (38). — **J. A. Witter** et **M. First.** Ligature des artères hépatique et splénique pour cirrhose périportale avancée (39). — **L. M. Rousselot, J. F. Connell Jr** et **W. P. Whalen.** La méthode de l'exposition dans le traitement des brûlures graves du second et du troisième degrés (40). — **J. Storer** et **Kazdan.** Les relations du pancréas et de la coagulation du sang (41). — **S. F. Redo.** Complications médullaires de la ponction lombaire (42 . — **V. C. Waite.** Extension de la zone de résection pour carcinome du rectum et du sigmoïde (43). — **J. N. Attie, A. Catania** et **Ch. B. Ripstein.** Prothèse faite d'un filet d'acier inoxydable pour le replacement immédiat de l'hémimandibule (44). — **J. M. Beal, Smith** et **P. M. Frost** et **J. Felts.** Étude sur l'utilisation du fructose en administration intra-veineuse chez l'homme (45). — **J. Adriani** et **M. Kerr.** Expériences cliniques de l'emploi du N. Allynor-morphine (Nalline) comme antagoniste de la morphine et autres narcotiques chez les malades chirurgicaux (46). — **L. M. Rapoport** et **A. L. Morgan.** Tumeurs adénomatoïdes de l'épididyme (47). — **R. B. Perkins** et **E. E. Pautler Jr.** Tératomes du cou provenant apparemment de la thyroïde (48). — **E. E. Clifton** et **H. N. Blansfield.** Le traitement du cancer de l'œsophage par radiations et chirurgie (49). — **E. J. Beattle Jr, J. Nolan** et **J. S. Howe.** Paralysie consécutive à la correction chirurgicale de la coarctation de l'aorte (50). — **H. G. Moore.** Attaque chirurgicale répétée du cancer du côlon sigmoïde (51). — **I. Amarsing Chitambar.** Diverticules duodénaux (52). — **W. P. Mikkelsen, F. Rogers** et **E. N. Snyder.** Une technique opératoire plus rapide plur l'œsophagectomie (53).

N° 6, Juin. — **J. J. Cranlay, Leiseca, Buchanan** et **Menendez, Todd** et **Linton.** La prédiction de l'effet de la sympathectomie lombaire sur la température cutanée du membre inférieur dans les cas de maladie artérielle oblitérante (54). — **N. H. Isaacson** et **J. Bl. Harrell.** Le rôle de la sympathectomie dans le traitement de la gelure (55). — **J. R. Thistlethwaite, Th. G. Edison, Ch. Gruenwald** et **I. Harrison.** Expériences de l'analgésie péridurale pour blocage sympathique (56). — **R. J. Barberio, J. W. Pate, Sawyer** et **Hufnagel.** Quelques effets de la cortisone sur les greffes aortiques (57). — **J. A. Helmsworth, Clark Jr.** et **R. T. Sherman** et **Th. Larger.** Une méthode pour le drainage complet des veines caves supérieure et inférieure dans les circuits extra-corporéaux (58). — **E. C. Meadows** et **Prudden.** Sur l'influence des stéroïdes surrénaux sur la résistance des plaies cicatrisantes (59). — **R. M. Miles** et **Young.** Sur la recanalisation de la veine-cave (60). — **A. R. Henderson** et **Law.** La chirurgie de l'insuffisance mitrale (61). — **T. W. Wagenknecht, Noble** et **Baronofsky.** La nature de l'hémorragie des varices œsophagiennes (62). — **Porter, Movius** et **French.** Influences hypothalamiques sur la sécrétion de l'acide chlorhydrique gastrique (63). — **A. M. Vaughn** et **W. B. Hobbins.** Fistule spontanée de la paroi abdominale avec pancréatite chronique, abcès et calculs (64). — **Woodhall.** La chirurgie radicale de l'aine; la cicatrisation post-opératoire (65). — **Popper** et **Necheles.** Prévention de la nécrose graisseuse pancréatique par des inhibiteurs des enzymes (66). — **G. Gordon Crowe.** L'opération de la mèche du muscle grand droit dans les ascites (67). — **D. Brezin** et **R. A. Mayer.** Un cas d'agénésie de la paroi abdominale antérieure avec réparation (68). — **Ph. G. McLellan, R. Tennant** et **Sarokhan.** Adénocarcinome kystique du sein (69). — **T. Buchanan, A. M. Smith** et **M. Alrich.** Tumeurs carcinoïdes du rectum (70). — **R. C. Britton** et **D. V. Habif.** Usages cliniques de l'hyaluronidase (71).

25 **Revista Brasileira de Cirurgia** (Rio de Janeiro), n° 6, Décembre 1952. **G. D. Velloso.** Traitement des fractures (1). — **M. Gonzalez Ulloa.** Traitement des grandes brûlures (2). — **A. Bonilla Naar.** Cholangio-jéjunostomie intra-hépatique avec hépatectomie (technique de Longmire-Sandford modifiée; 2 cas) (3). — **E. da Rocha Jr, I. Malogolovkin** et **E. Marquès Tinoco.** Hémorragie mortelle par suite de l'incoagulabilité du sang, en chirurgie thoracique (syndrome d'afibrinogénémie par fibrinolyse) (4). — **H. Ferraz Carrapatoso.** Carcinome

du rectum et du recto-sigmoïde (bases du traitement chirurgical) (5). — Cl. do Prado Valladarès. Dissémination lymphatique des cancers par l'épiploon. Note préliminaire (6). — A. Patury e Souza. Hypotension provoquée en chirurgie générale (7). [25]

Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario, t. 19, an. 1952, n° 7-8. — O. R. Marottoli. Arthrite déformante juvénile de la hanche, séquelle d'une ancienne ostéochondrite déformante (1). — J. Sgrosso et Gismondi. Myéloplaxome de l'extrémité supérieure de l'humérus; résection; prothèse acrylique (2). — J. Acebal et J. Boretti. Cancer de l'œsophage sus-aortique; résection; et anastomose cervicale œsophago-gastrique un un temps (3). — F. Noguerol. Rupture traumatique d'un rein hydronéphrotique (4). — G. R. Rosselli. Envahissement secondaire de l'intestin grêle par un carcinome à distance (5). — A. Cesanelli. Lipome intra-thoracique (6). — A. G. Albertengo. Bec-de-lièvre; technique de Hagedorn-Le Mesurier (7). — J. S. Dotta et T. Delporte. Choix de la voie d'abord pour les grosses tumeurs du rein; la voie transthoracique (8). — C. Sylvestre Begnis. Chordome cervical (9). — O. R. Marottoli et A. G. Albertengo. L'emploi des greffes cutanées dans le traitement des ostéomyélites chroniques (10). — Slullitel. Chordome cervical (11). — Slullitel. Greffes cutanées dans les ostéomyélites chroniques (12). — I. Slullitel. Difficultés diagnostiques dans les tumeurs osseuses secondaires (13). — I. Rosenberg. Les hémorroïdes; opération de Whitehead (14). — D. L. Gorni. Maladie de Hodgkin avec ulcère gastrique hémorragique comme lésion primitive (15). — J. Benzadon. Lymphosarcome multiple de l'intestin grêle (16). [26]

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

Archives Françaises de Pédiatrie (Paris), t. 10, n° 6, 1953. — Chorémis, Constantinidès, Kyriakidès, Yannakos et Johannidès. Quatre cas de polydystrophie de Hurler (1). — A. Verger, Mlle Couteau et Péry. Aplasie de la musculature abdominale et malformations urinaires (2). — [*Société*]. H. L. Rocher et Marchand. Sténose pylorique du nourrisson; réapparition du syndrome occlusif après pylorotomie; section longitudinale du sphincter; guérison (3). — [*Bordeaux*]. Verger, de Chorivit et Vérin. Hypertension artérielle maligne et hypoplasie rénale unilatérale chez une enfant de 9 ans; résultats favorables de la néphrectomie (4). — Naud, Berthon, Grassin et Monnet. Ascaridiose; accidents toxiques et perforation intestinale (5). [27]

Pédiatrie (Lyon), an. 42, n° 3, 1953. — [*Sociétés*]. J. Creyssel, P. Guinet et R. Creyssel. Un cas de puberté précoce par chorio-épithéliome de l'ovaire (1). [28]

Acta Orthopedica Belgica (Bruxelles), vol. 19, fasc. 3, Mai 1953. — R. Merle d'Aubigné. Résultats fonctionnels de l'arthroplastie de la hanche (1). — P. Marique. Notes sur les prothèses de hanche (2). — A. Walch. Présentation d'une spondylose rhizomélique ayant subi une arthroplastie de la hanche droite avec interposition d'une tête acrylique et d'une cupule métallique (3). — A. de Wulf. Atrophie osseuse de Südeck et tuberculose (4). — A. de Wulf. Un cas de maladie de Putti traité par l'appareil de Denis Browne (5). — A. de Wulf. Considérations à propos des paralysies post-traumatiques et post-opératoires du nerf radial. Rectifications (6). [29]

Acta Pediatrica Espanola (Madrid), an. 11, n° 125, Mai 1953. — E. Garcia-Ortiz et F. Jaca Crende. Notre expérience clinique et chirurgicale de la persistance du canal artériel (1). [30]

Archives of Diseases in Childhood (Londres), vol. 28, n° 139, Juin 1953. — J. N. Briggs, J. L. Emery et Illingworth. Épiphyses granuleuses congénitales (stippled epiphyses) (1). — D. M. Douglas et A. E. Claireaux. La maladie de Hodgkin dans l'enfance (2). [31]

La Chirurgia degli Organi di Movimento (Bologne), vol. 38, fasc. 4, 1953. — L. Giuntini et M. Franchi. Un cas rare de tumeur ostéolytique à cellules géantes du col fémoral (1). — A. Nurra. Traitement de fractures-luxations de l'épaule (2). — A. dal Monte. Néoplasme dans les processus ostéomyélitiques (3). — G. Brunelli. Sésamoïdes sous-épitrochléens (4). — E. Pirastu. Réactions périostales métaphysaires signes initiaux de la gonilite (5). — L. Cavicchi. Fracture du petit trochanter (6). — A. Ballerio. Un cas rare de luxation tarso-métatarsienne isolée (7). — G. A. Gentili. Un appareil pour guérir la luxation du fémur, mis au point par G. M. L. Donduzzi de Bologne (1671-1744) (8). [32]

Archivio di Ortopedia (Milan), vol. 66, n° 3, Avril-Mai 1953. — C. Corradi et L. Parrini. Dysplasie fibreuse localisée des os, maladie de Jaffe et Lichtenstein (1). — P. Franco Peregalli. Traitement de la maladie de Dupuytren; 30 cas opérés (2). — A. Bianchi Maiocchi. L'hyperalgésie farado-cutanée, épreuve de Néri dans la lombosciatalgie de la hernie discale. Valeur pronostique et diagnostique (3). — M. Fiume. Aplasie et hypoplasie congénitale héréditaire des articulations inter-phalangiennes de la main (4). — A. Poli. Métatarsien pour métacarpien (5). — A. Dezza. Contribution à l'étude de la luxation de Lisfranc (6). — E. Zerbi. Ostéosynthèse avec fil métallique (7). — A. Poli. Pseudarthrose du col du fémur dans l'ankylose de la hanche (8). [33]

Minerva Ortopedica (Turin), an. 4, n° 5, Mai 1953. — M. Barbieri. L'emploi du curare en orthopédie (1). — E. Agrifolio. Une nouvelle technique d'ostéosynthèse (2). — S. Mantia. Traitement de la gonilite; la ligne d'incision; la double arthrodèse interne avec implants rotuliens. La résection du genou à coin fémoral externe de Calandra (3). — B. Trucco. Dysmorphisme acétabulaire au cours d'arthropathies de la hanche; coxa-excavata, coxa-protrusa (4). [34]

[35] **Annales Pædiatrici** (Bâle), vol. 180, n° 6, Juin 1953. — **W. Ehrengut** et **Lorz.** Le syndrome de Cushing; pathogénèse et traitement par l'acétate de désoxycorticostérone (1).

[36] **American Journal of Diseases of Children** (Chicago), vol. 85, n° 5, Mai 1953. — **H. K. Silver** et **Ch. H. Kempe.** Agénésie ovarienne (1). — **J. Erbes** et **J. S. Stehlin Jr.** Lymphosarcome du cæcum cause d'invagination chez un garçon de 9 ans (2). — **W. M. Block.** Ulcère gastrique chronique dans l'enfance (3).

[37] **The Journal of Pediatrics** (Saint-Louis), vol. 42, n° 6, Juin 1953. — **H. Lévy** et **B. Zweifler.** Le bromure de banthine dans le spasme pylorique des enfants (1). — **V. C. Kelly, W. S. Wilkins** et **R. B. Scott.** Le syndrome de l'artère coronaire gauche atypique (2).

[38] **Archivos de Pediatria del Uruguay** (Montevideo), an. 24, n° 5, Mai 1953. — **M. A. Jaureguy.** Le cancer chez les enfants en Uruguay (1).

Gynécologie.

[39] **Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique** (Paris), an. 48, n° 3-1, Mars-Avril 1953. — **J. P. Dubecq.** Traitement abortif des mastites puerpérales (1). — **P. Burger.** Iléus du uniquement au fait de la grossesse (2).

[40] **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (Stuttgart), an. 13, fasc. 6, Juin 1953. — **G. L. Wied.** Recherches cytologiques dans l'adénocarcinome du corps utérin (1). — **E. Kehrer.** Sur le ligament dit recto-vésical (2). — **Haselhorst.** L'entérocèle vaginalis sacralis (3). — **K. Koppen.** Les altérations kystiques de l'ovaire (4). — **W. H. Thiele.** La dégénérescence du disque intervertébral lombo-sacré et la luxation dorsale de la vertèbre lombaire V, comme cause de douleurs lombo-sacrées chez la femme (5). — **W. Eymach.** Expériences du blocage extra-dural à la symprocaïne pour la lutte contre la douleur du cancer génital avancé chez la femme (6).

[41] **Cirugia Ginecologia y Urologia** (Madrid), vol. 5, n° 2, Février 1953. — **A. de la Fuente Chaos, F. Enriquez de Salamanca, J. M. Lopez-Porrua** et **J. Tamarit Torres.** Des ulcères gastro-duodénaux en chirurgie (1). — **A. Duenas Barrios** et **M. Mari Martinez.** Fistule congénitale latérale du cou (2). — **T. Rodriguez de Mata.** L'arthroplastie de la hanche (3). — **A. de la Pena** et **J. L. de la Mano.** Cystostomie transuréthrale (4). — **J. L. de la Mano** et **R. Atenza.** Adénocarcinome rénal à cellules granuleuses (5).

N° 3, Mars. — **A. de la Fuente Chaos, F. Enriquez de Salamanca Jr, J. M. Lopez Porrua** et **J. Tamarit Torres.** Étude du porteur d'ulcère gastro-duodénal en chirurgie (6). — **T. Rodriguez de Mata.** L'arthroplastie de la hanche (Conclusion) (7). — **G. Labra.** Réduction de la mortalité de l'appendicite aiguë (8). — **F. Gomar Guarner.** Substratum anatomo-pathologique du syndrome de Tietze (9). — **D. Tellez Lafuente.** Synostose tibio-péronière double avec greffe massive comme traitement des pertes de substance du tibia (10). — **M. Galbis.** Fonction ovarienne dans la curiethérapie des hémorragies utérines (11). — **A. Hidalgo** et **J. L. de la Mano.** Complications urologiques des fractures pelviennes (12).

[42] **La Clinica Ostetrica e Ginecologica** (Rome), vol. 55, n° 2, Avril 1953. — **V. Piccioni.** Le dosage du prégnandiol urinaire comme moyen diagnostique et pronostique en obstétrique et gynécologie (1). — **E. Crispolti.** La vitamine D 2 dans le traitement des méno-métrorragies juvéniles et de la puberté (2). — **G. Chiota** et **G. d'Onofrio.** La circulation de retour des veines des membres inférieurs et des organes pelviens, après ligature uni- ou bilatérale de la veine iliaque interne au cours de l'opération de Wertheim (3).

[43] **Minerva Ginecologica** (Turin), an. 5, n° 6, 31 Mars 1953. — **A. Massano** et **S. Monticelli.** Importance du contrôle de l'éosinophilie dans l'évaluation de la réaction cortico-surrénalienne au cours des interventions gynécologiques (1). — **A. Lovotti.** Grossesse tubo-abdominale extra-choriale (2).

N° 7, 15 Avril. — **G. Ferraris.** Le bilan des stéroïdes urinaires d'origine hormonale dans la fibromyomatose utérine (3).

[44] **Ginekologia Polska** (Varsovie), t. 24, n° 1, Janvier-Mars 1953. — **Z. Bukala.** Épithélioma chorionique malin de l'utérus en tant que complication rare de la grossesse (1). — **J. Mazurek.** Streptomycine et pénicilline en chirurgie gynécologique des affections non tuberculeuses (2). — **M. Medynski.** Valeur des tests biologiques quantitatifs pour le pronostic des épithéliomas chorioniques (3). — **E. Howorka.** Évaluation quantitative des altérations de l'épithélium chorionique au cours de la grossesse, des avortements et des délivrances précoces (4). — **A. Lubelski.** La lutte contre le cancer des organes génitaux de la femme en U. R. S. S. (5). — **M. Serini-Bulska.** Guérison spontanée dans un cas d'adénome papillaire bénin de l'ovaire (6). — **J. Teter.** Gangrène au cours du travail (7).

N° 2, Avril-Juin. — **I. Gromadzki.** Amputation plastique de la portion vaginale du col utérin (8). — **J. Bieniarz.** Le rôle de l'attitude opératoire dans le traitement du cancer du col utérin (9). — **J. Bieniarz, W. Gromadzki** et **I. Roszkowtski.** Méthode nouvelle de l'excision large de l'utérus avec le bloc complet des tissus du petit bassin (10). — **N. Goldberg.** Amélioration de l'efficacité de l'aspiration du contenu de la cavité utérine et une méthode rendant plus commode la coloration des préparations cytoplasmiques (11). — **W. Gromadzki.** Technique nouvelle de l'ouverture de la trompe (12). — **E. Laudanska** et **J. Kieszkievicz.** Traitement des érosions cervicales par la coagulation (13). — **W. Rudowski.** Chirurgie de la douleur dans les cancers avancés (14). — **A. Abdanski.** Influence de la décapsulation rénale sur les altérations morphologiques du parenchyme au cours de l'hydronéphrose expérimentale fermée (15).

[45] **Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitania** (Porto), vol. 2, n° 6, 1952. — **A. Tavares.** Puberté précoce et gynécomastie par tumeur à cellules interstitielles du testicule (1). — **G. Vernet** et **E.** et **E. Caballeria.** Traitement chirurgical de l'incontinence d'urine chez la femme (2).

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (STOCKHOLM), vol. 32, suppl. — P. E. Hughesdon. L'arrhénoblastome ovarien (1). [46]

American Journal of Obstetrics and Gynecology (WASHINGTON), vol. 65, n° 6, Juin 1953. — A. M. Davids. Le radio-diagnostic en pathologie utérine (1). — J. McLean Morris. Le syndrome de féminisation testiculaire chez les pseudo-hermaphrodites masculins (2). — J. Klein. Carcinosarcome de l'endomètre (3). — B. C. Hopman. Valeur des techniques différentielles de coloration en cytologie cancéreuse (4). — R. L. Alznauer. Carcinome à cellules squameuses au cours d'un tératome bénin de l'ovaire. 3 nouvelles observations et littérature (5). — R. E. Scully. Hypercœstrinisme des femmes âgées (6). — Gall Gar Lyai Li. L'hypopotassémie dans les services de gynécologie (7). — R. M. Ruch. Tumeurs dysontogénétiques du tractus génital inférieur chez la femme (8). — B. Leff. Vue d'ensemble sur 37 ans de grossesse ectopique (9). — C. E. Folsome et C. D. Kuntze. Grossesse après grande chirurgie thoracique (10). — L. Zweibel. Endométriose primaire du col (11). [47]

Revista de Obstetricia y Ginecologia (CARACAS), an. 13, n° 1, 1953. — H. Parédès. Cancer de l'utérus (1). — B. Guzmán Blanco. Classification et diagnostic du cancer du col (2). — M. Gyorsi et C. Garcia Villasmil. Traitement par irradiation du cancer du col (3). — A. Calvo-Lairet. Contribution à l'étude du cancer de l'utérus en clientèle (4). — S. Nuñez Mier y Terais, D. Perozo Solveira et A. Calvo Lairet. Considérations sur le cancer utérin en milieu hospitalier (5). — J. Ramos Dajer. Expériences à l'Institut de Radiologie et d'Oncologie de l'État de Carabobo (6). — A. Erminy. Clinique et diagnostic du cancer du corps utérin (7). — F. Petersen, H. Rivero et E. Garriga. Indications et complications de l'opération de Wertheim (8). — R. Castillo. La neuro-chirurgie et son rôle dans le cancer de l'utérus (9). — A. Dominguez Sallegos. Chirurgie en gynécologie (10). — L. Lopez et G. Will. Fibrome utérin et utérus double séparés avec annexes simples (11). — L. Lopez. Hystérectomie totale et subtotale (12). [48]

Appareil génito-urinaire.

Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale (PARIS), t. 59, n° 3-4, 1953. — R. Couvelaire. Sur une statistique personnelle de 136 fistules vésico-vaginales (1). — J. Cibert et Latreille. Néphrocalcinose (2). — J. Mombaerts. Sur 1 cas de cystopathie folliculaire (3). — E. Blum et L. Fruhling. Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant (4). — J. Conradt. La voie d'abord thoraco-abdominale dans la néphrectomie pour cancer du rein (5). — J. Foret. Le greffon intestinal en urologie (6). [49]

Archivos Espanoles de Urologia (MADRID), t. 9, n° 1, 1953. — V. Anllo Vázquez. Coudure urétérale congénitale (1). — E. Peral Aranda. Un cas d'agénésie sacro-coccygienne subtotale (2). — Amselem. Urétérocèle et avortement à répétition (3). — T. Pasaral Regias. Prostatocystectomie pour épithélioma vésical suivi de reproduction tumorale au niveau de la paroi abdominale (4). — A. Pérez Coutiño. Pyonéphrose congénitale géante (5). — Junquera Villa. Traumatismes du rein. A propos de 1 cas de rupture du rein porteur d'une anomalie congénitale (6). — P. A. Martinez Rodo. Difficultés diagnostiques pour anomalie rétro-urétérale (7). — H. Boeminghaus. Traitement du cancer vésical (8). [50]

British Journal of Urology (LONDRES), vol. 25, n° 2, Juin 1953. — J. Cibert. Néphrectomie partielle dans la tuberculose rénale (1). — J. Cibert. Iléo-cystoplastie pour vessie tuberculeuse contractée. 1 cas clinique (2). — J. M. Sheach. Tumeur de Wilms bilatérale. 1 cas. Littérature (3). — J. Bruce et G. H. D. McNaught. Léiomyosarcome rénal (4). — R. M. Laird. Léiomyome de l'épididyme (5). — A. Jacobs et T. Symington. Lymphosarcome vésical primitif (6). — R. H. O. B. Robinson. Fistule vésico-intestinale avec référence spéciale à la maladie de Crohn (7). — H. Le Brun et I. E. W. Gilmour. Hypokaliémie et actinomycose rénale après urétéro-cæcostomie. Une observation (8). — J. H. Johnston. Rétrécissement post-méatique de l'urèthre après prostatectomie (9). — T. L. Chapman. Le nécessaire pour des démonstrations et pour la pratique de la « Punch » résection de la prostate (10). — F. S. Milward. Calculs flottants (11). [51]

Archivio Italiano di Urologia (BOLOGNE), vol. 26, fasc. 2, 1953. — G. Piccolo et G. Longo. Contrôle histologique de l'action de la plesio-radiothérapie dans 1 cas de tumeur de la vessie (1). — G. Dell'Adami et C. Meneghini. Le pneumo-abdomen extra-péritonéal dans le diagnostic des tumeurs rénales (2). — L. Ballerio et P. Fabris. L'histothérapie dans le processus de guérison des plaies post-opératoires en urologie (3). [52]

The Journal of Urology (BALTIMORE), vol. 69, n° 6, Juin 1953. — G. H. Jones, C. A. Melendy et W. F. Flynn. Fistule néphro-duodénale spontanée (1). — E. W. White, L. Braunstein et F. Oslay. Léiomyosarcome de la couche adipeuse rétro-péritonéale (2). — E. O. Bradfield. Occlusion urétérale bilatérale (3). — P. W. Aschner. Traumatisme urétéro-vésical accidentel (4). — F. H. Colby. Carcinome prostatique; résultats de la prostatectomie totale (5). — S. W. Mulholland, H. M. Madonna et D. A. Cornely. Appendicite scrotale (6). — I. T. Rieger et R. H. Fuller. Granulome spermatique de l'épididyme (7). — H. N. Wessel. Léiomyosarcome du cordon spermatique (8). — G. A. Winstead. Infarctus testiculaire (9). — B. E. Fillis et W. C. Meyer. Torsion de l'hydatide de Morgagni (10). — L. G. Lewis. Tumeurs testiculaires radio-résistantes (11). — W. E. Goodwin, J. N. de Klerk et McGoon. Tumeur testiculaire maligne chez l'ours gris (12). [53]

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Les Annales d'Oto-Laryngologie (PARIS), t. 70, n° 4, 1953. — D. Champeau et Couespel. Léiomyome bronchique (1). — Moatti, Demirleau, Azaiz et Y. Boutakia. Sténose pylorique cicatricielle sans sténose œsophagienne après ingestion de liquides caustiques (2). — [54]

[54] [*Congrès*]. **Bopp.** Cancer bronchique à petites cellules simulant l'aspect endobronchique d'une maladie de Hodgkin (3). — **Soulas, Lemoine** et **Mounier-Kuhn.** La bronchoscopie diagnostique en présence des problèmes actuels de la pathologie broncho-pulmonaire (4). — **Mollica Vincenzo.** Lésions expérimentales par caustiques de l'œsophage et leur traitement par l'A. C. T. H. (5). — **A. Montandon.** Sur les perforations hautes de l'œsophage (6). — **R. Hahn.** Diverticule pharyngo-œsophagien symptomatique de carcinome de l'œsophage (7). — **Penha.** Brûlures des voies digestives supérieures par l'acide sulfurique guéries d'une façon anormalement rapide et sans séquelles par des anti-histaminiques de synthèse (8).

[55] **Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie** (Bordeaux), an. 74, n° 3-4, Mars-Avril 1953. **J. M. Converse** et **J. L. Robin.** Double plastie cutanée après exérèse des cancers superficiels (1). — **M. Portman** et **C. Abadie.** Aspect pseudo-épithéliomateux d'une tuberculose gingivale (2).

Appareil digestif.

[56] **Revue Internationale d'Hépatologie** (Paris), t. 3, n° 2, 1953. — **J. Toulet.** Méthode pratique de calcul du volume vésiculaire et du pourcentage volumétrique d'évacuation (1).

[57] **Archivio Italiano delle Malattie del l'Apparato Digerente** (Bologne), vol. 19, fasc. 1, 1953. — **G. Bassi.** Les facteurs neurogéniques de la cholécystokinèse comme base de l'interprétation clinique de quelques aspects de la colique hépatique (1). — **G. Testa.** Sur l'invagination haustraie du cæcum (2). — **V. Consiglio.** Entérokystome cæcal chez un malade âgé, cause d'une invagination iléo-colique cæco-transverse; colectomie; guérison (3). — **V. Consiglio.** Volvulus chronique, en situs inversus, de l'estomac (4).

[58] **Gastro-enterologia** (Bâle), vol. 79, n° 6, Juin 1953. — **J. Blake.** Effets hématologiques et nutritionnels de l'opération gastrique (1). — **C. C. Ungley, E. V. Cox, B. Schofield** et **R. B. Thompson.** Anémie mégaloblastique consécutive à des opérations intestinales (2). — **P. Rechnitzer.** 3 cas de néoplasmes de l'intestin grêle (3). — **J. E. Richardson.** 2 carcinomes rares de l'intestin grêle, les 2 avec anémie (4). — **B. J. E. Ihre.** Sigmoïdoscopie courante dans la détection précoce du cancer rectal (5). — **G. N. Chandler** et **G. Watkinson.** Valeur diagnostique de l'aspiration gastrique dans les cas d'hématémèse (6). — **F. Avery Jones.** Carcinome de la vésicule biliaire (7).

[59] **Review of Gastro-enterology** (New York), vol. 20, n° 6, Juin 1953. — **D. B. Crawford Jr, W. A. Wickern** et **H. W. Cave.** Les cas d'urgence aigus de l'abdomen inférieur (1). — **L. J. Boyd.** Le diagnostic différentiel de la douleur de l'abdomen supérieur (2). — **M. P. Cowett.** L'hémorragie rectale (3). — **S. S. Berger.** L'hémorragie du tractus gastro-intestinal (4). — **C. M. Leevy** et **J. A. Emmert.** Les problèmes du diagnostic différentiel de l'ictère (5).

[60] **Gastro-Enterology** (Baltimore), vol. 23, n° 4, Avril 1953. — **D. D. Kozoll, D. M. Pobanz** et **L. Baker.** Résection entéro-colique extensive pour iléite diffuse. Étude post-opératoire s'étendant sur un espace de 22 mois. Mort par jéjunite (1). — **A. Melamed, R. S. Hankohl** et **A. Marck.** Prolapsus de la muqueuse gastrique (2). — **L. J. Gregory, R. J. Priest** et **J. Barron.** Occlusion grave du duodénum causée par le ligament cholécysto-duodéno-colique (3). — **D. Marshall.** Plis géants avec muqueuse normale sous-jacente, simulant un néoplasme gastrique (4).

Vol. 24, n° 1, Mai 1953. — **R. R. Linton.** Traitement d'urgence et traitement définitif des varices œsophagiennes saignantes (5). — **E. D. Palmer, V. M. Sborov** et **E. J. Jahnke.** Effets du traitement chirurgical des varices œsophagiennes sur la pression portale veineuse ainsi que sur la fonction hépatique (6). — **A. Wallace, W. B. Wallace** et **D. C. Balfour Jr.** Utilisation de masques de tête pour aider au tamponnage œsophagien (7). — **B. H. Chaiken, C. Wilmer Wirts** et **B. L. Levy.** Coexistence d'un « peptic ulcer » et d'une colite ulcéreuse idiopathique (8). — **M. J. Leitner.** Ulcère gastrique perforé avec brûlures externes (9). — **W. Riley Bosien** et **M. Dawson Tyson.** Perforation spontanée d'un ulcère gastrique bénin dans le côlon transverse (10). — **J. A. Rider, A. P. Klotz** et **J. B. Kirsner.** Gastrite avec ectasie veino-capillaire en tant que source d'hémorragie gastrique massive (11). — **L. H. Steen** et **W. G. Newell.** Léiomyome gastrique calcifié (12).

[61] **The American Journal of Digestive Diseases** (Fort Wayne, Indiana), vol. 20, n° 5, Mai 1953. **W. F. Cernock.** Fréquence des hernies hiatales silencieuses (1). — **J. A. Sterling.** Faits significatifs concernant l'ampoule de Vater (2). — **J. T. Paul.** Kyste calcifié du pancréas (3).

[62] **Revista Brasileira de Gastro-enterologia** (Rio de Janeiro), vol. 5, n° 2, Mars-Avril 1953. — **L. J. A. di Dio.** Les pylores (sphincters) du tractus digestif (1). — **E. de Oliveira.** Cancer du rectum (2). — **F. Gentil.** Cancer du rectum (3). — **I. Sauer.** Cancer du rectum (4). — **S. Moura Costa.** Cancer du rectum (5). — **S. d'Avila.** Cancer du rectum (6). — **W. Gentile de Mello.** Cancer du rectum (7).

Appareil circulatoire.

[63] **Zeitschrift für Kreislaufforschung** (Darmstadt), vol. 42, fasc. 11-12, Juin 1953. — **M. Nordmann** et **W. Koch.** Effets des ultrasons sur la circulation périphérique. Observations microscopiques sur les vaisseaux terminaux de la région pancréatique du lapin (1).

[64] **Cardiologia** (Bâle), vol. 22, fasc. 5, 1953. — **C. D. de Langen.** Le gradient de pression dans la paroi artérielle et le problème de l'artério-sclérose (1).

Fasc. 6. — **M. Avallaneda, C. M. Castro** et **G. Stritzler.** Un nouvel anticoagulant : le Tromexan. Son action sur le sujet normal et dans divers états pathologiques; interférence d'autres médicaments (2).

Angiology (Baltimore), vol. 4, n° 3, Juin 1953. — **R. Popkin.** La circulation artérielle en tant que facteur dans les résultats obtenus par l'emploi de la sympathectomie dans la maladie artérielle occlusive (1). — **L. Blum.** Le traitement régional de la thrombophlébite (2). — **L. Ensenat.** Le syndrome post-phlébitique (3). — **Th. C. Moore** et **H. B. Shumacker.** Création expérimentale de pertes de substance du septum auriculaire. Quelques notes sur la production expérimentale d'une dérivation auriculaire de droite à gauche (4). — **B. Ejrup.** Une méthode d'investigation dans la maladie artérielle périphérique (5). — **H. A. Haxton.** Blocage paravertébral à l'aide du phenol aqueux dans le traitement de la maladie vasculaire (6). [65]

Sistole (Montevideo), t. 3, n° 3-4, Août-Décembre 1952. — **M. Vazquez Rocha.** La pratique des injections intra-artérielles en phlébologie (1). — **V. Rocha.** Un nouvel anticoagulant : le tromexan (2). [66]

Appareil respiratoire.

Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoraciques (Paris), t. 7, n° 4, 1953. **P. Santy, P. Galy** et **R. Touraine.** Les harmato-chondromes bronchiques et pulmonaires (1). — **J. M. Lemoine** et **Koerperich.** L'évolution clinique des sténoses tuberculeuses cicatricielles des grosses bronches (2). — [*Sociétés*]. **Dufourt, Santy, Galy, Touraine** et **Riffat.** Adénomatose ou cancer alvéolaire. Démembrement des aspects de prolifération épithéliale du type bronchique intra-alvéolaire (3). — **H. Métras.** Instruments permettant l'aspiration jusqu'à la périphérie du poumon de véritables fragments pour biopsie (4). — **A. Meyer, J. Delarue** et **P. N. Nico.** Cancer pulmonaire métastatique à calcosphérites décelées par biopsie bronchoscopique (5). [67]

Thorax (Londres), vol. 8, n° 2, Juin 1953. — **P. R. Allison** et **A. S. Johnstone.** L'œsophage doublé par la muqueuse stomacale (1). — **M. R. Geake** et **F. H. Young.** Avenir du poumon contro-latéral après résection pour tuberculose pulmonaire (2). — **R. Abbey Smith.** Thoracoplastie et pneumothorax contro-latéral (3). — **F. Ronald Edwards, G. Leggat** et **H. Morriston Davies.** Étude de cas de thoracoplastie suivis pendant longtemps (4). — **S. H. El Mallah** et **M. Hashem.** Granulome bilharzien localisé du poumon simulant une tumeur (5). — **L. Cudkowicz** et **J. B. Armstrong.** L'irrigation des néoplasmes malins du poumon (6). — **M. J. G. Lynch** et **G. L. Blewett.** Choriocarcinome dans le médiastin d'un jeune homme (7). — **R. Warwick-Brown.** 1 cas de hernie diaphragmatique rétro-sternale (8). [68]

El Thorax (Montevideo), vol. 2, n° 4, Mars 1953. — **V. Perez Fontana.** Pathologie et traitement chirurgical du kyste hydatique du poumon (1). — **G. Sayago** et **J. B. Rocca.** Fréquence du cancer du poumon en pratique privée (2). — **A. R. Liard.** Embryologie de l'appareil respiratoire (3). — **D. C. Perez Davant.** La thoracoplastie dans notre milieu (4). [69]

Système nerveux.

Revue Neurologique (Paris), t. 88, n° 3, 1er Semestre 1953. — **Th. Alajouanine, Houdart** et **Drouhet.** Les formes chirurgicales spinales de la torulose; torulome de la queue-de-cheval (1). — **Baruk, Trotot** et **Wolfin.** Psycho-chirurgie et neuro-chirurgie (2). [70]

Der Nervenarzt (Stuttgart), an. 24, fasc. 6, 20 Juin 1953. — **F. Broser.** Grossesse et syndrome du scalène (1). — **A. Solbach.** Les incidents de l'artériographie cérébrale (2). — **K. Schürmann.** Sur les résultats éloignés du traitement chirurgical des troubles moteurs extra-pyramidaux et des états paraplégiques (3). — **E. Kirberger.** Tétraplégie avec issue mortelle à la suite de la fracture de l'axis tuberculeux après ponction sous-occipitale (4). [71]

Rivista di Neurologia (Bologne), vol. 23, fasc. 1, Janvier-Février 1953. — **A. Montanari.** Tétanos et méningite aseptique par première injection intra-rachidienne de sérum (1). — **A. Montanari.** Infection tétanique associée à un syndrome polyneuro-méningomyélitique (2). — **G. Castorina** et **L. Catalano.** Anévrysme de l'artère péri-calleuse (3). [72]

Archives of Neurology and Psychiatry (Chicago), vol. 69, n° 4, Avril 1953. — **D. Sciarra** et **B. E. Sprofkin.** Symptômes et signes en relations avec les ganglions de la base dans les tumeurs du cerveau (1).

N° 5, Mai. — **L. B. Kalinowsky.** La localisation cérébrale et contribution à la psycho-chirurgie et à la thérapeutique par le shock (2). [73]

Journal of Neurosurgery (Springfield), vol. 10, n° 3, Mai 1953. **Cl. R. Harrison** et **Ch. Suttrel.** Anastomose carotido-basilaire persistante. 3 cas mis en évidence par l'artériographie; une pièce anatomique (1). — **R. B. Aird** et **H. C. Naffziger.** Anatomie pathologique du muscle strié chez l'homme après dénervation (2). — **R. H. Dunsmore, W. Beecher Scoville, F. Reilly** et **B. Bradford Whitcomb.** La trachéotomie en neuro-chirurgie (3). — **J. M. Taveras** et **S. Ransohoff.** Kystes lepto-méningés de l'encéphale après traumatisme avec érosion du crâne; 7 cas traités chirurgicalement (4). — **J. L. Poppen, V. Reyes** et **G. Horrax.** Kystes colloïdaux du troisième ventricule; 7 cas (5). — **H. Verbiest.** Exophtalmie pulsatile post-traumatique par suite de la perforation de la paroi orbitaire supérieure par un cerveau hydrocéphalique (6). — **M. S. Sadove, G. M. Wyant, L. A. Settelson** et **P. C. Buey.** Hypotension contrôlée (7). — **L. Bakey** et **S. G. White.** Pneumo-encéphalographie dans les adénomes chromophobes de l'hypophyse (8). — **G. A. Cohn** et **W. B. Hamby.** La chirurgie du crânium bifidum et du spina bifida. Étude suivie de 64 cas (9). — **Luft** et **H. Olivecrona.** Expériences sur l'hypophysectomie chez l'homme (10). — **E. Alexander Jr.** Kyste bénin sous-tentoriel en tant que cause d'une hydrocéphalie par obstruction; 1 cas (11). [74]

Anatomie pathologique.
Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[75] **Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer** (Paris), an. 44, t. 40, n° 1, 1953. — **H. Redon** et **J. Lacour.** Étude des tumeurs apparemment primitives de la région carotidienne (rapport de 202 cas) (1). — **R. Huguenin** et **J. Roujeau.** Épithéliomas mammaires glandulaires simultanés chez une femme jeune, traités l'un par chirurgie, l'autre par association radio-chirurgicale (2). — **J. Estrade.** Tumeurs phyllodes ou adénofibromes géants du sein (à propos de 2 observations) (3). — **J. Calvet, P. Marquès, C. Birague, H. Planel** et **C. Azais.** Le cytodiagnostic du cancer de l'œsophage (4). — **P. F. Denoix, M. P. Schutzenberger** et **G. Denoix.** Contribution à l'étude du rôle des facteurs héréditaires dans le cancer (5). — **F. G. Ardoin.** Étude statistique de 5 041 cas de tumeurs malignes de la tête et du cou (6). — **P. Gibert** et **E. Wallon.** Sur le traitement des nævocarcinomes (7).

[76] **Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires** (Paris), an. 20, n° 3, Mars 1953. — **S. de Sèze, A. Hubault** et **J. Cl. Renier.** Fractures spontanées sous cortisone (1). — **S. de Sèze** et **J. Debeyre.** Sur une forme rare de lombalgie justiciable précocement d'un traitement chirurgical simple (2). — [*Ligue*]. **L. Perles.** Un cas de perforation duodénale sous cortisone (3). — **J. Debeyre** et **J. de Thomasson.** Observation de sésamoïdite fistulisée du gros orteil (4). — **S. de Sèze** et **J. Debeyre.** Spondylite staphylococcique (5). — **L. Femlong.** Hématémèse au cours d'un traitement cortisonique chez un malade porteur d'un ulcus gastrique (6). — **S. de Sèze** et **A. Denis.** Un cas d'artérite temporale guéri par la cortisone (7). — **Jaffres** et **Cleach.** Évolution radiologique d'une spondylite typhique rebelle à la chloromycétine (8). — **Jaffres, Boennec** et **A. Bideau.** Ostéo-arthropathie syringomyélique de l'épaule avec fracture spontanée de l'humérus et cheiromégalie (9). — **S. de Sèze** et **M. Maitre.** Historique des arthroses (10). — **M. Ruelle** et **M. Ory.** 3 cas de spondylo-dysplasie spondylo-épiphysaire; maladie de Morquio (11). — **A. Lichtwitz, R. Parlier** et **G. Thiéry.** Le mécanisme de la croissance des os longs (12).

[77] **Der Krebsarzt** (Vienne), an. 8, fasc. 5-6, Juin 1953. — **J. Ries.** Cancer vaginal primitif (1). **A. Plenk** et **H. Hartl.** Comment améliorer la proportion des guérisons dans le cancer gastrique (2). — **B. Bibus.** Contribution à la pathologie du cancer prostatique (3). — **M. Pascua.** Évolution de la mortalité par cancer en Europe au XX^e^ siècle (4). — **M. Weber.** La lutte contre le cancer en Nordrhein-Westphalie et l'activité des offices de consultation pour cancer (5). — **H. Schwarzl.** Contrôle du test dit de Bohlen (6).

[78] **Archives of Pathology** (Chicago), vol. 55, n° 5, Mai 1953. — **V. H. Moon** et **G. A. Tershakovec.** Les dynamiques de l'inflammation et de sa guérison (1). — **J. H. van Dyke.** Goitres (thymiques) médiastinaux aberrants expérimentaux chez le rat (2).

[79] **Revista Brasileira de Cancerologia** (Rio de Janeiro), vol. 5, n° 8, Juin 1952. — **C. Fried.** Le traitement du carcinome du col de l'utérus; critique des méthodes des 10 dernières années (1). — **F. Baclesse.** Le radiographie de la base du crâne en incidence de Hirtz; schéma radiographique (2). — **O. Judice Machado.** Considération sur la dose de radium dans le traitement du cancer du col utérin (3). — **L. Carlos de Oliveira Jr.** Cancer de l'estomac, gastrectomie totale transthoracique (4).

Radiologie.

[80] **Journal de Radiologie, d'Électrologie et Archives d'Électricité médicale** (Paris), t. 34, n° 3-4, 1953. — [*Sociétés*]. **D. Sichel, Spehler, Witz, Hoffmann** et **Mme Voegtlin.** Valeur des coupes transverso-axiales dans le cancer pulmonaire (1). — **F. Vanderdorp.** La pneumo-arthrographie dans les lésions méniscales du genou (2). — **F. Rouquet.** Le diagnostic de la grossesse tubaire au début par l'hystérosalpingographie (3). — **J. Huguet.** Les métastases précessives des cancers du sein (4). — **J. Swyngedauw, G. Giaux** et **J. Herbeau.** Essai d'un bilan exact des doses reçues dans le traitement du cancer du col à l'extrémité pelvienne des paramètres (5). — **R. Gauducheau** et **J. Tardiveau.** Deux cas de séminomes de l'ovaire suivis depuis plus de 4 ans (6). — **R. Coliez, M. Tubiana, J. Dutreix** et **J. Guelfi.** Traitement de 43 cas de cancer du corps thyroïde par l'iode radio-actif (7). — **P. M. Bernard, J. Piequet** et **P. Strouzer.** Intérêt des ultra-sons dans le traitement des artérites des membres inférieurs (8). — **E. Forster** et **E. Heimendinger.** Diverticule intrathoracique de l'œsophage. Résection. Guérison (9). — **R. Fontaine, P. Warther, R. Raber** et **G. Appril.** A propos de 13 cas de reflux spontané ou post-opératoire dans les voies biliaires (10). — **R. Fontaine, P. Warter, R. Raber** et **Cl. Bollack.** Faux diverticule sous-cardiaque dû à un hématome rétrogastrique enkysté, suite éloignée d'une grossesse extra-utérine rompue (11). — **R. Fontaine, P. Warter, R. Raber** et **G. Appril.** Lipome du bulbe duodénal (12). — **R. Fontaine, P. Warter, Muller** et **Raber.** La protrusion acétabulaire : Le bassin d'Otto-Chrobac (13) — **Gros** et **Sigrist.** Radiographie et examen clinique du sein (14). — **L. Weigel.** Diarrhée et clapotage. Signes radiologiques de la sténose de la valvule de Bauhin (15). — **M. Gros, R. Keiling** et **A. Veillon.** Radiologie et tumeur d'Ewing (16). — **C. M. Gros, P. Speeg** et **R. Keller.** Radiothérapie d'une tumeur à myéloplaxes du pubis (17). — **R. Lafon, Cl. Gros, R. Labauge, J. Cadilhac, J. Minvielle, R. Paleirac** et **B. Vlahovitch.** Tumeur du foramen ovale (Confrontations anatomo-radiologiques) (18). — **J. Boulouys, J. Levère** et **Bruschet.** Sur 2 cas de fistules duodéno-coliques (19). — **P. Leenhardt, M. Pelissier, Bruschet** et **J. Levère.** Aspects radiologiques nouveaux consécutifs à la chirurgie œsophagienne (20). — **M. Pelissier, P. Leenhardt, J. Boulouys** et **Bruschet.** Cancer sous-cardial (21). — **G. Daniel.** Radio-intolérance de certaines adénopathies cervicales secondaires à un néoplasme buccal (22). — **R. Amalric, J. Manassero** et **F. Robert.** Techniques de radiothérapie des tumeurs de l'hypopharynx (23). — **Romieu, Thibaud** et **Pourquier.** Tumeurs malignes et phosphore radio-actif (24).

Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen vereinigt mit Rontgenpraxis (STUTTGART), vol. 78, n° 6, Juin 1953. — **P. Mifka.** L'angiographie chez les traumatisés cérébraux (1). — **H. Junge** et **F. Heuck.** Ostéochondropathie ischio-pubienne (2). — **G. Miller.** Altérations osseuses dans la neurofibromatose de Recklinghausen (3). — **S. Bettge** et **G. Feigei.** Contribution à la pathogénie et à la thérapie de l'ostéopathie rénale (rachitisme rénal) (4). — **S. Marquardt.** Radiologie des déformations thoraciques (5). — **K. Reinhardt.** Signification de la radiographie mammaire dans le diagnostic et l'étude de l'évolution du cancer du sein (6). — **R. Haubrich** et **P. Thurn.** Les tumeurs surrénales et le pneumo-rétro-péritoine (7). [81]

Strahlentherapie (MUNICH), vol. 91, fasc. 2, 1953. — **Nicolov.** La radiothérapie du cancer du col de 1931 à 1946 (1). — **H. Trübestein.** Suites fâcheuses évitables du traitement du cancer amygdalien (2). — **H. R. Kanitz, F. Pfander** et **H. Poppe.** Expériences sur le traitement local des tumeurs par l'or radio-actif (3). — **K. Böck** et **W. Heyde.** Examen radiologique du gros intestin dans le traitement combiné radiothérapique du cancer du col (4). — **C. Fried.** L'irradiation de la thrombo-angéite oblitérante et des troubles artériels apparentés (5). — **P. Hess** et **R. Fischer.** La radiothérapie de l'hémangiome (6). — **A. Siegert** et **G. Hanf.** Le dosage exact dans le traitement combiné radio- et radiumthérapique du cancer du col (7). — **K. Breitländer.** Constatations opératoires sur le péritoine après radiothérapie abdominale (8). [82]

La Radiologia Medica (TURIN), vol. 39, n° 5, Mai 1953. — **R. Miceli.** Sur un cas de duplicité vraie du rein (1). — **F. Fugazzola.** Sur les sténoses duodénales déterminées par la compression artérielle (2). — **C. Sbernini** et **L. Orlandini.** Sur le comportement des vaisseaux lymphatiques laryngo-trachéaux après irradiation Röntgen (3).

N° 6, Juin. — **G. Luzzatti** et **B. Perotti.** La stratigraphie en projection latérale dans le diagnostic des affections thoraciques. III. Lésions des hiles, des médiastins (4). — **Sanquirico** et **Minuto.** Sur le diagnostic précoce du cancer de l'estomac (5). [83]

Acta Radiologica (STOCKHOLM), vol. 39, fasc. 5, Mai 1953. — **R. O'Rahilly.** Os épitriquetrum, hypotriquetrum et lunatotriquetrum (1). — **R. C. Tudway.** Utilisation d'isotopes radioactifs dans un applicateur pour traiter le cancer du col utérin (2). — **A. Engmark, L. G. Larsson, A. Liljestrand** et **I. Ragnhult.** Carcinomes thyroïdiens concentrant l'iode (3). [84]

The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine (SPRINGFIELD), vol. 69, n° 6, Juin 1953. — **A. P. Dedick** et **L. Cowan Collins.** Radiodiagnostic des lésions hémorragiques de l'intestin grêle (1). — **R. G. Wilson, D. W. Minteer** et **J. Dutney Hayes.** Une observation de granulome éosinophilique de l'os avec mise en évidence radiologique d'un séquestre (2). — **D. H. Allen.** Une variante du développement diaphysaire simulant un néoplasme osseux primitif (3). — **S. Rosza** et **R. J. Gross.** Perforation intra-utérine du diverticule de Meckel (4). — **H. Dabney Kerr, R. H. Flocks, H. B. Elkins** et **D. Culp.** Traitement d'un cancer prostatique moyennement avancé, à l'aide de l'or radio-actif (5). [85]

Anesthésie.

Cahiers d'Anesthésiologie (PARIS), an. 1, n° 1, Avril 1953. — **E. Kern.** Physiologie de la curarisation et ses incidences cliniques (1). — **N. Du Bouchet.** Le Dolosal (2). — **J. Lassnar.** Sur la douleur et sa suppression (3). — **J. Valletta.** L'aspiration gastro-intestinale; en particulier dans les cas d'ulcus perforé (4). [86]

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

La Presse Médicale (PARIS), t. 61, n° 38, 3 Juin 1953. — **L. de Gennes, Bricaire** et **Guiot.** Les gynécomasties (1). [87]

N° 39, 6 Juin. — **Tubiana, Dutreix** et **Grinberg.** Résultats du traitement de 115 cas d'hyperthyroïdie par l'iode radio-actif (2). — **R. Tingaud.** Les neurinomes intrathoraciques (3).

N° 40, 10 Juin. — **F. Kanoui.** État actuel de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal aux États-Unis (4). — **Ginestel.** Sutures intra-dermiques sur réglette (5).

N° 41, 13 Juin. — **R. Leriche.** De la maladie post-opératoire anatomique (6). — **J. Lacapère, H. Drieux** et **G. Delaville.** Études chimiques sur le disque intervertébral (7). — **R. Besson** et **M. Redor.** Alcool et traumatismes. L'imprégnation éthylique par dosage de l'alcool dans le sang chez 100 blessés dans un service de chirurgie (8).

N° 42, 17 Juin. — **Tardieu** et **Garoit.** Intérêt de la thermométrie cutanée pour l'examen de diverses affections et spécialement des troubles vasculaires des membres (9). — **H. Reboul, P. Laubry** et **Vergoz.** Sur la physiopathologie et le traitement des lésions tissulaires d'origine vaso-motrice, en particulier dans leur association aux artérites (10).

N° 43, 20 Juin. — **J. Guillaume, G. Mazars** et **Y. Mazars.** Étude statistique des résultats éloignés de la chirurgie de l'épilepsie (11). — **P. Hillemand** et **Watteblede.** La hernie diaphragmatique de l'hiatus œsophagien (12).

N° 44, 24 Juin. — **D. Petit-Dutaillis, Guiot** et **Berdet.** Anévrysmes cirsoïdes et artério-veineux de l'encéphale d'après 19 cas; anatomie, clinique et radiologie (13). — **A. Sicard** et **Mouly.** Étude expérimentale des greffes osseuses conservées (14). — **R. Huguenin** et **R. Gérard-Marchant.** Diagnostic et traitement des tumeurs malignes du rein chez les enfants (15). — **J. A. Lièvre** et **Fischgold.** Les lacunes bénignes du crâne (16). — **Cl. Olivier** et **N. Arvay.** Le diagnostic radiologique d'iléus par strangulation est-il possible ? (17). — **Nemours Auguste.** Reflux gastro-œsophagien de posture. Brûlure œsophagienne; hernie

[87] gastrique par l'hiatus œsophagien (18). — **Ch. Marie Gros** et **R. Sigrist.** Le diagnostic radio-clinique des épithéliomas du sein (19). — **R. Leriche.** Inconvénient à longue distance de la résection du péroné pour l'abord des anévrysmes du mollet (20). — **Dechaume** et **Bonnot.** Parotidites partielles (21).

N° 45, 27 Juin. — **Gilbert-Dreyfus, Ambrosino Zara** et **Mme Triantaphyllidis.** Traitement de la maladie de Basedow par l'iode radio-actif (22).

[88] **La Semaine des Hôpitaux** (PARIS), an. 29, n° 37, 6 Juin 1953. — **S. de Sèze, Debeyre** et **Denis.** Les rhumatismes de l'épaule (1).

N° 39, 14 Juin. — **H. Naegeli, R. S. Mach** et **E. Mach.** Le métabolisme du potassium et ses modifications au cours des surcharges en désoxycorticostérone (2).

N° 40, 20 Juin. — **Ch. Debray, P. Housset** et **P. d'Autray-Tarte.** La biopsie de la muqueuse gastrique. Appareils et techniques. Indications (3). — **Ch. Debray, R. Laumonier** et **P. Housset.** Biopsie par « aspiration-section » de la muqueuse gastrique et aspects gastroscopiques (4).

N° 41, 22 Juin. — **J. Carlotti, F. Joly, J. R. Sicot** et **G. Voci.** Étude hémodynamique pré- et post-opératoire du rétrécissement mitral (5). — **G. Bouvrain, P. Fortin** et **J. L. de Vahia.** Les suites opératoires immédiates de la commissurotomie (6). — **P. Soulié, F. Joly, J. Carlotti** et **J. Baillet.** Les effets tardifs de la commissurotomie; ses indications (7). — **Pierre Bourgeois, Blatrix** et **Vic Dupont.** Les tuberculomes du poumon (8). — **Santy, P. Marion** et **J. Papillon.** Anévrysmes de l'aorte thoracique et de ses branches (9).

N° 43, 30 Juin. — **J. Lapresle** et **G. Guiot.** Étude des résultats éloignés et, en particulier, des séquelles neurologiques à type de « douleur centrale », dans 8 cas de cordotomie antéro-latérale pour coxarthrose (10). — **F. Coste** et **F. Laurent.** Formes cliniques et évolutives de la coxarthrose (11).

[89] **Gazette Médicale de France** (PARIS), t. 60, n° 11, 1er Juin 1953. — **R. Bory.** Les mastoses (1). — **P. Funck-Brentano.** Le problème du curage mammaire interne dans la chirurgie des quadrants internes du sein (2). — **P. Funck Brentano, H. Robert** et **Jean de Brux.** Cancer du sein et fibrome de l'utérus (3). — **P. Funck- Brentano.** Le faux sarcome du sein : la tumeur Phyllodes (4). — **R. Tubiana.** La chirurgie plastique mammaire (5). — **H. Robert.** Carence œstrogénique et pathologie du vagin (6).

N° 12, 15 Juin. — **J. A. Lièvre** et **P. Attali.** La cinésithérapie active dans les lombalgies (7). — **A. Miot.** Sur les améliorations techniques apportées en Haïti au traitement des affections articulaires (8).

[90] **La Vie Médicale** (PARIS), an. 33, Juin 1952. — **Raphaël Massart.** Chirurgie des migraines (1). — **J. Hélie.** La rétro-pneumo-péritoine; sa pratique radiologique (2).

[*Numéro spécial*]. Juin. — **H. Laborit** et **P. Huguenard.** La réaction organique à l'agression et les attitudes thérapeutiques qui en découlent (3). — **J. Terracol** et **Y. Guerrier.** L'infection veineuse d'origine amygdalienne (4). — **M. Albeaux Fernet.** Ostéoporose sénile (5). — **M. Servelle.** Le traitement chirurgical des cardiopathies (6).

[91] **Lyon Médical,** an. 85, n° 23, 7 Juin 1953. — [*Sociétés*]. **J. Racouchot.** Corps étrangers curieux du vagin chez une petite fille (1).

N° 24, 14 Juin. — **J. Ledru** et **R. Colin.** Réflexions anatomo-cliniques sur un neurinome du médiastin antérieur ayant subi une dégénérescence mucoïde totale (2).

N° 25, 21 Juin. — **G. Despierres** et **M. Bérard.** Hémoptysie grave par bronchectasie; exérèse d'urgence (3).

N° 26, 28 Juin. — **P. Lagèze, R. Touraine** et **G. Riffat.** Fracture de côte par la toux (4). — **M. Latarjet** et **J. Juttin.** Intérêt anatomique et anatomo-pathologique des préparations de pièces de matière plastique (5).

[92] **Journal de Médecine de Lyon,** an. 34, n° 802, 5 Juin 1953. — **P. Wertheimer, Lecuire** et **Exbrayat.** Sur les moyens neuro-chirurgicaux applicables au traitement des méningo-encéphalites tuberculeuses (1).

[93] **Marseille Médical,** an. 90, n° 5, 1953. — **Carrega.** Le médecin et le cancer en O. R. L. (1).

[94] **Archives de Médecine Générale et Tropicale** (MARSEILLE), an. 30, n° 2, Mars-Avril 1953. — **F. Blanc** et **M. Martin.** Polypose recto-colique essentielle généralisée chez un malade atteint d'amibiase et de lymphogranulomatose bénigne (1).

N° 3, Mai-Juin. — **J. Cottalorda** et **J. Bimar.** Les tendances actuelles de l'anesthésie chirurgicale (2). — **P. Battesti.** Conceptions actuelles du traitement de la maladie de Basedow (3).

[95] **Toulouse Médical,** an. 54, n° 6, Juin 1953. — **A. Gédéon.** Les indications actuelles du drainage en chirurgie abdominale (1). — **J. Ducuing, A. Enjalbert** et **A. Gédéon.** Traitement chirurgical des séquelles des phlébites (2).

[96] **Montpellier Médical,** an. 96, n° 4, Avril 1953. — **J. Baumel** et **E. Fassio.** Les hernies hiatales de l'estomac. Étude clinique et radiologique (1). — **J. Baumel, E. Fassio** et **R. Pedoussaut.** Histaminémie et ulcère gastro-duodénal (2). — **J. Baumel** et **E. Fassio.** Les cratères de la face postérieure de l'estomac (3). — **J. Baumel.** Le démembrement de l'appendicite chronique (4). — **J. Baumel** et **H. L. Guibert.** Les tumeurs villeuses du rectum génératrices de cancers rectaux (5). — **J. Baumel** et **H. L. Guibert.** Hémangiome caverneux du foie avec hépatite graisseuse révélés par ponction biopsie (6).

[97] **Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest** (BORDEAUX), an. 130, n° 6, Juin 1953. — **R. Tessier, A. Petriat, Castaing, Martin, Cornet** et **Lacoste.** Notre expérience de l'exérèse en tuberculose pulmonaire (1). — [*Sociétés*]. **E. A. Suant.** Phlegmon périnéphrétique précédé d'un pneumothorax spontané (2). — **E. A. Suant.** Création d'un pneumo-péritoine au cours d'un traitement d'une métrite cervicale par aérosols (3).

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 71, n° 6, 15 Juin 1953. — **L. Langeron** et **G. Vincent.** Un cas de chondro-dysplasie spondylo-épiphysaire (1). — **L. Langeron, P. Giard, A. Ducatteau** et **Ch. Masson.** Ischémie aigue des membres; hémiplégie et coronarite. Rôle du spasme (2). [98]

Écho Médical du Nord (Lille), t. 24, n° 6, Juin 1953. — **P. Razemon.** La chirurgie pleuro-pulmonaire (1). — **P. Razemon.** Évolution du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (2). — **R. Delacroix.** Traitement chirurgical du cancer pulmonaire (3). — **P. Razemon.** Résections pulmonaires associées à l'ablation de kystes infectés du médiastin (4). — **J. Coupain.** La surveillance des opérés thoraciques (5). — **M. Ribet.** Indications et résultats des enzymes streptococciques en pathologie pleuro-pulmonaire (6). — **J. P. Razemon.** Une variété rare de malformation congénitale du système bronchique : la séquestration broncho-pulmonaire (7). [99]

Strasbourg Médical, t. 4, n° 5, Mai 1953. — **J. Warter, G. Argenton** et **A. Wackenheim.** Intérêt du transit lipidique dans un cas de cancer de la tête du pancréas. Considérations sur l'exploration fonctionnelle du pancréas (1). — **E. Forster** et **H. Lux.** Kystes intra-médiastinaux d'origine aéro-digestive (à propos de 2 cas) (2). [100]

Revue Médicale de Nancy, an. 74, t. 78, 1°-15 Juin 1953. — **J. Brunotte.** Les hémopéritoines au cours de l'évolution des différentes tumeurs de l'ovaire (à propos d'une observation d'hémopéritoine chez une femme atteinte de kyste lutéinique de l'ovaire) (1). — **A. Binet** et **J. Delacote.** Quelques résultats de cœlioscopie en gynécologie et en pathologie abdominale (2) — **P. Grimaud, P. Louyot** et **J. Bel.** Lymphosarcome du cavum guéri depuis 10 ans par la radiothérapie (3). — **P. Florentin, R. Grimaud** et **J. Bel.** Évolution favorable d'un cancer de l'amygdale propagé à la langue chez une femme (4). — **Bonnet, Florentin** et **Rauber.** Tumeur à cellules interstitielles du testicule avec retentissement endocrinien (5). [101]

Bulletin de la Société Clinique de l'Hôpital Civil de Charleroi, an. 4, n° 2, Avril 1953. — **H. Hentz.** La syphilis gastrique n'est pas un vain mot (1). — **H. Henz** et **R. Coniot.** Sur les hernies diaphragmatiques de l'estomac (2). — **A. Fardeau.** Les résines acryliques utilisées en implantations dans la reconstruction faciale (3). [102]

Revue Médicale de France (Clermont-Ferrand), n° 3-4, Mars-Avril 1953. — **J. Pierron.** Le dépistage précoce des affections artérielles; son intérêt pratique (1). [103]

Ouest Médical (Paris), an. 6, n° 11, 10 Juin 1953. — **R. Y. Leleu** et **H. Rialland.** de l'élimination spontanée transpariétale de calculs biliaires (1).
N° 12, 25 Juin. — **R. Benon.** Lobotomie préfrontale. Euphorie (hypersthénie) (2). [104]

Algérie Médicale (Alger), an. 57, n° 4, Avril 1953. — **G. Aubry, H. Piétry, J. Massonnat** et **P. Galley.** Rectocolite grave avec pseudo-polypes chez un amibien; A. C. T. H. Cortisone; tuberculose pulmonaire aiguë terminale (1). — **J. Robert d'Eshougues.** Les ganglioplégiques modernes; leur emploi dans le traitement des accidents vasculaires aigus du cerveau et des embolies pulmonaires (2).
N° 5, Mai. — **R. de Grailly.** Les rapports des réticuloses, des leucémies et des tumeurs malignes (3). [105]

Constantine Médical, an. 3, n° 4, Décembre 1952. — **R. M. Marill, M. Attané** et **G. Duprey.** Sur l'utilisation des bandelettes de peau en chirurgie réparatrice (1). — [*Sociétés*]. **Berland, Guedj** et **Gravier.** Cancer bronchique chez une jeune fille de 24 ans (2). — **Toubiana.** Diverticule de hog de l'estomac simulant radiologiquement une niche ulcéreuse de la petite courbure (3). [106]

La Tunisie Médicale (Tunis), an. 41, n° 5, Mai 1953. — **Demirleau, Cohen** et **Renauld.** Valvulotomie pour rétrécissement mitral; premier cas opéré (1). — **R. Dana** et **J. Demirleau.** Hémoptysie menaçant la vie d'un tuberculeux; lobectomie d'urgence; guérison (2). — **J. Demirleau, Jahan** et **Caruana.** Hernie diaphragmatique congénitale; reconstitution par prothèse de nylon (3). [107]

Maroc Médical (Casablanca), an. 32, n° 336, Mai 1953. — **M. de la Pena.** L'exploration instrumentale en urologie (1). — **A. Amselem, J. San Juan** et **Lopez Arriba.** Sur un cas de cancer de l'urèthre (2). — **J. Massote.** Critique de 70 interventions expérimentales sur la chirurgie cardio-vasculaire (3). — **M. Rochette.** Alimentation par les fosses nasales (4). [108]

Madagascar Médical (Tananarive), an. 2, n° 14, Mai 1953. — **Coyne** et **Ginieys.** La prostatectomie en un temps (1). [109]

Allemagne.

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 78, n° 23, 5 Juin 1953. — **R. Maurer.** Notre méthode de traitement du cancer du larynx (1).
N° 25, 19 Juin. — **H. Kirchhoff.** La tuberculose génitale de la femme (2). — **W. L. Mascher.** Les suites fonctionnelles des traumatismes crâniens du point de vue de l'expertise (3). — **H. O. Bick** et **G. Lorch.** Traitement de la gangrène de l'artério-sclérose; communication provisoire (4).
N° 26, 26 Juin. — **L. Heilmeyer. L. Marquardt, E. Carl** et **M. Matthes.** Accidents de transfusion lors de l'utilisation du sang conservé dus à la production de toxines spécifiques du sang (5). — **H. Schultz.** Traitement conservateur des fractures de la tête humérale (6). [110]

[111] **Zeitschrift für die Gesamte Innere Medizin** (Leipzig), an. 8, n° 7, 1er Avril 1953. **Jürgens.** Résultats cliniques et expérimentaux avec le nouvel antithrombotique le Phénylindandion (1).

N° 8, 15 Avril. — **Straube.** La valeur pour le médecin de la laparoscopie (2).

N° 9, 1er Mai. — **Steingraber.** L'anastomose de Graham dans la gastrectomie (3). — **Wiesner.** Le cancer primitif double (4).

N° 11, 1er Juin. — **Rothe** et **Flemming.** Sur l'ostéomyélite expérimentale et sa pénicillinothérapie (5).

Autriche.

[112] **Wiener Medizinische Wochenschrift**, an. 103, n° 23, 6 Juin 1953. — **A. Magnus Lévy.** Pancréatectomie totale il a y 3 siècles (1).

N° 24, 13 Juin. — **W. Luze.** Hématurie et anurie après appendectomie comme expression d'un état irritatif du sympathique (2).

N° 25-26, 20 Juin. — **F. Rosenauer.** La question de la maladie calculeuse biliaire chronique (3). — **D. W. Krüger.** L'anévrysme de l'artère carotide interne dans sa portion sus-clinoïdienne (4). — **G. Halter.** Les bases anatomiques des troubles fonctionnels vésicaux après l'opération radicale du cancer du col (5). — **H. Hartl.** Phéochromocytome et hypertension (6). — **J. Strobl.** Les corps étrangers de la vessie (7). — **F. Walker.** Diverticule de l'intestin grêle (8). — **K. Pretl.** Tumeurs bénignes des bronches (9).

[113] **Wiener klinische Wochenschrift**, an. 65, n° 23, 5 Juin 1953. — **H. O. Suess.** Le cytodiagnostic du cancer pulmonaire primitif (1).

N° 24, 12 Juin. — **O. Novotny.** Sur l'extirpation de l'épiglotte pour carcinome (2). — **M. Pecherstorfer.** La suspension de l'urèthre au moyen d'un anse de plexiglas pour l'incontinence d'urine récidivante (3).

N° 26, 26 Juin. — **K. Holub.** Sur la thrombose veineuse et la thrombophlébite intracrânienne (4). — **W. Kirchmair.** Le traitement par irradiation pré- et post-opératoire du cancer mammaire chez la femme (5). — **A. Lorenz.** Sur la luxation congénitale de la hanche (6).

[114] **Klinische Medizin** (Vienne), an. 8, fasc. 6, 1er Juin 1953. — **G. Salem.** Réparation sans suture de pertes de substance artérielles en utilisant des transplants veineux conservés (1). — **E. Rappert.** Fermeture des grosses hernies au moyen de réseaux de fil de peha (2).

Belgique.

[115] **Le Scapel** (Bruxelles), an. 106, n° 25, 20 Juin 1953. — **C. Ketelbant.** L'anastomose urétéro-sigmoïdienne dans l'exstropie vésicale totale de l'enfant (1).

[116] **Bruxelles Médical**, 33, n° 24, 14 Juin 1953. — **G. Hubinont** et **P. O. Hubinont.** Un cas de grossesse abdominale à terme (1).

N° 25, 21 Juin. — **J. Mombaerts.** Influence des hormones sur la vessie et sur la prostate (2). — **R. Vokaer, J. Bonte** et **A. Ghislain.** Le diagnostic de la tuberculose génitale est-il possible par la cytologie exfoliative ? (3).

[117] **Revue Médicale de Liège**, vol. 8, n° 11, 1er Juin 1953. — **P. Daubit.** Parésie ischémique après fracture (1).

N° 12, 15 Juin. — **T. Brakier.** Diabète traumatique (2).

Espagne.

[118] **Revista Clinica Espanola** (Madrid), t. 49, n° 3, 15 Mai 1953. — **R. Alcala Nunez.** La lithiase réno-urétérale (1). — **A. J. Wlodarczyk.** L'influence du pneumopéritoine sur le déplacement du foie (2). — **A. Torea Huberti.** Guérison réelle et guérison apparente de la tuberculose rénale (3).

[119] **Gaceta Medica Espanola** (Madrid), an. 27, n° 6, Juin 1953. — **H. J. Zettelman.** Les infections vaginales communes (1). — **R. Huguenin.** Le cancer du sein; diagnostic et traitements (2).

[120] **Medicina** (Madrid), an. 21, n° 4, Avril 1953. — **A. Schüller Pérez** et **A. Rabano Navas.** Un cas d'état comateux de diagnostic difficile, produit par un hématome sous-dural (1).

[121] **Medicina y Cirugia de Guerra** (Madrid), vol. 15, n° 6, Juin 1953. — **M. de Quadros Tejeiro.** Syndromes aigus de la fosse iliaque droite à l'exclusion de l'appendicite (1). — **P. Munoz Cardona** et **R. Garrido Espiga Heredia.** La congélation sous garrot dans les gangrènes des extrémités (2).

122 **Medicina Espanola** (Valence), an. 16, n° 170, Mai 1953. — **A. R. Catalayud, A. M. Romero** et **J. Tatay Romero.** Clinique et diagnostic différentiel des fausses péritonites (1). — **M. Lopez Sendon.** Grand kyste caséeux pulmonaire enkysté en relation avec un mal de Pott; pneumotomie et ablation (2). — **S. Martinez Gomez.** Le cancer du rectum stigmatise notre imperfection morale au point de vue de son diagnostic (3).

123 **Actualidad Medica** (Grenade), an. 29, n° 342, Juin 1953. — **M. Cruz Hernandez.** Persistance du canal artériel pendant l'enfance (1). — **A. Lardelli.** Douleurs abdominales chez les enfants (2).

Finlande.

Finska Läkaresällskapets Handlingar (Helsingfors), vol. 95, n° 2, 1952. Cl. Cedercreutz. [124]
Le traitement par l'hypnose de la sensation de membre fantôme des amputés (1).

Grande-Bretagne.

The Lancet (Londres), vol. 264, n° 6771, 6 Juin 1953. — **A. I. S. Macpherson** et **J. Innes.** Le sang périphérique après l'opération de l'hypertension portale (1). — **S. Taylor.** Appareil de succion pour fistules abdominales (2). [125]

N° 6772, 13 Juin. — **F. d'Abreu.** La chirurgie dans l'hypertension grave (3). — **D. Annis, W. R. Hunter** et **Ch. Wells.** Transplantation de l'uretère dans une anse isolée de l'iléon (4). — **Th. Moore.** Une vessie artificielle (5). — **A. O. Wilson.** Acidose hyperchlorémique consécutive à l'implantation des uretères dans une anse isolée d'iléon (6). — **J. Foret** et **C. Heusghem.** Le replacement des deux uretères par greffe iléale (7). — **D. C. Corry.** Aiguille pour hernie crurale (8).

N° 6773, 20 Juin. — **J. R. Rook.** Le traitement et l'anesthésie du brûlé grave (9). — **B. N. Brooke.** Qu'est la colite ulcéreuse (10). — **J. Davidson.** La prévention des complications pulmonaires post-opératoires (11). — **N. V. Dilling.** Agranulocytose mortelle et ulcération gastrique dues au Phénylbutazone (12).

N° 6774, 27 Juin. — **D. G. Melrose** et **A. O. Wilson.** La transfusion de sang intra-artérielle (13). — **M. G. Wilson.** Une méthode de traitement des veines variqueuses (14). — **L. J. Hampton** et **D. M. Little.** L'hypotension contrôlée en anesthésie (15).

British Medical Journal (Londres), n° 4822, 6 Juin 1953. — **D. W. Smithers.** Faits et considérations sur le cancer du poumon (1). — **S. Shackman** et **O. Daniel.** Tumeurs du rein (2). — **Shackman** et **O. Daniel.** Les facteurs de mortalité des traumatismes fermés du crâne (3). [126]

N° 4823, 13 Juin. — **G. O. Mayne.** Crises gastriques rebelles soulagées par cordotomie (4). — **G. Leslie** et **McPhee.** Nécrose de l'adrénaline (5). — **N. V. Addison.** Torsion d'un kyste lymphatique du mésentère (6).

N° 4824, 20 Juin. — **J. Cregan** et **R. J. Hayward.** Le contenu bactérien de l'intestin grêle à l'état de santé (7). — **J. Mac Donald Holmes.** Hypotension intra-crânienne associée à un hématome sous-dural (8). — **D. C. Beatty, C. J. Champ** et **G. I. M. Swyer.** Pseudo-hermaphrodisme masculin (9). — **R. C. Brown** et **J. Brian Lister.** Narcoses répétées chez un jeune enfant (10).

N° 4825, 27 Juin. — **C. P. Millo.** Abcès du sein (11). — **J. Walter.** Hypertrophie prothétique de la muqueuse buccale simulant le cancer (12). — **L. Rogers.** Fracture simple du crâne par enfoncement (13). — **Bennie Krausey.** Fistule trachéo-œsophagienne congénitale sans atrésie de l'œsophage; mort par asphyxie (14).

Proceedings of the Royal Society of Medicine (Londres), vol. 46, n° 6, Juin 1953. — [*Proctologie*]. **O. V. Lloyd-Davies.** La diverticulite (1). — [*Pédiatrie*]. **Innes Williams.** Valvules congénitales de l'urèthre postérieur; 2 cas (2). — **E. M. Poulton.** Rein polykystique congénital avec uretère ectopique (3). — **R. C. Farrow** et **Macnab.** Hydronéphrose traitée par pelvi-uretéroplastie (4). — [*Chirurgie*]. **W. Mc Kissock.** Hémiplégie infantile (5). — [*Radiologie*]. **M. Douglas.** L'uniformité du dosage dans le cancer de la vessie (6). [127]

Glasgow Medical Journal, vol. 34, n° 6, Juin 1953. — **R. L. Richards.** Quelques observations sur la vasodilatation après sympathectomie (1). — **R. M. Thomson.** Anémie mégaloblastique associée à l'anastomose entéro-colique : un cas répondant à la vitamine B12 (2). [128]

Hollande.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Amsterdam), an. 97, n° 24, 13 Juin 1953. — **G. M. H. Veene-Klaas.** La hernie du hiatus de l'œsophage du jeune âge (1). — **R. G. A. Wayjen** et **M. Koster.** Deux cas d'ulcère gastrique survenus après administration d'irgapyrine (2). — **L. Remouchamps** et **P. E. Ghysbrecht.** Tumeurs virilisantes de l'ovaire (3). — **P. Frank.** Résultats du traitement par le rimifon de la tuberculose extra-pulmonaire (4). — **J. L. Nierstrasz.** La narcose moderne (5). [129]

N° 26, 27 Juin. — **Van der Zwan.** Incarcération dans le tentorium (6).

Italie.

Il Policlinico [Sezione pratica] (Rome), vol. 60, n° 22, 1er Juin 1953. G. Serafini. Le lambeau falciforme dans la reconstruction de la pyramide nasale (1). — **R. Rossaro.** Occlusion intestinale dans le mésentérium commune (2). [130]

Recenti Progressi in Medicina (Rome), vol. 14, n° 1, Janvier 1953. W. D. M. Paton. Les substances pour blocage ganglionnaire (1). [131]

N° 5, Mai. — **P. Bagolan** et **E. Alati.** Considérations sur les tumeurs médiastinales (2)

Minerva Medica (Turin), an. 44, n° 12, 26 Mai 1953. — **M. Banche** et **F. Muratori.** Sur une nouvelle technique de cholangiographie laparoscopique pre-operatoire par ponction transpariéto-hépatique de la vesicule; 2 cas (1). — **G. Tartarini.** La situation morpho-dynamique post-opératoire des opérés des voies biliaires; séquelles morbides et douleurs (2). [132]

N° 43, 30 Mai. — **F. Ceresa.** Un cas de syndrome de Cushing par tumeur fonctionnelle de la corticale surrénale, à la lumière du diagnostic moderne (3). — **A. Volterrani** et **A. Andreini.**

[132] L'emploi de substance P dans les lésions traumatiques des membres (4). — **M. Randaccio.** Sur un anévrysme artério-veineux entre carotide interne et veine ophtalmique supérieure (5).

N° 45, 6 Juin. — **G. Rossi** et **M. Genesi.** Pseudo-tumeurs parasitaires; 4 cas de nématodiase autochtone par parasite filaroïde (6).

N° 46, 9 Juin. — **P. F. Baratta, A. Berengo** et **G. Angeli.** Un cas de leucosarcomatose. Pathogénèse et cytochimie (7). — **G. Losano.** Sur un cas d'abcès du poumon gauche et gangrène pulmonaire subaiguë droite. Un autre cas de réticulosarcome secondaire dans un poumon tuberculeux. Observations de Sanatorium (8).

N° 48, 16 Juin. — **A. Loizzi.** Au sujet de la vésiculopathie (9).

[133] **La Riforma Medica** (Naples), an. 67, n° 23, 6 Juin 1953. — **P. Cammarano.** Méga-dolicho-artère et méga-dolicho-veine (1). — **A. Rallo.** Diagnostic d'urgence des hémorragies digestives aiguës (2).

N° 24, 13 Juin. — **F. S. de Sapia.** Évolution atypique de 2 cas d'ostéite tuberculeuse (3). — **A. Naso.** Mastectomie et reconstruction esthétique de la région mammaire avec une éponge de polyéthylène (4).

N° 25, 20 Juin. — **R. Palomba.** Fistule pyostercorale par annexite tuberculeuse (5).

N° 26, 27 Juin. — **A. Loizzi** et **A. Tallarigo.** Cholépéritoine causé par une cholécystite filtrante (6).

[134] **Rassegna Internazionale de Clinica e Terapia** (Naples), vol. 33, n° 9, 15 Mai 1953. — **G. Maconi.** Actinomycose du col traité par l'auréomycine (1).

N° 10, 31 Mai. — **G. Pelizzolo.** Réparation des pertes de substances osseuses moyennant l'emploi de l'éponge de gélatine hémostatique (2). — **P. Majone.** Chondromatoses synoviales et dysendocrinie multiple (3).

[135] **Il Progresso Medico** (Naples), vol. 9, n° 11, 15 Juin. — **L. Tropeano.** Individualisation d'un troisième facteur plasmatique de la thromboplastine (P. T. A. : « thromboplastino-plasmatique antécédente ») dont la déficience détermine une affection hémorragique du type de l'hémophilie (1).

[136] **Medicina** (Parme), vol. 3, n° 7, Janvier-Février 1953. — **E. Pasquali** et **F. Saverio Feruglio.** Les altérations fonctionnelles et histo-morphologiques du foie dans leurs relations réciproques après ligature du canal cholédoque (1). — **L. Barbera.** Sur les mycoses fongoïdes pseudo-tumorales d'emblée (2).

Pologne.

[137] **Polski Tygodnik Lekarski** (Varsovie), vol. 8, n° 18, 4 Mai 1953. — **W. Przybora.** Anesthésie susclaviculaire du plexus brachial (1).

N° 19, 11 Mai. — **T. Gonta.** La pénicilline intra-péritonéale dans les infections péritonéales d'origine appendiculaire (2).

N° 21, 25 Mai. — **E. Jaroszewski.** Vésicule biliaire double (3).

N° 22, 1er Juin. — **W. Kulesza.** Un cas rare de défaut congénital de rotation de l'intestin moyen observé chez l'adulte (4).

N° 23, 8 Juin. — **K. Zaloga.** Un test avec la vitamine K pour l'évaluation pré-opératoire de la valeur de la fonction hépatique (5). — **Eimerl** et **S. Witkowski.** Une nouvelle thérapeutique de l'endocervicite chronique (6). — **L. Orlowski.** Réticulome plasmatique diffus sans lésions du système osseux (7). — **St. Grabowski.** Un cas rare d'infarctus intestinal (8).

Portugal.

[138] **Boletim Clinico dos Hospitais Civis de Lisboa,** vol. 17, n° 1, 1953. — **Diaga Furtado, Santas Pereira** et **M. Helena Sousa.** Diagnostic des tumeurs cérébrales par les isotopes radioactifs (1). — **F. Paes Vasconcellos.** Sur les amputations amyotomiques à la racine des membres (2). — **F. Frazao.** Fibromatose de la paroi abdominale (3).

États Scandinaves.

[139] **Acta Medica Scandinavica** (Stockholm), vol. 145, fasc. 5, 27 Mai 1953. — **H. M. Gerson.** Rapport préliminaire sur le traitement avec succès du peptic ulcer avec des extraits de glande pineale et de tuber cinereum (1).

[140] **Nordisk Medicin** (Stockholm), vol. 49, n° 24, 12 Juin 1953. — **J. Kryger** et **N. A. Thorn.** Lobotomie frontale (1).

N° 25, 17 Juin. — **N. Frostberg.** Calcifications kystiques des reins (2).

N° 26, 26 Juin. — **G. Söderlund.** L'importance de l'analyse de la douleur et des examens répétés dans le syndrome abdominal aigu (3). — **K. Bergquist, A. Lundin** et **L. Thoréa.** Anesthésie au curare dans l'opération césarienne (4). — **S. Genell, H. Marcus** et **N. Zippis.** Anesthésie spinale dans l'opération césarienne (5). — **R. Aabye** et **E. Dollerup.** Valeur de la chimiothérapie post-opératoire dans l'appendicite aiguë (6). — **H. Rasmussen.** Mucocèle appendiculaire (7). — **H. B. Wulff.** Expériences de l'obturateur à valve pour colostomie (8). — **C. Villaume.** Pneumatose kystique de l'intestin (9). — **H. B. Mygind.** Chirurgie de l'hallux varus congénital (10). — **J. Sevastikoglou.** Méthode ambulatoire pour toutes les fractures de l'extrémité inférieure des malades âgés (11).

[141] **Journal of the Oslo City Hospitals** (Oslo-Norvège), vol. 8, n° 6, Juin 1953. — **S. Hjort.** Plaies de poitrine de guerre (1). — **R. Wang-Norderud.** Les principes du traitement des blessures des mâchoires (2).

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (LAUSANNE), t. 73, n° 5, Mai 1953. — **Perret.** Traitement chirurgical du complexe variqueux (1). — **A. Calame.** Sur un cas de cancer multiple du rectum (2). [142]

N° 6, Juin. — **M. Demole.** De la palpation abdominale en procubitus et en orthostatisme (3). — **J. P. Doret.** Le mécanisme de l'action antalgique des injections cutanées « loco dolenti » dans les douleurs viscérales (4). — **M. Naville.** Les hémorragies du tube digestif; syndrome de Banti et maladie de Brill-Symmers (5). — **J. Posternak.** Théories de la narcose et propriétés cellulaires (6). — **R. Roch.** Le cytodiagnostic des tumeurs de l'estomac (7). — **F. Saegesser.** Arrêt cardiaque; ressuscitation (8).

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (BALE), an. 83, n° 25, 20 Juin. — **P. Häberlin.** Thérapie de l'ulcus perforé du duodénum et de l'estomac (1). [143]

N° 26, 27 Juin. — **A. Ruttiman** et **Suter.** Le tuberculome du poumon (2).

Tchécoslovaquie.

Casopis Lekaru Ceskych (PRAGUE), an. 92, n° 24, 12 Juin 1953. — **P. Lukl** et **M. Kucera.** Transposition des grands vaisseaux (1). — **I. Bor** et **H. Padovcova.** Image inhabituelle du canal de Botal non fermé chez 9 enfants opérés (2). [144]

N° 25, 19 Juin. — **P. Málek** et **F. Prášilová.** Phénomène de Schwartzmann dans la pathogénèse des abcès pulmonaires (3). — **J. Kabelik.** Le curare; nos connaissances actuelles (4).

N° 26, 26 Juin. — **E. Aldova.** Projet pour un type standard de masque facial (5).

Lekarske Listy (BRNO), vol. 8, n° 11, 1 er Juin 1953. — **C. Vohnout.** Le léiomyome de la partie inférieure de l'œsophage (1). [145]

n° 12, 15 Juin. — **F. Ninger.** L'opération de Frenckner au cours de la pétrosite (2). — **F. Mydlil.** La lobectomie pour caverne persistante sous pneumothorax complet (3). — **M. Janecek.** Le traitement de longue durée des scolioses à l'hôpital (4).

Turquie.

Turk Tip Cemiyeti Mecmuasi (ISTANBUL), an. 19, n° 3, Mars 1953. — **F. Arel.** 1 cas de pneumonectomie pour cancer bronchique (1). — **S. Artunkal, C. Oker** et **V. Seyahi.** 1 cas de dumping-syndrom (2). — **M. Dincer.** 1 cas de sinusite maxillaire septique consécutive à une fracture du crâne (pneumo-encéphale traumatique) (3). — **M. Kuley** et **N. Ozge.** 3 cas d'appendicite chronique avec allergie cutanée et signe de Schönlein-Heenoch (4). [146]

N° 4, Avril. — **N. M. Günver.** Traitement de la tuberculose des voies urinaires (5). — **B. Gorbon.** 1 cas d'achalasie (6). — **B. Tarcan.** Adénome hypophysaire éosinophile (7). **B. Gorbon.** 2 cas de tumeurs cardio-œsophagiennes traitées par la chirurgie (8). — **V. Yener.** 1 cas de tumeur de la base du crâne traitée par les rayons X (9). — **H. Sarikadioglu** et **M. Dincer.** Abcès du cervelet (10). — **S. Akel** et **H. Berkol.** Thrombose vasculaire mésentérique (11).

Yougoslavie.

Medicales Archives (SERAJEVO), vol. 7, n° 2, Mars-Avril 1953. — **S. Petkovic.** Le traitement opératoire radical du cancer du rectum et du sigmoïde avec envahissement de la vessie (1). — **V. Cavka.** L'opération dans la région orbitaire (2). — **F. Protic.** Ostéomyélite des os du crâne (3). [147]

Canada.

The Canadian Medical Association Journal (TORONTO), vol. 68, n° 6, Juin 1953. — **M. C. Watson, J. Harkins** et **W. Paul.** L'hémorragie utérine (1). — **J. A. Gravel.** La résection pour tuberculose pulmonaire (2). — **A. F. Jones.** Veines variqueuses (3). — **Bagnall, Traynor** et **McIntosh.** La spondylite; maladie de Marie-Strumpell (4). — **P. G. Finch.** L'actinomycose de l'avant-bras (5). [148]

États-Unis.

New York State Journal of Medicine, vol. 53, n° 11, 1 er Juin 1953. — **A. F. R. Andresen.** Le problème du cancer intestinal (1). — **A. P. Raab** et **A. Gerber.** Utilisation de la cortisone et de l'A. C. T. H. dans les stades terminaux des affections malignes (2). — **R. M. Greenle** et **W. H. Berry.** Occlusion intestinale par calculs biliaires (3). [149]

N° 12, 15 Juin. — **R. A. Nabatoff.** Extirpation complète de veines variqueuses sous anesthésie locale (4).

The American Journal of Medicine (NEW-YORK), vol. 14, n° 6, Juin 1953. — **N. W. Specht, F. K. Bauer** et **R. M. Adams.** Le cancer thyroïdien, visualisation de métastases osseuses distantes par le Scintiscanner; observations au cours du traitement par l'iode radio-actif (1). — **A. M. Sabety, J. J. Thompson** et **H. Halprin.** Chylothorax traumatique (2). [150]

151 **The American Journal of the Medical Sciences** (PHILADELPHIE), vol. 225, n° 6, Juin 1953. — A. S. Weisberger et L. Persky. Calculs du rein et urémie, complications du lymphome (1

152 **The Journal of the American Medical Association** (CHICAGO), vol. 152, n° 4, 23 Mai 1953. — H. R. Mc Carrall. Sur le traitement des tumeurs malignes osseuses (1). A. D. Silk, O. A. Blamquist et R. Schindler. Ulcère de la grande courbure (2). — H. S. Dunning. I. détection d'une occlusion de la carotide interne par palpation du pharynx (3).

N° 5, 30 Mai. — G. F. Miller. Le traitement des varices œsophagiennes saignantes (4). R. P. Hohf, W. S. Dye et O. C. Julian. Dangers du blocage sympathique lombaire au cour d'une thérapeutique anticoagulante (5).

N° 6, 6 Juin. — W. Freeman. Les hasards de la lobotomie (6). — R. Landes. Calcu renal geant (7). — F. J. Rack. Néocystostomie urétéro-iléale (8). — A. R. Galgano. Longu survie dans un mélanome malin (9). — F. E. Black et J. K. Mc Clintock. Plaie perforant grave de la tête et du cou par un objet mousse (10). — C. L. Deming et B. G. Clarke. La tor sion du cordon spermatique (11).

N° 7, 13 Juin. — F. B. Mc Glone et K. C. Sawyer. Lésions et traitement de la hernie dia phragmatique (12). — H. M. Olnick et M. B. Hatcher. Péritonite à méconium (13). — W. R. Lipscomb. Traumatismes crânio-cérébraux (14).

N° 8, 20 Juin. — M. E. de Bakey et D. A. Cooley. Résection réussie d'un anévrysme d l'aorte thoracique. Réparation par greffe (15). — J. Gershon-Cohen, H. Ingleby et M. B. Her mel. Radio-diagnostic de la calcification dans le cancer du sein (16). — W. F. Rienhoff J et A. C. Woods Jr. Ligature des artères hépatique et splénique dans la cirrhose avec ascite (17).

153 **Archives of Internal Medicine** (CHICAGO), vol. 91, n° 5, Mai 1953. — I. McLean Baird Anévrysmes sacculaires de l'aorte abdominale (1). — I. Taliaferro, E. J. Wells, S. Kay et R. H. Hoge. Hyperplasie des cellules de Leydig avec masculinisation (2).

154 **Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic** (ROCHESTER), vol. 28, n° 10, 20 Mai 195 — R. P. McBurney, J. W. Kirklin, R. T. Hood Jr et H. A. Andersen. Œsophago-gastrectomi en un temps pour carcinome perforé en présence de médiastinite (1). — D. E. Donald J. W. Kirklin et J. H. Grindlay. Utilisation d'un tampon d'éponge polyvinylique dans l fermeture de larges orifices du septum atrial créés expérimentalement (2). — R. T. Hood Jr et J. E. Geraci. Infarctus du grand épiploon simulant une cholécystite aiguë. Une observation (3). — J. F. Cooney et G. S. Baker. Tumeurs intéressant le corps calleux (4).

N° 11, 3 Juin. — W. Mck Craig, R. H. Miller et C. B. Holman. Kystes du septum pallucidum; cas intéressants (5).

155 **Annals of Internal Medicine** (LANCASTER), vol. 38, n° 5, Mai 1953. — L. V. McVay Jr et D. H. Sprunt. Evaluation à long terme des résultats de l'auréomycine dans le traitement des actinomycoses (1). — S. G. Baxter et J. F. Meakins. Kystes bronchiques embryonnaires (2). — G. C. Meacham. Myélome à cellules plasmatiques (3). — Th. A. Warthin, E. W. Peterson et J. H. Barr Jr. Traitement de l'hémochromatose idiopathique par phlébotomies répétées (4). — D. F. Gibbs et N. Mac Lean. Phéochromocytome extra-surrénalien avec test F. 933 faussement négatif (5).

N° 6, Juin. — E. D. Palmer et D. P. Buchanan. La base ischémique du peptic ulcer; définition historique et etat actuel (6). — M. Moser, A. G. Prandoni, J. A. Orbison et Th. W. Mattingly. Experience clinique des agents de blocage sympathique dans la maladie des vaisseaux périphériques (7). — K. Pickard, J. J. Kelter et R. E. Rothenberg. Tumeur insulaire du pancréas; cure chirurgicale (8).

156 **Rocky Mountain Medical Journal** (DENVER), vol. 50, n° 6, Juin 1953. — H. Conway. La chirurgie des plaies traumatiques petites et grandes; brûlures comprises (1). — R. J. Bloor. Le radiodiagnostic des néoplasmes du tractus gastro-intestinal (2).

Mexique.

157 **Gaceta Medica de Mexico**, t. 82, n° 5, Septembre-Octobre 1952. G. Baz. Les hernies transdiaphragmatiques (1). — J. Farill. Homogreffes d'aponévroses chez l'homme (2).

N° 6, Novembre-Décembre. — A. Villanueva. Urétroplastie, avec la technique de l'invagination (3). (Journées de la Chirurgie de la valvule mitrale) — A. Maquivar. L'anesthesie dans la chirurgie de la valvule mitrale (4). — M. Vaguero. Valvuloplastie mitrale. Considérations chimiques et selection des malades (5). — Cl. Robles. Considérations sur la chirurgie de la sténose mitrale (6). — I. Chavez. Commentaire final (7).

Cuba.

158 **Archivos Medicos de Cuba** (LA HAVANE), vol. 3, n° 6, Octobre 1952. — C. Taboada Millas. Evaluation expérimentale et clinique de la procaïne-amide (1).

Vol. 4, n° 2, Mars 1953. — W. W. Lindenmuth. L'ulcère peptique hémorragique (2). — C. W. Muckle et R. A. Kimbrough. Diagnostic précoce et traitement des lésions pelviennes malignes (3). — M. V. Troncelliti et C. A. Hatfield. Méthodes diagnostiques et thérapeutiques pratiques pour supprimer le contrôle sympathique des membres (4).

159 **Archivos del Hospital Universitario** (HABANA, CUBA), vol. 5, n° 1, Janvier-Février 1953. — R. A. Trillo Gomez, A. Carrio Caballero R. Achkar Jacobo. Volvulus gastrique total aigu (1)

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires), vol. 40, n° 21, 22 Mai 1953. — **J. C. Ahumada, L. A. Arrighi** et **D. Calandra.** L'opération de Neugebauer. — Le Fort (vue d'ensemble sur la littérature mondiale et 48 cas personnels) (1). — **R. Matera, D. Outes** et **A. Carrillo.** Considérations sur le faisceau dit pariéto-préfrontal décrit par le professeur Fracassi (2). — **J. A. Doyle** et **J. E. Rodo.** Lymphangite carcinomateuse du poumon. Adéno-carcinome primitif du corps du pancréas (3). — **I. Blumenfeld** et **J. R. Medzlewsky.** Granulome éosinophile de la clavicule (4). — **H. Herrmann.** Appareil pour l'exécution de bains partiels ascendants du bras (5). [160]

N° 22, 29 Mai. — **E. V. Salerno.** Concepts nouveaux sur les métrorragies fonctionnelles (6). — **Kleimans** et **Kabanchik.** Le diagnostic de quelques compressions médullaires dorso-lombo-sacrées (7). — **Leo Rao.** Le *p*H du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes du crâne; sa valeur pronostique dans le post-opératoire en neuro-chirurgie. Le blocage des plexus choroïdiens (8). — **J. M. Mesa.** Appendicite aiguë (9).

N° 23, 5 Juin. — **M. Champeau** et **F. Loyudice.** Sténose congénitale du canal hépatique (10). — **H. Bogetti.** Diverticulite du cæcum (11). — **E. Magulis** et **J. Cohen.** Carcinome primitif du foie. Son association avec la cirrhose (12). — **M. Mordeglia.** Colique hépatique (13). — **C. T. Nessi.** La cyanose et l'opération des sténoses pulmonaires congénitales (14).

N° 24, 12 Juin. — **R. MacAusland.** Les prothèses de nylon dans les lésions articulaires (15). — **C. Taquini, Tricerri, Lozada, D'Aiutolo, Donaldson** et **Ballina.** La chirurgie de la sténose mitrale; résultats cliniques immédiats et éloignés (16). — **E. Fongi, R. Sammartino, D. Gotlieb** et **J. Maurique.** Fibrohémangiome rétro-péritonéal à développement antérieur (17). — **M. A. Casal.** Cholangiographie laparoscopique et chirurgie des voies biliaires (18).

La Semana Medica (Buenos-Aires), an. 60, n° 21, 21 Mai 1953. — **F. Zaragoza Gonzis.** Quand et comment doit-on opérer un estomac qui saigne. Considérations sur le traitement des hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse (1). — **J. F. Albertelli** et **C. D. Schiavo.** Plan de diagnostic et de traitement des thrombopathies utilisé dans le service gynécologique de la maternité (2). [161]

N° 22, 28 Mai. — **S. Luis Sala.** La résection du nerf pré-sacré. Ses répercussions obstétricales (3). — **M. Joselevich** et **M. Calvagno.** Cancer bronchogénique chez un malade porteur d'un épithélioma cutané (4).

N° 23, 4 Juin. — **A. R. Albanese** et **J. C. Garcia.** Syndrome du corpuscule carotidien et hyperplasie de l'artère carotide primitive (5).

N° 24, 11 Juin. — **J. de Filippi.** Les isotopes et le cancer (6). — **C. Alb de Pierris.** L'incision de Pfannenstiel cachée (7).

Revista de la Association Medica Argentina (Buenos-Aires), t. 67, n° 745-746, 15-30 Mars 1953. — [*Sociétés*]. **J. A. Ferreira.** La phusiopathologie du shock chirurgical (1). — **J. P. Lacour.** Symptomatologie et diagnostic du shock chirurgical (2). — **J. Schavelzon.** Traitement du shock chirurgical (3). — **J. Catterberg.** Traitement du schock chirurgical (4). — **J. A. Rizzo** et **H. Bogetti.** Ostéite pubienne (5). [162]

Brésil.

Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro), vol. 10, n° 4, Avril 1953. — **J. P. Lopes Pontes** et **N. Caminha.** Étude radiologique de l'intestin grêle dans l'hypertension portale (1). [163]

O Hospital (Rio de Janeiro), vol. 43, n° 6, Juin 1953. — **F. Paulino** et **P. Marquès de Souza.** Plastie complémentaire dans les mastectomies radicales (1). [164]

Medicina, Cirugia, Farmacia (Rio de Janeiro), n° 205, Mai 1953. — **F. Paulino, D. E. Junqueira de Morais** et **P. Pernambuco.** Gastrectomie totale (1). — **P. Correia** et **J. Laurenço.** Brûlures par électricité (2). — **Ricardo Costa.** Ostéotomies sus-condyliennes du fémur (3). [165]

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia (Sao Paulo), vol. 63, n° 2, Février 1953. — **J. A. Otermin Aguirre** et **W. Gonzalez Otharan.** Fracture de la première côte (1). — **M. A. Companario.** Fistules biliaires internes (2). [166]

Uruguay.

Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades (Montevideo), t. 41, n° 3-4, Septembre-Octobre 1952. — **M. Ferrari** et **H. Kasdorf.** Formes vertébro-médullaires de la maladie de Hodgkin (1). — [*Société*]. **L. M. Boschdel Marco, E. J. Canabal, J. Dighiero, J. M. Baldomir, C. Suzacq** et **P. F. Antiga.** Kyste hydatique du cœur localisé dans le ventricule gauche; opération; guérison (2). — **M. Miqueo Narancio.** Opération de Madlener; gastrectomie palliative pour ulcère (3). — **E. Palma, E. Zerboal** et **F. Mendy.** Néoplasme de l'œsophage; œsophagectomie (4). — **J. C. del Campo.** Cancer du côlon droit (5). [167]

Chili.

Revista Medica de Chile (Santiago), an. 81, n° 2, Février 1953. — **R. Celis, A. Donoso, D. Donner, E. Amenabar** et **Vicente del Solar.** Caractères radiologiques de l'iléon normal (1). [168]

Moyen-Orient.

Acta Medica Orientalia (Jérusalem), vol. 12, n° 5, Mai 1953. — **E. Joseph, A. Rabinovici, A. de Vries** et **A. M. Cohen.** Ligature des artères hépatique et splénique en cas de cirrhose du foie (1). — **H. Milwidsky.** La chirurgie de l'hypertension portale (2). [169]

[170] **Revue Médicale du Moyen Orient** (BEYROUTH), an. 10, n° 1, Janvier-Mars 1953. — **X. Sérafino.** Les perturbations physico-chimiques sanguines dans les états pré-thrombosiques (1).

Iran.

[171] **Revue de la Faculté de Médecine** (TEHERAN), an. 10, n° 9, Juin 1953. — **E. Tchehrazi** et **E. Samii.** La céphalée ne doit plus être considérée comme un signe pathognomonique constant des tumeurs cérébrales (1).

Inde.

[172] **Calcutta Medical Journal,** vol. 50, n° 2, Février 1953. — **R. H. Betts.** Le traitement chirurgical des lésions bénignes de l'œsophage (1).

N° 3, Mars. — **S. C. Gupta.** La sensibilité des viscères abdominaux et du péritoine (2).

N° 4, Avril. — **Devaprosad Ghosh.** 1 cas de fracture bilatérale du col du radius avec fracture comminutive de Colles bilatérale (3).

Japon.

[173] **Iryo** (TOKIO), vol. 7, n° 1, Janvier 1953. — **N. Takeda** et **collaborateurs.** 1 cas de tuberculose musculaire de la paroi abdominale (1). — **S. Sato.** 1 cas d'invagination intestinale par cancer du grêle (2). — **N. Kimura.** 1 cas de cancer du poumon découvert à l'occasion d'une fracture du coccyx (3).

Australie.

[174] **The Medical Journal of Australia** (SIDNEY), vol. 40, n° 19, 9 Mai 1953. — **Hickey.** Gènes et sirénomèles; théories changeantes de la cause des anomalies congénitales (1). — **V. H. Wallace.** Perforation traumatique de l'urèthre (2).

N° 20, 16 Mai. — **K. A. McGarrity.** La valeur des biopsies en série après irradiation du cancer du col utérin (3). — **K. Cuningham.** Virilisme chez une femme adulte; diagnostic et traitement (4).

N° 21, 23 Mai. — **H. Mortensen.** Le traitement du cancer de la prostate par un nouvel œstrogène (5). — **N. Paton.** Les accidents de l'anesthésie (6). — **Th. F. Rose.** Diverticulose multiple du jéjunum et de l'iléon (7).

N° 22, 30 Mai. — **K. J. Friend** et **E. A. Lennon.** La maladie hydatique au Royal Hobart Hospital (8). — **Russell Godby.** La chirurgie thoracique dans les Montagnes bleues (9).

Afrique du Sud.

[175] **South African Medical Journal** (CAPETOWN), vol. 27, n° 22, 30 Mai 1953. — **R. P. Schach.** Le syndrome uréthral chez les femmes (1).

N° 23, 6 Juin. — **J. Penn, G. Clayden** et **H. Bentel.** Traitement du bec-de-lièvre et de la fente palatine en Afrique du Sud; revue de 500 cas (2). — **C. W. Coplans.** Un collier cervical pratique (3).

N° 24, 13 Juin. — **C. L. Wicht, T. Fichardt** et **R. N. L. Rauch.** Pneumopéritoine et splénographie dans le radio-diagnostic des kystes spléniques (4).

N° 25, 20 Juin. — **C. Marks.** Granulome iléo-cæcal non spécifique (5). — **S. Sacks.** Aspects orthopédiques de l'arthrite chronique (6).

IV. Sociétés.

[176] **Académie de Chirurgie,** 11 *Mars* 1953. — Cœur pulmonaire aigu; artériotomie pulmonaire gauche; embolectomie rétrograde partielle; guérison (**P. Marion** [rapport **R. Leriche**]) (1). — Dysuries congénitales d'origine non cervicale; 12 cas de valvules de l'urèthre (**P. Boissonnat** [rapport **L. Michon**]) (2). — Les indications opératoires dans la lithiase cholédocienne (**R. Soupault** et **M. Champeau**) (3). — La lithiase cholédocienne; résultats opératoires (**P. Brocq, Poilleux, Cohen-Boulakia**) (4). — Du traitement chirurgical de la lithiase cholédocienne (**J. Hepp**) (5). — Les indications opératoires dans la lithiase du cholédoque (**J. Sénèque**) (6). — La place de la cholédoco--duodénostomie dans la lithiase de la voie principale (**Ameline**) (7).

18 *Mars.* — Du traitement des kystes hydatiques du poumon (**Ivan Goni Morano**) (8). — Sur 11 opérations de Heller (**J. A. Barrier** et **P. Lataix**) (9). — Traitement des paraplégies pottiques par décompression antéro-latérale (**H. J. Seddon**) (10). — Reconstruction de la continuité gastro-duodénale chez les gastrectomisés, par interposition segmentaire du côlon transverse; opération de Moroney (**J. Hepp**) (11). — Hépatectomie gauche pour volumineuse métastase d'un cancer cardio-œsophagien (**H. Welti**) (12).

25 *Mars.* — Sur la communication de MM. Barrier et Lataix : sur 11 opérations de Heller (**J. L. Lortat-Jacob**) (13). — L'appendicite chronique ou subaiguë; cause fréquente de lombalgie ou lombo-sciatique (**G. Morer** [rapport **L. Houdard**]) (14). — 2 cas suivis d'œsophago-gastrostomie pour méga-œsophage (**C. N. Alivisatos** [rapport **S. Blondin**]) (15). — Anévrysmes brachio-céphaliques; cure de 2 cas, le premier par greffe, le second par envelop-

pement de cellophane (**J. Oudot** [rapport **J. Patel**]) (**16**). — Sur 260 observations de chirurgie biliaire sous contrôle radio-manométrique per-opératoire (**M. Roux, Debray** et **Le Canuet**) (**17**). [176]

[*Mémoires de l'Académie*, t. **79**, n°s 10, 11 et 12, 1953].

22 *Avril*. — Péritonite par perforation d'un rein calculeux (**J. Michon** [rapport **Couvelaire**]) (**18**). — Le syndrome de compression de la veine sous-clavière au défilé scalénosous-clavier (**Lapeyre, Carabanola** et **Lisbonne** [rapport **J. Hepp**]) (**19**). — 1 cas de tétanos sans trismus (**Nini** [rapport **A. Sicard**]) (**20**). — Adénolymphite mésentérique aiguë de l'enfant (**G. Laurence, Tournier, Prochiantz, Berge** et **Lebrun**) (**21**).

29 *Avril*. — Invagination intestinale et adénite mésentérique (**Moulonguet** et **Crepatte**) (**22**). — Des fractures basses du tibia, traitement par enclouage percutané à pénétration malléolaire (**P. Lanthier** [rapport **F. Poilleux**]) (**23**). — Une statistique d'hystérectomies abdominales totales avec fermeture immédiate du vagin (**L. Bressot** [rapport **Ménégaux**]) (**24**). — Gouttière marine modèle 1952 (**A. Hébraud** [rapport **Pervès**]) (**25**). — L'enclouage fémoro-tibial dans les pseudarthroses sus-condyliennes du fémur (**J. Gosset**) (**26**). — Des fractures du calcanéum avec enfoncement thalamique (**J. Gosset**) (**27**). — Traitement d'un grand raccourcissement du membre inférieur par intervention sur le membre sain (**Vergoz**) (**28**).

[*Ibidem*, n°s 13 et 14].

6 *Mai*. — L'hypotension contrôlée en chirurgie générale (**A. Sicard** et **Y. Sibaud**) (**29**). — Bilan de 2 années d'expérience de l'hypotension contrôlée (**R. Merle d'Aubigné** et **E. Kern**) (**30**). — L'hypotension contrôlée en neuro-chirurgie (**D. Petit-Dutaillis** et **G. Guiot**) (**31**). — Sur l'hibernation artificielle en chirurgie (**J. Sénèque** et **P. Huguenard**) (**32**). — Sur 92 cas d'hibernation (**J. Hepp** et **Alluaume**) (**33**).

13 *Mai*. — Hibernothérapie et neuro-chirurgie; sur 72 cas (**G. Lazorthes** et **O. Campan** [rapport **J. Meillère**]) (**34**). — Introduction des méthodes de Laborit dans le traitement des chocs de guerre en Indochine (**Nicol, Mattéi, Brun-Buisson, François, Jaffry** et **Lagneau** [rapport **J. Gosset**]) (**35**). — Hernie diaphragmatique, ulcère et sténose de l'œsophage (**L. Barraya, Barriera, Miniconi** et **Michelon**) (**36**). — La tactique chirurgicale dans les hémorragies graves des contusions de la fesse (**R. Monod, Vandorem** et **Teinturier**) (**37**). — 200 cas de prognatisme traités chirurgicalement (**L. Dufourmentel**) (**38**). — Deux gastrectomies totales pour cancer datant de plus de 5 et 6 ans (**J. C. Rudler**) (**39**).

[*Ibidem*, n°s 15 et 16].

20 *Mai*. — A propos de l'hibernation artificielle (**M. Thalheimer, M. Caillol** et **E. Thullier**) (**40**). — Hypothermie contrôlée et hyperthyroïdie (**J. Ducuing** et **Mme J. Rieunau-Serra**) (**41**). — Pyonéphrose à monilia albicans (**J. Vergoz** et **R. Simon** [rapport **P. L. Chigot**)] (**42**). — La cure des grosses cystocèles par voie combinée vagino-abdominale (**H. Courriadès** [rapport **Funck-Brentano**]) (**43**). — Recherches récentes sur la pathogénie de la coxarthrose (**Trueta**) (**44**). — Sur les arthroplasties de la hanche; physiopathologie et modification de la prothèse (**J. J. Herbert**) (**45**). — La dislocation radio-cubitale inférieure au cours des fractures diaphysaires de l'avant-bras avec luxation postérieure de la tête cubitale (**Magnant**) (**46**). — Cholangiographie; radiographies (**Al. Mouchet** et **J. Marquant**) (**47**).

27 *Mai*. — Sur 1 cas de xanthomatose osseuse diffuse extra-crânienne (**Fouchet, Cotrel, Duriez, Tersen, Morel** et **Debeaumont** [rapport **Gérard-Marchant**) (**48**). — Des applications locales de placenta dans les fistules intestinales (**J. Moula** [rapport **Ménégaux**]) (**49**). — Le traitement chirurgical systématique du cancer du col utérin; résultats de 5 ans (**A. Brunschwig** [rapport **Ménégaux**]) (**50**). — Résultats de l'arthroplastie dans les coxarthries et subluxations de la hanche avec un recul de 4 ans (**R. Merle d'Aubigné** et **M. Postel**) (**51**). — Survie de 5 ans après œsophagectomie pour cancer de la partie moyenne (**L. Leger** et **Léandri**) (**52**).

[*Ibidem*, n°s 17 et 18].

Société des Chirurgiens de Paris, 6 *Février* 1953. — Aspects cliniques de l'adénite mésentérique aiguë; 5 cas (**P. Schaad** [rapport **J. Petit**]) (**1**). — Traitement chirurgical palliatif de la paralysie faciale (**G. Ginestet, Frezières** et **Dupuis**) (**2**). — Essai de reconstitution prothétique de l'œsophage chez l'homme, par un tube en matière plastique (**S. Tchékoff**) (**3**). — Occlusion par ulcération du jéjunum, maladie ulcéreuse à multi-localisation (**Klisgowski**) (**4**). [177]

[*Bulletins et Mémoires*, t. **43**, n° 1, 1953].

20 *Février*. — Du retard de cicatrisation dans certains cas pathologiques (**Guillot**) (**5**). — Un cas de luxation sous-astragalienne du pied en dehors (**Simon, Delvoye** et **Devors** [rapport **Raphaël Massart**]) (**6**).

6 *Mars*. — De l'ostéite costale dans l'abcès froid thoracique (**R. Kaufmann** [rapport **G. C. Simon**] : discussion) (**7**). — Deux cas de reins spongieux (**P. J. Viala** [rapport **R. Massart**]) (**8**). — Les frottis prostatiques; leur intérêt diagnostique dans le cancer de la prostate (**P. J. Viala** [rapport **R. Massart**]) (**9**). — De l'utilisation de la rotule dans les résections du genou pour tuberculose (**Simon, Touzard** et **Devors** : discussion) (**10**).

[*Ibidem*, n° 2].

Société de Chirurgie de Lyon, 8 *Janvier* 1953. — Sur le cerclage dans les fractures spiroïdes des os longs (**J. Creyssel**) (**1**). — Emploi de tissus de glissement dans la chirurgie restauratrice des tendons fléchisseurs des doigts (**P. Colson, P. Stagnara** et **H. Houot**) (**2**). [178]

15 *Janvier*. — Du syndrome des côtes cervicales (**J. Francillon**) (**3**). — Pelvectomie totale d'urgence pour hémorragie grave dans un cancer du col utérin avancé (**Dargent** et **Descotes**) (**4**). — Ictère chronique par néoplasme étendu de la vésicule; gastro-intra-hépatocholangiostomie; technique de Dogliotti (**R. Gautier** et **P. Bernard** [rapport **Mallet-Guy**]) (**5**). — Réanimation par injection de sang intra-artériel à contre courant (**P. Fourrier** [rapport **P. Mallet-Guy**]) (**6**).

22 *Janvier*. — Sur un cas de lipome du médiastin postérieur (**Bonniot, Barrié** et **Brancato**) (**7**). — 5 observations à l'actif de la pénicillinothérapie intrapéritonéale continue dans le traitement des péritonites généralisées (**J. Ferrand** et **P. Tardieu** [rapport **J. Francillon**]) (**8**). — Radiomanomètre électrique avec thermostat et enregistreur de pression biliaire (**A. E. Fogliatti** [rapport **P. Mallet-Guy**]) (**9**). — Des soi-disant tumeurs primitives du cou; tumeur carotidienne basse révélatrice d'un petit épithélioma thyroïdien adénogène latent (**Dargent** et **Descotes**) (**10**).

178 29 *Janvier.* — Greffes cutanées en timbre poste simples et fractionnées (**P. Fourrier** [rapport **Guilleminet**]) (11). — Oblitération artérielle des membres inférieurs chez un rhumatisant traité par l'A. C. T. H. (**Wertheimer, Maret** et **Desbrosses**) (12). — Décès 10 heures après pneumonectomie droite pour cancer par absence de reprise de l'automatisme respiratoire (**E. Corajod** et **H. Vignon**) (13).
[*Lyon Chirurgical*, t. **48**, n° 4, 1953].

179 **Société de Chirurgie de Marseille,** 13 *Octobre* 1952. — Brûlures graves du dos de la main; plasties cutanées libres et pédiculées (**Pierre**) (1). — Sur le traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques du poumon; 2 cas (**Dor** et **Quilici**) (2).
20 *Octobre.* — Corps étranger de l'œsophage (**Appaix** et **Brémond** [rapport **J. Lamy**]) (3). — Occlusion par bride sur la base d'un diverticule de Meckel (**X. Sérafino**) (4). — Biopsie intestinale au cours d'une opération pour appendicite aiguë (**J. Lamy** et **G. Michotey**) (5).
27 *Octobre.* — Résultats de greffes d'os hétérogènes réfrigérés (**L. Dejou**) (6). — Prolapsus génital traité par greffes de derme (**Pierre** et **Martin-Laval**) (7).
3 *Novembre.* — Extirpation d'un anévrysme iléo-fémoral (**Foucard** [rapport **Léna**]) (8). Œsophage préthoracique avec l'iléo-côlon (**J. Dor, Quilici** et **de Angelis**) (9). — Drainage en chirurgie thoracique; présentation d'un drain (**Longefait** [rapport **Métras**]) (10).
17 *Novembre.* — La désobstruction bronchique dans le traitement des troubles de la ventilation, séquelles de la primo-infection (**Giraud** et **Métras**) (11). — Thorotrastome de la racine de la cuisse à manifestation clinique tardive (**J. Lamy** et **Michotey**) (12).
24 *Novembre.* — Constatations anatomiques à l'enlèvement d'un cup de vitallium, 3 ans et demi après une arthroplastie de la hanche (**M. Salmon** et **Trifaud**) (13). — Pièce d'atrésie œsophagienne (**E. Henry**) (14).
1er *Décembre.* — Chorio-épithéliome médiastino-pulmonaire (**E. Reboud** [rapport **J. Dor**]) (15). — Disjonction pubienne avec fracture des deux branches iléo- et ischio-pubiennes (**D. Corti** [rapport **Salmon**]) (16). — Kyste central de la langue (**Pierre, Bimar** et **Garrarino**) (17). — Aspects radiographiques inhabituels du kyste hydatique du poumon (**J. Dor**] (18).
8 *Décembre.* — Sur le diagnostic et le traitement des thromboses de la carotide interne (**J. Bonnal** [rapport **J. Paillas**]) (19).
15 *Décembre.* — Sténose cicatricielle du pylore après ingestion de liquide caustique chez un enfant; pyloroplastie; guérison (**Salmon** et **Trifaud**) (20). — Drame abdominal : rupture d'un anévrysme de l'artère rénale chez une enfant (**Salmon, Trifaud, Bimar, Aubrespy** et **Sedat**) (21).
22 *Décembre.* — Hémorragie cataclysmique chez une enfant de 2 ans; réanimation par transfusion artérielle (**Dalmas, Bellon** et **Fabre**) (22). — Kyste hydatique du cerveau chez une enfant de 10 ans (**Vigouroux** [rapport **J. Paillas**]) (23). — Opération de Millin pour incontinence d'urine chez la femme (**Chauvin** et **Laval** [rapport **J. Lamy**]) (24). — Tumeur kystique développée dans le pancréas (**Passebois** [rapport **Dalmas**]) (25).
[*Marseille Chirurgical*, an. **5**, n° 1, *Janvier-Février* 1953].

180 **Société de Chirurgie de Toulouse,** 30 *Avril* 1952. — Collection bilio-gazeuse sous-hépatique (**R. Dieulafé**) (1). — Images pseudo-néoplasiques de l'estomac observées à titre de séquelles des pancréatites aiguës (**Ducuing, Grimoud, Lapeyrere** et **Bruguier**) (2). — Résultats du traitement chirurgical des séquelles de phlébite (**Ducuing, Enjalbert** et **Gedeon**) (3). — Perforation traumatique de l'œsophage; médiastinotomie cervicale; guérison (**Escat** et **Desplas**) (4). — Volumineux anévrysmes de la fourche des iliaques gauches (**J. Ducuing, J. Gouzy, Enjalbert** et **Gedeon**) (5). — Lombosciatalgie et greffe osseuse (**Lazorthes** et **Rieunau**) (6). — Sympathectomie lombaire; technique de Cid dos Santos, dans les affections vasculaires des membres (**J. Ducuing, Enjalbert** et **Gedeon**) (7).
25 *Juin.* — Enclouage centro-médullaire du fémur; 9 cas personnels (**F. Jung** [rapport **Rieunau**]) (8). — De l'enclouage centro-médullaire des fractures du fémur (**Rieunau** et **Ficat**) (9). — Invagination rétrograde dans une bouche de gastro-entérostomie chez un vagotomisé (**Dieulafé**) (10).
[*Toulouse Médical*, an. **54**, n° 6, *Juin* 1953].

181 **Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest,** [*Réunion d'Orthopédie*, 9 *Décembre* 1952]. — Les attitudes anormales de la tête chez les parkinsoniens (**Ch.** et **J. Lasserre** et **J. Paulhiac**) (1). — Un cas de maladie d'Albers Schonberg (**Touya**) (2). — Fracture avec grand déplacement de l'extrémité supérieure du radius; réduction; ostéosynthèse par fil d'acier (**R. Guérin**) (3). — Fixation des scolioses par greffon avec prothèse acrylique de soutien (**J. Majnoni d'Intignano**) (4). — Dyschondroplasie d'Ollier ou maladie de Jaffe-Lichtenstein ? (**P. Le Scouezec, Cazeilles, Javel, Pujol** et **Debonnière**) (5).
[*Bordeaux Chirurgical*, n° 1, *Janvier* 1953].

182 **Société Française de Gynécologie,** 19 *Janvier* 1953. — Retentissement des grandes étapes de la vie génitale sur le corps thyroïde (**Mercier** [rapport **Papillon**]) (1). — La détection du glycogène dans les frottis vaginaux; coloration; résultats (**J. Magendie, Irène Bernard, R. Cator** et **Mme E. Michaud**) (2).
[*Comptes-Rendus*, an. **23**, n° 1, *Janvier* 1953].
16 *Février.* — Un cas de kyste du vagin (**L. Bonnet, P. Blum** et **Mme Wechsler**) (3). — Étude colposcopique de 110 cas soumis à l'électrocoagulation du col utérin (**J. Berger** [rapport **Palmer**]) (4). — Les dysplasies du museau de tanche et leur traitement par la biopsie exérèse à l'anse diathermique (**R. Palmer**) (5). — Valeur et intérêt de l'examen microscopique de la glaire cervicale; Samavabaia-test (**A. Pye**) (6).
[*Ibidem*, n° 2, *Février*].

183 **Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française** [*Paris*] 2 *Mars* 1953. — Une observation d'hibernation au cours d'une crise d'éclampsie grave; guérison; enfant vivant (**J. Grasset, H. Laborit, Y. Malinas, R. Gauthier** et **M. Grégoire**) (1).
[*Rogale Belge*]. 10 *Janvier* 1953. — Du traitement actuel du tétanos post-abortum (**Henrion**) (2). — Implantation tubo-utérine bilatérale; grossesse; hystéro-salpingographie (**G. Wintgens**) (3). — Sur 1 236 cas de cancer du col utérin (**J. Closon, P. Desaive** et **O. Gos-**

selin) (4). — Pseudo-hématome récidivant du Douglas (**R. V. Piton**) (5). — Grossesse et utérus biloculaires unicervicaux et endométriose appendiculaire (**J. Limage**) (6). [183]

[*Suisse Romande*]. Trois castrations opératoires chez des femmes jeunes; traitement hormonal (**Krafft**) (7). — L'iode radio-actif peut-il provoquer la mort de l'œuf in utero ? (**R. L. Rochat**) (8). — Traitement opératoire dans l'infarctus utéro-annexiel après injection intra-utérine d'eau de savon (**L. Rochat**) (9).

[*Alger*]. 18 *Décembre* 1952. — Accouchement après pneumectomie (**Houël** et **J. Houël**) (10). — Cancer du col restant; roentgenthérapie transvaginale (**C. Vergoz**) (11). — Tuberculose de l'endomètre traitée par l'hydrazide de l'acide nicotinique (**A. Laffont** et **A. Assus**) (12). — La place de l'entorse sacro-iliaque dans la rupture de la symphyse pubienne (**J. Salasc**) (13). — Traitement des mastites puerpérales (**J. Salasc**) (14).

[*Lyon*]. Deux kystes du mésocôlon ayant simulé une tumeur ovarienne (**R. Labry** et **R. Cattin**) (15). — Action des ganglioplégiques dans un cas de pré-éclampsie et un cas de néphrite chronique avec hypertension au cours de la grossesse (**Pigeaud, Gonnet, Béné** et **Gabriel**) (16).

[*Marseille*]. 24 *Février* 1953. — Cancer du col et grossesse; résultat éloigné (**J. Chosson** et **Paoli**) (17). — Sur le traitement des métrites par instillations continues d'antibiotiques et d'hyaluronidase (**H. Serment** et **Martin-Laval**) (18). — L'appendicite aiguë au cours du travail (**Gairand** et **Martin-Laval**) (19). — Résection étendue de tissu ovarien, annexectomie controlatérale; grossesse (**J. Morrisson-Lacombe**) (20).

[*Montpellier*]. 20 *Mars* 1953. — Emploi des crinoplaques dans le traitement du prolapsus vaginal antérieur (**Godlewski**) (21). — Prolapsus génital, injection intra-utérine involontaire; perforation secondaire (**A. Aimes** et **Bories-Azeau**) (22). — Deux cas d'adénome précancéreux du col utérin (**R. Joyeux**) (23). — Méthylergobasine et hémostase utérine (**Caderas de Kerleau, Durand** et **C. Cazalis**) (24). — Image hysterographique de morula corporéale (**G. Roux, Marchal** et **Rapp**) (25). — Un cas d'emphysème vaginal (**Caderas de Kerleau, Durand** et **Thuile**) (26). — Inconvénients et dangers des œstrogènes donnés à fortes doses après la ménopause (**G. Roux, Marchal** et **Rapp**) (27). — Épithélioma malpighien du col propagé au corps utérin et à la trompe (**G. Roux, Marchal** et **Rapp**) (28).

[*Nancy*]. 18 *Février* 1953. — Brides amniotiques multiples ayant entraîné l'interruption de la grossesse par striction du cordon (**J. Louyot** et **J. Facq**) (29). — Tumeur de la granulosa chez une fille de 14 ans (**P. Bertrand, Florentin, Neimann** et **Zyzek**) (30).

[*Ouest*]. Atrésie œsophagienne avec inondation pulmonaire chez un nouveau-né (**Jarrousse, Grislain** et **Bureau**) (31).

[*Strasbourg*]. 7 *Mars* 1953. — Endométrioses sur cicatrices périnéales, vulvaires et vaginales (**P. L'Huillier, Gandat** et **Hollaender**) (32). — Métastase de l'uréthre d'un épithélioma ovarien (**Gros** et **Veillon**) (33). — Biopsies dirigées dans les cancers du sein (**Grod** et **Sigrist**) (34). — Les épithéliomas folliculaires de l'ovaire d'oririne germinative; considérations histogéniques (**L. Fruhling** et **Ozbek**) (35).

[*Toulouse*]. 17 *Décembre* 1952. — Péritonite a perfringens au début de la grossesse (**Monrozies**) (36). — Deux cas d'hématome infecté du ligament large après césarienne basse transversale (**Guilhem, Pontonnier** et **Monrozies**) (37).

18 *Mars* 1953. — Phlébographies pelviennes par voie utérine dans les suites de couches (**Guilhem** et **Baux**) (38). — Incoagulabilité sanguine après césarienne (**Baux, Espagno, Ducas** et **Blanc**) (39).

[*Bulletin de la Fédération*, t. 5, n° 2, 1953].

Société Française d,Urologie, 19 *Janvier* 1953. — Deux cas de surrénalectomie pour néoplasme étendu de la prostate (**R. Darget** et **R. Ballanger**) (1). — Guérison anatomiquementvérifiée d'une tuberculose rénale traitée par la Streptomycine et le P. A. S. (**P. Aboulker** et **J. Paraf**) (2). — Petite vessie, reflux et énervation vésicale (**J. Lange**) (3). — Tumeur sur rein en fer à cheval; héminéphrectomie (**J. Querneau**) (4). [184]

[*Journal d'Urologie*, t. 59, n° 1-2, 1953].

16 *Février*. — Malformation congénitale complexe chez un nourrisson (**L. Lafrance**) (5). — Ablation d'un calcul du bassinet à la sonde lasso (**Delinotte**) (6). — Deux cystoplasties de l'extrémité inférieure de l'uretère pour fistules urétéro-vaginales (**P. Aboulker**) (7). — Calculs coralliformes de l'enfant (**J. Pertus** [rapport **Küss**]) (8). — Étude expérimentale de l'opération de Boari (**Chauvin** [rapport **Darget**]) (9).

16 *Mars*. — Guérison spontanée d'une tumeur vésicale après urétéro-entérostomie (**E. Chauvin**) (10). — Tumeur para-néphrétique à type de tumeur mésenchymateuse de Dominici; chez une fillette (**Fresnais** [rapport **R. Bouchard**]) (11). — Sur un cas d'infarctus du rein (**Wetterwald** [rapport **Aboulker**]) (12).

[*Sud-Est*]. 14 *Décembre* 1952. — Tumeur latente de l'intestin révélée par des hématuries et une tumeur vésicale (**E. Chauvin**) (13). — Infarctus épididymaire par torsion (**Truc, Guillaume, Candon** et **Cazalis**) (14). — Un cas de rupture de l'induration plastique des corps caverneux (**Truc, Guillaume** et **Vidal**) (15). — Expulsion d'un calcul de l'uretère au cours d'une urographie, avec disparition immédiate de la néphrographie (**A. Rometti** et **J. Revillon**) (16). — Rein ectopique pelvien tuberculeux (**Orsoni** [rapport **Chauvin**]) (17). — Nouveau cas d'atrophie testiculaire consécutive à une cure radicale de hernie inguinale (**H. F. Chauvin**) (18). — Uretère rétrocave probable décelé à l'urographie intra-veineuse (**H. F. Chauvin**) (19). — Deux nouveaux cas de désorientation rénale (**Chauvin**) (20). — Signe du mentonnier et cancer de la prostate (**Ch. Lahayville**) (21).

[*Ibidem*, b° 3-4, 1953].

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 12 *Janvier* 1953. — La bauhinite œdémateuse; œdème inflammatoire pseudo-tumoral de la valvule de Bauhin (**Ch. Debray, A. Rubens-Duval, F. Pergola, J. Roge** et **J. Auvillain**) (1). — Aspects radiologiques faussement bénins des tumeurs gastriques (**A. Simon** et **Markovits**) (2). — Sur les conditions techniques du contrôle manométrique per-opératoire des voies biliaires (**P. Mallet-Guy, G. Devic, R. Feit** et **J. Descotes**) (3). — Manomètre électronique de M. Kapandji (**Guy Albot**) (4). [185]

[*Sud-Ouest*]. 28 *Septembre* 1952. — Gastrite hypertrophique pseudo-tumorale (**A. Bergeron** et **P. Mora**) (5). — Métastase osseuse du cancer de l'œsophage (**P. Marquès, E. Aversenq** et **J. Belossi**) (6). — 5 000 examens radiologiques de l'appareil digestif (**H. Pons**) (7). — Sur une tumeur maligne du cadre duodénal (**Martrou, Hervy** et **J. Raymond**) (8). — Un cas

[185] d'hyperplasie du tissu lymphoïde de la sous-muqueuse gastrique ayant simulé anatomiquement et radiologiquement une formation tumorale (**Demartial** et **H. Filhoulaud**) (9).

[*Région Lyonnaise*]. 26 *Octobre* 1952. — Coexistence d'un double ulcère de la petite courbure avec un cancer prépylorique (**P. Delore, Chapuy** et **Francillon**) (10). — Association d'ulcère de la petite courbure et de cancer du pylore (**Peycelon** et **Bernay**) (11). — Coexistence d'un cancer sus-angulaire et d'un cancer prépylorique à type de linite apparu sur une image de réaction antrale (**P. Bernay** et **A. Houver**) (12). — Sur un cas de mélanose recto-sigmoïdienne (**A. Chapuy** et **H. Terrier**) (13). — Rôle déclenchant possible d'un traitement médicamenteux dans l'apparition d'une poussée ulcéreuse chez deux malades atteints d'ulcère de la petite courbure (**M. Levrat**) (14). — Premiers essais d'un plasma hétérologue déspécifié dans les cirrhoses alcooliques avec ascite (**Girard, Dorche, Coulet** et **Rollet**) (15). — Fistules bilio-digestives; 12 observations (**P. Santy, P. Michaud** et **Roche**) (16). — Syndrome cholédocien par tumeur bénigne de l'ampoule de Vater; exérèse; guérison (**Girard, Fraisse, Marion, Denis** et **Badon**) (17). — Deux cas d'ulcère peptique de l'œsophage; possibilités et limites du traitement médical (**Michaud** et **Mayer**) (18).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. **42**, n° 2, *Février* 1953].

9 *Février*. — Léiomyome de l'iléon à développement sous-séreux compliqué de fissuration de la tumeur et de volvulus de l'anse grêle (**Siffre** et **Fontan**) (19). — Gastrectomie totale élargie pour cancer de l'estomac, récidivé après gastrectomie sub-totale (**H. Welti** et **A. Parisi**) (20). — Échinococcose alvéolaire (**Kerneis** et **Delord**) (21). — Échinococcose alvéolaire du foie (**A. Lambling, J. Hepp, M. Conte, J. Ristelhueber, S. Bonfils** et **Girey**) (22). — Hémorragie grave de la tranche de section après gastrectomie; traitement par aspiration intra-gastrique continue (**J. C. Reymond** [rapport **P. Moulonguet**]) (25). — Troubles digestifs particulièrement prolongés de la phase post-opératoire (**M. Lévy** et **M. Sapir**) (24).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. **42**, n° 3, *Mars* 1953].

[186] **Société Française de Neurologie**, 8 *Janvier* 1953. — Gliomes des ventricules latéraux; tableaux cliniques et ventriculographies (**E. Tolosa**) (1). — Traumatisme de la moelle et des racines cervicales; fractures et luxations de la colonne cervicale (**Soriano**) (2). — Discarthroses cervicales et syndromes médullaires (**J. Guillaume** et **J. F. Caron**) (3).

[*Revue Neurologique*, t. **88**, n° 1, 1953].

5 *Février*. — Syndrome médullaire à type de paraplégie spasmodique secondaire à une arthrose cervicale (**Bonduelle, Bouygues** et **Testard**) (4). — Médulloblastome du IV^e^ ventricule, opéré et guéri; syndrome de l'hydrocéphalie ventriculaire résiduelle (**M. Feld** et **Berdet**) (5).

[*Ibidem*, n° 2].

5 *Mars*. — Observation nouvelle d'indifférence congénitale universelle à la douleur (**Girard, Devic** et **Garin**) (6). — Cholestéatome rachidien sous-arachnoïdien, en D9 (**Poursines, Alliez, Vigouroux** et **Knebellmann**) (7). — Observations de syndrome du canal carpien (**Arné Geneste** et **Loiseau**) (8).

[*Ibidem*, n° 3].

[187] **Société Médicale des Hôpitaux de Paris**, 17 *Avril* 1953. — Épidurite suppurée probable à staphylocoque (**Boquien, Hervouet, Lhermitte** et **Lucas**) (1). — Sur 4 observations d'infections traitées par l'érythromycine (**L. de Gennes, Bricaire, Tourneur, Weill-Fage** et **Aubert**) (2).

[*Bulletins et Mémoires*, an. **69**, n° 13-14, 1953].

15 *Mai*. — Hernie diaphragmatique, anémie hypochrome, thromboses veineuses (**R. André** et **B. Dreyfus**) (3).

22 *Mai*. — Dystonies digestives et endocrinologie (**P. Hillemand** et **Y.Barré**) (4).

[*Ibidem*, n° 15-16, 1953].

[188] **Académie Nationale de Médecine**, 28 *Avril* 1953. — Remarques anatomo-cliniques et physiopathologiques sur les gastropathies (**Chiray, Sénèque** et **Doubrow**) (1). — La lutte engagée entre le staphylocoque et les antibiotiques (**R. Martin** et **Chabbert**) (2).

[*Bulletin de l'Académie*, an. **117**, t. **137**, n° 15-16, 1953].

16 *Juin*. — Le sein sur plexiglass (**Lombard** et **Frailong**) (3).

[*Ibidem*, n^os^ 21 à 23].

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

JUIN 1953

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès cérébelleux, SARIKADIOGLU [146], 10.
— froid (Ostéite costale), KAUFMANN [177], 7.
— mammaire, MILLS [126], 11.
— pulmonaire, G. LOSANO [132], 8; MALEK [144], 3.
Abdomen (Aplasie musculaire), VERGER [27], 2.
— (Douleur chez l'enfant), A. LARDELLI [123], 2.
— (Drainage); indications, GÉDÉON [95], 1.
— (Fistules); appareil de succion, S. TAYLOR [125], 2.
— (Lésions); cœlioscopie, BINET [101], 2.
— (Palpation) en procubitus et en orthostatisme, DEMOLE [142], 3.
— (Radiothérapie); lésions péritonéales, BREITLÄNDER [82], 8.
— aigu (Étude radiologique), F. STOPPANI [12], 26.
— — (Douleur), SÖDERLUND [140], 3.
— [Paroi] (Agénésie); réparation, BREZIN [24], 68.
— — (Cancérisation secondaire), T. PASCUAL REGIAS [50], 4.
— — (Fibromatose), FRAZAO [138], 3.
— — (Fistule pancréatique), VAUGHN [24], 64.
— — (Lacunes); plastie au silon, TYPOWSKY [16], 2.
— (Tuberculose musculaire), N. TAKEDA [173], 1.
— [— antérieure] (Lacunes congénitales), WYBURN [9], 4.
— inférieur aigu (Cas d'urgence), D. B. CRAWFORD [59], 1.
— supérieur (Douleur); diagnostic différentiel, L. J. BOYD [59], 2.
— — (Opération); ablation du processus xyphoïdien comme adjuvant, J. H. SAINT [24], 5.
Accidents de l'anesthésie, N. PATON [174], 6.
Acétabulum (Dysmorphisme) dans l'arthroplastie, TRUCCO [34], 4.
— (Protrusion), FRIEDENBERG [18], 9; FONTAINE [80], 13.
— (— bilatérale); difformité progressive à début infantile, BRAILSFORD [22], 3.
Achalasie, GORBON [146], 6.
Acide chlorhydrique gastrique (Secrétion) et hypothalamus, PORTER [24], 63.
Acide nicotinique [Hydrazide], LAFFONT [183], 12.
— — — dans la tuberculose génito-urinaire, G. KÖNN [4], 3.
Acidose hyperchlorémique consécutive à l'implantation des uretères dans une anse isolée de l'iléon, A. O. WILSON [125], 6.
A. C. T. H. pour oblitération artérielle, WERTHEIMER [178], 12.
— Cortisone en chirurgie, W. H. COLE [19], 14.
Actinomycose (Auréomycine), Mc VAY [155], 1.
— de l'avant-bras, P. G. FINCH [148], 5.
— rénale, LE BRUN [51], 8.
— du col utérin, G. MACONI [134], 1.
Adénite mésentérique aiguë, SCHAAD [177], 1.
Adéno-carcinome à cellules granuleuses, J. L. DE LA MANO [41], 5.
— — pancréatique primitif, J. A. DOYLE [160], 3.
Adénofibromes mammaires, ESTRADE [75], 3.
Adénolymphite mésentérique, LAURENCE [176], 21; MOULONGUET [176], 22.
Adénome pré-cancéreux du col utérin, R. JOYEUX [183], 23.
— chromophobe, L. BAKAY [74], 8.
— éosinophile, TARCAN [146], 7.
— gastrique, HAY [24], 20.
— papillaire ovarien bénin, M. SERINI-BULSKA [44], 6.
— parathyroïdien, BOWERS [20], 40.
Adénopathies secondaires des néoplasmes buccaux, DANIEL [80], 22.
Adrénaline (Nécrose), LESLIE [126], 5.
Affections (Rapports avec les groupes sanguins), MAYO [20], 3.
Agranulocytose mortelle et ulcération gastrique dues au phénylbutazone, N. V. DILLING [125], 12.
Agression (Réaction organique), LABORIT [90], 3.
Aiguille pour hernie crurale, D. C. CORRY [125], 8.
Aine (Chirurgie radicale), WOODHALL [24], 65.
Air comprimé (Accidents), HERPER KERR [24], 14.
Alcool dans le sang et traumatismes, BESSON [87], 8.
Algies rebelles (Lobotomie sélective), GRANTHAM [19], 3.
Alimentation par les fosses nasales, ROCHETTE [108], 4.

Allergie cutanée dans l'appendicite, KULEY [146], 4.
Amibiase, BLANC [94], 1; AUBRY [105], 1.
Ampoule de Vater (Observations), STERLING [61], 2.
— — (Tumeur bénigne); syndrome cholédocien, GIRARD [185], 17.
Amputations amyotomiques, VASCONCELLOS [138], 2.
Amputés (Membre fantôme des —); traitement par l'hypnose, CL. CEDERCREUTZ [124], 1.
Amygdales (Cancer); propagation linguale, FLORENTIN [101], 4.
— — ; radiothérapie; suites, TRÜBENSTEIN [82], 2.
— (Infection veineuse), TERRACOL [90], 4.
Analgésie péridurale pour blocage sympathique, J. R. THISTLETHWAITE [24], 56.
Anastomose de Braun, PLENK [6], 6.
— de Graham, STEINGRÄBER [111], 3.
— carotidobasilaire persistante (3 cas décelés par artériographie), CL. R. HARRISON [74], 1.
— cervicale œsophago-gastrique et résection en un temps pour cancer sus-aortique, J. ACEBAL [26], 3.
— duodéno-œsophagienne, DICK [3], 16.
— entéro-colique (Anémie), THOMSON [128], 2.
— uretéro-sigmoïdienne, KATELBANT [115], 1.
Anémie et néoplasmes intestinaux, RICHARDSON [58], 4.
— hypochrome dans la hernie diaphragmatique, R. ANDRÉ [187], 3.
— mégaloblastique, THOMSON [128], 2.
— — post-opératoire, UNGLEY [58], 2.
Anesthésie (Accidents), N. PATON [174], 6.
— (Hypotension contrôlée en —), L. J. HAMPTON [125], 15.
— des brûlés graves, J. R. ROOK [125], 9.
— en chirurgie mitrale, MAQUIVAR [157], 4.
— chirurgicale (Tendances actuelles), COTTALORDA [94], 2.
— sus claviculaire, PRZYBORA [137], 1.
— au curare, BERGQUIST [140], 4.
— péridurale (Collapsus); prophylaxie, K. DIETMANN [4], 7.
— générale sans anesthésique, BOZZA [14], 5.
— locale dans l'extirpation des veines variqueuses, R. A. NABATOFF [149], 4.
— potentialisée, BOZZA [14], 5.
— spinale pour césarienne, GENELL [140], 5.
— tronculaire, AGNINA [13], 5.
Anévrysmes, LERICHE [87], 20.
— aortiques, BARNES [24], 38; SANTY [88], 9.
— — (Résection; greffe), DE BAKEY [152], 15.
— artériels congénitaux (Recherches de laboratoires), B. WOODHALL [20], 24.
— — innominés, Ch. K. KIRBY [24], 32.
— artério-scléreux, A. H. BLAKEMORE [19], 17.
— brachio-céphaliques (Greffe vasculaire et cellophane), OUDOT [176], 16.
— péricalleux, CASTORINA [73], 3.
— carotidiens internes, KRÜGER [112], 4.
— cirsoïdes, PETIT-DUTAILLIS [87], 13.
— endo-crâniens (Chirurgie), F. VISALLI [7], 33.
— intra-crâniens et pression intra-carotidienne cervicale, H. C. JOHNSON [24], 28.
— hépatiques, KOURIAS [2], 4.
— iliaques gauches, DUCUING [180], 5.
— ilio-fémoraux (Extirpation), FOUCARD [179], 8.
— artério-veineux, PETIT DUTAILLIS [87], 13.
— — entre carotide interne et veine ophtalmique supérieure, M. RANDACCIO [132], 5.
— — pulmonaires, F. D'ALLAINES [7], 32.
— — post-traumatiques (Soins), E. HOLMAN [7], 31.
— rénaux rompus, SALMON [179], 21.
— sacculaires aortiques, J. MC LEAN BAIRD [153], 1.
Angiopneumographie, PROYARD [8], 3.
Ankylose de la hanche, A. POLI [33], 8.
Annexectomie et résection ovarienne (grossesse), MORRISSON-LACOMBE [183], 20.
Annexite tuberculeuse (Fistule pyostercorale), R. PALOMBA [133], 5.
Anomalies congénitales (Causes), HICKEY [174], 1.
Antibiotiques (Instillations) pour métrite, SERMENT [183], 18.
— et staphylocoque, MARTIN [188], 2.
Anticoagulant nouveau (Le Tromexan), M. AVALLANEDA [64] 2 et [66] 2.
— Dangers) dans le blocage sympathique lombaire, HOHF [152], 5.
Antihistaminiques de synthèse pour brûlures caustiques, PENHA [54], 8.
Anurie après appendicectomie, LUZE [112], 2.
Anus (Imperforation haute); opération abdomino-périnéale chez le nouveau-né, H. D. BUTCHER [20], 29.
Aorte (Chirurgie expérimentale); réfrigération E. J. BEATTIC JR [21], 11.
— (Coarctation), SEALY [20], 37.
— —; paralysie post-opératoire, BEATTLE [24], 50.
— (Greffes); effets de la cortisone, R. J. BARBERIO [24], 57.
— (— autogènes) formées d'une artère étroite, W. J. POTTS [24], 26.
— (Occlusion constrictive progressive) dans le traitement des anévrysmes artério-scléreux de l'aorte abdominale, A. H. BLAKEMORE [19], 17.
— (Sténose); problème chirurgical, R. A. DANIEL JR [19], 16.
— abdominale (Anévrysmes); résection, BARNES [24], 38.
— — (— artério-scléreux), traitement par occlusion constrictive progressive, cerclage et diathermo-coagulation, A. H. BLAKEMORE [19], 17.
— — (— sacculaires), J. MC LEAN BAIRD [153], 1.
— thoracique (Anévrysmes), SANTY [88], 9.
— — ; résection réussie, DE BAKEY [152], 15.
— — (Rupture traumatique), WYMAN [20], 33.
Aponévrose (Homo-greffes), J. FARILL [157], 2.
externe (Imbrication) pour hernie inguinale, A. RE [12], 25.
Appareil digestif (Radiologie); 5 000 cas. PONS [185], 7.
— génital (Influences thyroïdiennes), MERCIER [182], 1.
— — (Tuberculose); cytodiagnostic, VOKAER [116], 8.
— — de la femme (Cancer); lutte aux États-Unis, A. LUBELSKI [44], 5.
— — — (— avancé), TYMACH [40], 6.
— — — (Prolapsus); greffes de derme, PIERRE [179], 7.
— — — — par injection intra-utérine involontaire; perforation secondaire, A. AIMES [183], 22.
— — — (Tuberculose), KIRCHHOFF [110], 2.
— génito-urinaire (Tuberculose); traitement par l'hydrazide de l'acide nicotinique, G. KÖNN [4], 3.
— respiratoire (Embryologie), LIARD [69], 3.
— urinaire (Complications) secondaires aux fractures pelviennes, A. HIDALGO [41], 12.
— — (Exploration instrumentale), DE LA PENA [108], 1.
Appareil pour bains partiels ascendants du bras, H. HERRMANN [160], 5.
— de Denis Browne, DE WULF [29], 5.
— pour réduction des luxations fémorales, GENTILI [32], 8.
— de succion pour fistules abdominales, S. TAYLOR [125], 2.

Appendice iléo-cæcal (Granulome non spécifique), C. Marks [175], 5.
— — (Mucocèle), Rasmussen [140], 7.
Appendicectomie (Complications par irritation sympathique), Luze [112], 2.
Appendicite (Mortalité), Staszewski [15], 4.
— (Péritonite); pénicilline, Gonta [137], 2.
— aiguë, J. M. Mesa [160], 9; Lamy [179], 5.
— (chimiothérapie post-opératoire), Aabye [140], 6.
— — (Mortalité); sa réduction, G. Labra [41], 8.
— — au cours du travail, Goirand [183], 19.
— chronique (Allergie cutanée), Kuley [146], 4.
— — (Démembrement), Baumel [96], 4.
— — ou subaiguë, Morer [176], 14.
— scrotale, J. W. Mulholland [53], 6.
Arrhénoblastome ovarien, Hughesdon [46], 1.
Artère carotide [Région] (Tumeurs primitives), Redon [75], 1.
— — cervicale (Pression anévrysmale), H. C. Johnson [24], 28.
— — commune (Ligature), Dilek [17], 6.
— — interne (Occlusion); détection par palper du pharynx, Dunning [152], 3.
— — — (Thromboses), Bonnal [179], 19.
— — — Veine ophtalmique supérieure (Anévrysme artério-veineux), M. Randaccio [132], 5.
— — sus-clinoïdienne (Anévrysme), Krüger [112], 4.
— — primitive (Hyperplasie) et syndrome du corpuscule carotidien, A. R. Albanese [161], 5.
— coronaire gauche (Atypie), Kelly [37], 2.
— hépatique (Anévrysme post-opératoire), Kourias [2], 4.
— — (Ligature), Witter [24], 39.
— — — ; circulation collatérale, Bertocchi [12], 2.
— — — dans la cirrhose, T. Joseph [169], 1.
— iliaque externe (Anévrysme), Foucard [179], 8.
— innominée (Anévrysme); résection; anastomose, Ch. K. Kirby [24], 32.
— péricalleuse (Anévrysme), Castorina [72], 3.
— pulmonaire (Anévrysmes artério-veineux) F. d'Allaines [7], 32.
— rénale (Anévrysme); rupture, Salmon [179], 21.
— splénique (Ligature), Witter [24], 39.
— — — dans la cirrhose, T. Joseph [169], 1.
— tibiale antérieure (Oblitération chronique) à manifestation gangréneuse primitive, P. Wertheimer [2], 3.
Artères (Affections); dépistage précoce, Pierron [103], 1.
— (Anévrysmes congénitaux expérimentaux); recherches expérimentales, B. Woodhall [20], 24.
— (Greffes), Ch. Dubost [7], 23.
— (Injection de sang à contre-courant), Fourrier [178], 6.
— (Oblitération); chirurgie, Van der Ghinst [8], 4.
— (Pertes de substance); transplants veineux, Salem [114], 1.
— (Régénération), Oudot [7], 13.
— (Grands traumatismes); réparation primitive, E. J. Jahuke Jr [20], 31.
— (Méga-Délicho), P. Cammarano [133], 1.
— [Paroi] (Gradient de pression) dans le problème de l'artério-sclérose, C. D. de Langen [64], 1.
— hépatique et splénique (Ligature) pour cirrhose, Rienhoff [152], 17.
— iliaques gauches [Fourche] (Anévrysmes), Ducuing [180], 5.
— des membres inférieurs (Oblitération), Wertheimer [178], 12.
Artères pelviennes (Ligature); effets vésicaux, Braithwaite [9], 16.
— périphériques (Embolectomie tardive), Olwin [20], 14.
— — (Maladie); méthode diagnostique, B. Ejrup [65], 5.
Artériectomie pour oblitération chronique, P. Wertheimer [2], 3.
Artériographie dans l'anastomose carotido-basilaire (3 cas), Cl. R. Harrison [74], 1.
— cérébrale, Solbach [71], 2.
Artériosclérose (Gangrène), Bich [110], 4.
— (Gradient de pression dans la paroi artérielle), C. D. de Langen [64], 1.
Artériotomie pulmonaire, Marion [176], 1.
Artério-veineuses [Fistules], Frattini [12], 14.
Artérite, Reboul [87], 10.
— des membres inférieurs (Ultrasons), Bernard [80], 8.
— oblitérante, J. J. Cranley [24], 54.
— — (Sympathectomie); rôle de la circulation dans les résultats, R. Popkin [65], 1.
— temporale guérie par cortisone, de Sèze [76], 7.
Arthrite chronique (Aspects orthopédiques), S. Sacks [175], 6.
— coxale (Chirurgie), J. E. Stinckfield [21], 14.
— déformante juvénile (Séquelle d'ostéochondrite). O. R. Marottoli [26], 1.
Arthrodèse pour gonilite, Mantia [34], 3.
— sacro-iliaque, A. Sicard [1], 1.
Arthroplastie avec cup de vitallium (Constatations anatomiques), Salmon [179], 13.
— coxale, Merle d'Aubigné [29], 1.
— de la hanche, T. Rodriguez de Mata [41], 3 et 7.
— — (Tête acrylique, cupule métallique), Walch [29], 3.
Arthroses (Historique), de Sèze [76], 10.
Articulation de Lisfranc (Luxation), A. Dezza [33], 6.
— interphalangieuse (Hypoplasie congénitale héréditaire et aplasie), M. Fiume [33], 4.
— radio-cubitale inférieure (Dislocation), Magnant [176], 46.
— sacro-iliaque (Arthrodèse), A. Sicard [1], 1.
— — (Entorse) et rupture symphysaire, Salase [183], 13.
— tarso-métatarsienne (Luxation), Ballerio [32], 7.
Articulations (Affections); traitement en Haïti Miot [89], 8.
— (Lésions); prothèse de nylon, R. Mac Ausland [160], 15.
Ascaridiose, Naud [27], 5.
Ascite (Drainage par mèche musculaire), Crowe [24], 67.
Aspiration gastro-intestinale, Valletta [86], 1.
— intra-gastrique continue pour hémorragies graves de la gastrectomie, J. C. Reymond [185], 23.
— pulmonaire (Instruments), Metras [67], 4.
— section de la muqueuse gastrique, Debray [88], 4.
Astragale (Ostéochondrome) intra-articulaire, Rook [18], 20.
Auréomycine pour actinomycose, Mc Way [155], 1.
— dans une actinomycose du col, G. Maconi [134], 1.
Avant-bras (Actinomycose), P. G. Finch [148], 5.
— (Fractures diaphysaires), Magnant [176], 46.
Avortement (Tétanos), Henrion [183], 2.
— à répétition dans l'ureterocèle, Amselem [50], 13.
Axis (Tuberculose); fracture spontanée mortelle, Kirberger [71], 4.

B

Bacitracine dans les suppurations crâniennes et intra-crâniennes, P. Teng [24], 1.
Bactéries (Leur rôle dans la mort par pancréatite aiguë chez le chien), F. Schweinburg [24], 6.
— de l'intestin grêle, Cregan [126], 7.
Bains ascendants partiels du bras (Appareil pour —), H. Hermann [160], 5.
Ballon endo-trachéal, Guest [18], 14.
Banque d'artères, Henrotin [8], 5.
Banthine [Bromure de] dans le spasme pylorique, Zweifler [37], 1.
Bassin (Tumeurs malignes); hémipelvectomie, Marshall Lee Jr [19], 13.
— (Fractures); complications urinaires, A. Hidalgo [41], 12.
— (— et rupture symphysaire), Trefny [16], 4.
— [Branches pubiennes] (Fractures), Corti [179], 16.
— osseux d'Otto, Fontaine [80], 13.
Bassinet rénal (Calcul); ablation à la sonde lasso, Delinotte [184], 6.
Bauhinite œdémateuse, Debray [185], 1.
Bec-de-lièvre (Technique de Hagedorn-Le Mesurier), A. G. Albertengo [26], 7.
— Fente palatine (Traitement en Afrique du Sud); revue de 500 cas, J. Penn [175], 2.
Bilan hydro-salin post-opératoire, Chiatellino [14], 4.
Bile (Écoulement post-opératoire); récipient, Browne [18], 16.
— (Reflux pancréatique), Kämmerling [18], 6.
Bilharziose pulmonaire, S. H. El Mallah [68], 5.
Biopsie bronchoscopique, Meyer [67], 5.
— intestinale per-opératoire, Lamy [179], 5.
— de la muqueuse gastrique, Debray [88], 3; [88], 4.
— mammaire, Grod [183], 34.
— pulmonaire par aspiration, Metras [67], 4.
Blessures par coup de feu, Czembirek [6], 3.
— de guerre, Rockey [18], 4.
— nerveuses (Séquelles); sensation anormale; régénération, M. Dogliotti [7], 20.
— tendineuses, A. Kolb [4], 9.
— thoraco-abdominales par coup de feu, S. Teneff [12], 27.
Blocage symprocaïnique extra-dural, Eymach [40], 6.
— vertébral par phénol aqueux dans la maladie vasculaire, H. A. Haxton [65], 6.
Bouche (Néoplasme); adénopathies, Daniel [80], 22.
— de gastro-entérostomie (Invagination rétrograde), Dieulafé [180], 10.
Bras (Bains partiels ascendants); appareil pour —, H. Herrmann [160], 5.
— (Œdème) après mastectomie, W. R. Deaton Jr [20], 30.
Brides amniotiques multiples ayant entraîné l'interruption de la grossesse par striction du cordon, J. Louvot [183], 29.
Bronches (Cancer), Arel [146], 1.
— — à 24 ans, Berland [106], 2.
— (— à petites cellules), Bopp [54], 3.
— (Carcinome), Denk [6], 4.
— (Désobstruction) pour troubles de ventilation, Giraud [179], 11.
— (Fistules digestives), Manzocchi [14], 7.
— (Hamartochondrome), Santy [67], 1.
— (Kystes embryonnaires), Baxter [155], 2.
— (Léiomyome), Champeau [54], 1.
— (Malformations), Razemon [99], 7.
— (Sténose tuberculeuse cicatricielle), Lemoine [67], 2.
— (Tumeurs bénignes), Pretl [112], 9.
Bronchectasie (Hémoptysie), Despierres [91], 3.
Bronchoscopie, Soulas [54], 4.
Brûlés graves (Traitement et anesthésie des —), J. R. Rook [125], 9.
Brûlures (Bases thérapeutiques). C. A. Moyer [19], 6.
— (Cicatrices), Trusler [20], 16.
— (Utilisation du Dextran), Johnston [18] 1.
— (Pansement), Richard [20], 42.
— et traumatisme, H. Conway [156]. 1
— par caustique, Salmon [179], 20.
— par électricité, P. Correia [165], 2.
— étendues, Ulloa [25], 2.
— graves (Méthode de l'exposition), Rousselot [24], 40.
— du dos de la main, Pierre [179], 1.

C

Cæcum (Diverticulite), Unger [18], 12, H. Bogetti [160], 11.
— (Entérokystome), Consiglio [57], 3.
— (Invagination haustrale), Testa [57], 2.
— (Lymphosarcome), Erbes [36], 2.
— [Saillie haustrale] (Invagination) et hémorragie ovarienne, G. Giordanengo [12]. 18.
Calcaneum (Fractures); enfoncement thalamique, J. Gosset [176], 27.
Calcification du cancer mammaire, Gershon-Cohen [152], 16.
— rénale, Frostberg [140], 2.
Calculs du bassinet, Delinotte [184], 6.
— biliaires (Élimination spontanée transpariétale), Leleu [104], 1.
— (Occlusion intestinale par —), P. Majone [149], 3.
— coralliformes, Pertus [184], 8.
— urétéraux, G. Rometti [184], 16.
— urinaires flottants, Hilward [51], 11.
Calculose biliaire chronique, Rosenauer [112], 3.
— rénale, Weisberger [151], 1; Michon [176], 18.
— — géante, Landos [152], 7.
Canal artériel ouvert (Classification), Potts [20], 13.
— — (Persistance), Garcia Ortiz [30], 1.
— — — pendant l'enfance, M. Cruz Hernandez [123], 1.
— de Botal ouvert (Radiologie post-opératoire), Bor [144], 2.
— carpien (Syndrome), Arné [186], 8.
— cholédoque dans les ulcères duodénaux térébrants, A. Monteiro [2], 2.
— — (Ligature); altérations hépatiques, Pascali [136], 1.
— — (Lithiase), Soupault [176], 3; Brocq [176], 4; Hepp [176], 5; Sénèque [176], 6.
— hépatique (Sténose congénitale), M. Champeau [160], 10.
Canaux biliaires commun et hépatique (Sténose), Walters [20], 5.
— lymphatiques (Blessures), Mc Gregor [9], 7.
— pancréatiques (Reflux biliaire), Kämmerling [18], 6.
Cancer (Cytologie); techniques différentielles, B. C. Hopman [47], 4.
— (Dissémination lymphatique), Valladares [25], 6.
— (Hérédité), Denoix [75], 5.
— (Isotopes radio-actifs), J. de Filippi [161], 6.
— (Lutte contre le — en Westphalie), Weber [77], 5.
— (Mortalité), Pascua [77], 4.
— (Théorie de la régénération), Haeffner [6], 2.
— en O.-R.-Laryngologie, Carrega [93], 1.
— chez l'enfant en Uruguay, Jaureguy [38], 1.
— chez des jumeaux, Schönbauer [6], 5.
— intra-abdominal (Résection expérimen-

tale); régénération du péritoine, A. Brunschwig [7], 19.
Cancer amygdalien, Trübenstein [82], 2; Florentin [101], 4.
— sus-aortique, J. Acebal [26], 3.
— bronchique, Bopp [54], 3; Berland [106], 2; Arel [146], 1.
— bronchogénique, M. Joselevich [161], 4.
— buccal, Daniel [80], 22.
— sous-cardial, Pelissier [80], 21.
— chronique, Morton (J.J. et H. H.) [19], 12.
— du côlon, Schweitzer [18], 11.
— — droit, J. C. del Campo [167], 5.
— — terminal, H. E. Bacon [24], 23.
— double, Wiesner [111], 4.
— épiglottique, Novotny [113], 2.
— gastrique, Vogl [3], 7; Huber [6], 8; Magovern [24], 15; Plenk [77], 2; de Oliveira [79], 4; Sanquirico [83], 5; Rudler [176], 39.
— — récidivé, H. Welti [185], 20.
— gastro-intestinal, Kopf [6], 1.
— génital de la femme, Eymach [40], 6.
— — — (Lutte contre le — aux États-Unis), A. Lubelski [44], 5.
— hépatique, Sarokhan [24], 17; Welti [176], 12.
— intestinal, A. F. R. Andresen [149], 1; S. Sato [173], 2.
— laryngé, Maurer [110], 1
— mammaire, Ladwig [3], 5; Cheek [20], 34; A. R. Kilgore [21], 3; Mc Lellan [24], 69; Huguenin [75], 2; Huguet [80], 4; Reinhardt [81], 6; Marie Gros [87], 19; Funck Brentano [89], 2; [89], 3; Kirchmair [113], 5; Huguenin [119], 2; Gershon-Cohen [152], 16; Gros [183], 34.
— œsophagien, Clifftôn [24], 49; Hahn [54], 7; Calvet [75], 1; Léger [176], 52; Marques [185], 6.
— ovarien, Gros [183], 33.
— pancréatique, Fuchsig [6], 9; Warter [100], 1.
— pelvien, S. W. Muckle [158], 3.
— prostatique, Bibus [77], 3; Dabney Kerr [85], 5; H. Mortensen [174], 5; Viala [177], 9; Ch. Lahayville [184], 21.
— pulmonaire, Dufourt [67], 3; Meyer [67], 5; Sayago [69], 2; Sichel [80], 1; Delacroix [99], 3; Suess [113], 1; Smithers [126], 1; N. Kimura [173], 3.
— pré-pylorique, Delore [185], 10; Peycelon [185], 11; Bernay [185], 12.
— rectal, G. Psacharopulo [12], 24; H. E. Bacon [24], 23; Ihre [58], 5; De Oliveira [62], 2; Sauer [62], 3; d'Avila [62], 4; G. de Mello [62], 5; Baumel [96], 5; S. Martinez Gomez [122], 3; Calame [142], 2.
— recto-sigmoïdien, Waite [24], 43; Carrapatoso [25], 5; S. Petkovic [147], 1.
— du rein, J. Conradt [49], 5; Huguenin [87], 15.
— du sigmoïde, H. G. Moore [24], 51.
— superficiel (Exérèse); plastie cutanée, Converse [55], 1.
— thyroïdien, Coliez [80], 7; Engmark [84], 3.
— uréthral, Anselem [108], 2.
— utérin, Wied [40], 1; J. Bieniarz [44], 9; Paredes [48], 1; Guzman Blanco [48], 2; Gyorski [48], 3; Calvo-Lairet [48], 4; Nunez Mier y Terain [48], 5; Ramos Dajer [48], 6; A. Erminy [48], 7; R. Castillo [48], 9; Fried [79], 1; Machado [79], 3; Swinghedauw [80], 5; Nicolov [82], 1; Böck [82], 4; Siegert [82], 7; Tudway [84], 2; Halter [112], 5; Mc Garrity [174], 3; Brunschwig [176], 50; Closon [183], 4; Vergoz [183], 11; Chosson [183], 17.
— vaginal, Ries [77], 1.
— vatérien, Fuchsig [6], 9.
— végétal, Gautheret [7], 1.
Cancer vésical, H. Bœminghaus [50], 8; Douglas [127], 6.
— vésiculaire, Avery Jones [58], 7; Gautier [178], 5.
Carcinoïdes (Étude clinique et pathologique de 27 cas), R. G. Urazek [21], 4.
Carcinomatose avec envahissement secondaire du grêle, G. R. Rosselli [26], 5.
Carcinome bronchique, Denk [6], 4.
— bronchogénique, G. V. Brindley [19], 5.
— à cellules squameuses au cours d'un tératome ovarien bénin (3 nouveaux cas), R. L. Alznauer [47], 5.
— hépatique primitif, E. Magulis [160], 12.
— perforé, R. P. Mc Burney [154], 1.
— prostatique, F. H. Coley [53], 5.
— utérin, J. V. Meigs [19], 10.
Carcino-sarcome endométrial, J. Klein [47], 3.
— mélanique primitif, C. Gabetti [12], 15.
Cardio-œsophage (Cancer); métastase hépatique, Welti [176], 12.
— (Tumeurs), Gorbon [146] 8.
Cardiopathies (Chirurgie), Servelle [90], 6.
Cardio-vasculaire [Chirurgie expérimentale], Massote [108], 3.
— [Plaies] (Cicatrisation); effet de la cortisone. Muller [24], 12.
Carpe (Os surnuméraires), Rahilly [84], 1.
Cartilage semi-lunaire (Kystes), Grant-Bonnin [9], 5.
— (Régénération), Lawson Dick [7], 10.
Castrations opératoires (Hormonothérapie), Krafft [183], 7.
Cavité pelvienne (Lésions malignes]; diagnostic et traitement, S. W. Muckle [158], 3.
— — (Phlébographie), Guilhem [183], 38.
Cavum (Lymphosarcome); radiothérapie, Grimaud [101], 3.
Cellophane (Enveloppement d'anévrysme), Oudot [176], 16.
Cellules (Propriétés) et narcose, Posternak [142], 6.
— de Leydig (Hyperplasie) avec masculinisation, I. Taliaferro [153], 2.
Céphalée (Elle n'est pas un signe constant des tumeurs cérébrales), E. Tchehrazi [171], 1.
Cerclage métallique aortique, A. H. Blakemore [19], 17.
Cerveau (Accidents vasculaires aigus), d'Eshougues [105], 2.
— (Artériographie), Solbach [71], 2.
— (Gliomes ventriculaires), Tolosa [186], 1.
— (Incarcération dans le tentorium), Van der Zwan [129], 6.
— (Kystes hydatiques), Vigouroux [179], 23.
— (— leptoméningés post-traumatiques), Taveras [74], 4.
— (— sous-tentoriel supra-colliculaire bénin) cause d'hydrocéphalie par obstruction, E. Alexander Jr [74], 11.
— (Localisation) en psycho-chirurgie et choc thérapeutique, L. B. Kalinowsky [73], 2.
— (Traumatismes), Mifka [81], 1.
— (Tumeurs); diagnostic par isotopes, Furtado [138], 1.
— — signes et relations avec les ganglions de la; base, D. Sciarra [73], 1.
— —; la céphalée n'est pas un signe pathognomonique constant des —, E. Tchehrazi [171], 1.
— [Faisceau pariéto-préfrontal de Fracasi], R. Madera [160], 2.
— intermédiaire (Lésions traumatiques); pseudo-hallucination hypnagogues secondaires, R. Walch [5], 2.
Cervelet (abcès), Sarikadioglu [146], 10.
Cheiromégalie, Jaffres [76], 9.
Chimiothérapie post-opératoire, Aabye [140], 6.
Chirurgie (Conceptions au demi-siècle dernier), Sevket [17], 4.

Chirurgie (A. C. T. H. et cortisone en —), W. H. Cole [19], 14.
— (Hypotension contrôlée en —), G. Gili [12], 17.
— en gynécologie, A. Dominguez Gallejos [48], 10.
— aortique expérimentale (Réfrigération en —), E. J. Beattie Jr [21], 11.
— biliaire (Cholangiographie laparoscopique en —), M. A. Casal [160], 18.
— du cranium bifidum et du spina bifida (64 cas), G. A. Cohn [74], 9.
— gynécologique (Streptomycine-pénicilline en —) dans les affections non tuberculeuses, J. Mazurek [44], 2.
— de l'hypertension grave, F. d'Abreu [125], 3.
— de l'hypertension portale, H. Milwidsky [169], 2.
— italienne (Marc Aurèle Severino, son recréateur), T. Oliaro [12], 22.
— mitrale (Journées de la —), J. Chavez [157], 6.
— — (Anesthésie en —), Maquivar [157], 4.
— — pour insuffisance, A. R. Henderson [24], 61.
— — pour sténose, C. Taquini [160], 16.
— de la peau (Problèmes biologiques), P. B. Medawar [7], 21.
— réparatrice (Bandelettes de peau), Marill [106], 1.
— thoracique dans les Montagnes bleues (Australie), Russell Godby [174], 9.
— — de guerre, R. B. Brown [23], 1.
Chocs de guerre (Méthodes de Laborit), Nicol [176], 35.
Cholangiographie, Al. Mouchet [176], 47.
— laparoscopique en chirurgie biliaire, M. A. Casal [160], 18.
— — pré-opératoire (Technique par ponction trans-pariéto-hépatique de la vésicule); 2 cas, M. Banche [132], 1.
Cholangio-jéjunostomie intra-hépatique, Bonilla Naar [25], 3.
Cholécystite aiguë (Traitement), N. Behrend [22], 10.
— — simulée par infarctus du grand épiploon, R. T. Hood Jr [154], 3.
— chronique et aiguë superposée, Halpert [24], 19.
— filtrante (Cholépéritoine consécutif), A. Loizzi [133], 6.
Cholécystokinèse (Facteurs neurogènes), Bassi [57], 1.
Cholédoco-duodénostomie, Ameline [176], 7.
Cholédocotomie et pancréas, Starr [20], 1.
Cholépéritoine par cholécystite filtrante, A. Loizzi [133], 6.
Cholestéatome rachidien, sous-arachnoïdien, Poursines [186], 7.
Chondro-dystrophie spondylo-épiphysaire, Langeron [98], 1.
Chondromatose synoviale et dysendocrinie multiple, P. Majone [134], 3.
Chrodome cervical, C. Sylvestre Begnis [26], 9; Slullitel [26], 11.
Chordotomie pour crises gastriques, Mayne [126], 4.
Chorio-carcinome du médiastin, M. J. G. Lynch [68], 7.
Chorio-épithéliome, Creyssel [28], 1.
— médiastino-pulmonaire, Reboud [179], 15.
Chylothorax traumatique, Sabety [150], 2.
Cicatrices des brûlures (Réparation), Trusler [20], 16.
— périnéo-vulvaires (Endométriose), L'Huillier [183], 32.
Cicatrisation (Retards de —), Guillot [177], 5.
— traitée par la cortisone, Muller [24], 12.
— post-opératoire, Woodhall [24], 65.
Cinésithérapie des lombalgies, Lièvre [89], 7.
Circulation artérielle (Son rôle dans les résultats de la sympathectomie pour artérite), R. Popkin [65], 1.
— — hépatique (Occlusion temporaire afférente chez le chien), F. L. Raffucci [24], 3.
— — intra-hépatique, F. Glanser [24], 2.
— — pulmonaire (Perfusion) par courant non pulsatile, S. A. Wesolowski [24], 7.
— — des surrénales chez le chien, C. Brondi [12], 32.
— collatérale, Bertocchi [12], 2.
— hépatique (Altérations expérimentales du courant sanguin), J. L. Bollman [20], 23.
— osseuse (Étude de la —) dans le traitement antibiotique de l'ostéomyélite, G. Favacchio [11], 1.
— périphérique (Action des ultra-sons), M. Nordmann [63], 1.
Cirrhose (Ligature artérielle hépato-splénique), E. Joseph [169], 1.
— et carcinome primitif du foie, E. Magulis [160], 12.
Clavicule (Granulome éosinophile), I. Blumenfeld [160], 4.
Coagulation du sang et pancréas, Storer [24], 41.
Coccyx (Fracture) révélant un cancer du poumon, N. Kimura [173], 3.
Cœur (Arrêt); 1 200 cas, H. E. Stephenson Jr [19], 15.
— — ressuscitation, Saagesser [142], 8.
— (Chirurgie); instruments, Dogliotti [24], 36.
— — (Défaillance); cure chirurgicale, Sealy [20], 37.
— (Réanimation électrique), Cattaneo [12], 12.
— (Transplants et greffes), V. Langeri [12], 34.
— (Homo-transplantation), H. G. Drownie [20], 28.
— [Septum auriculaire] (Création artificielle); fermeture des orifices par éponge polyvinylique, D. E. Donald [154], 2.
— — — (Pertes de substance expérimentales) et dérivation auriculaire de droite à gauche, Th. C. Moore [65], 4.
— [Ventricule gauche] (Kyste hydatique) guérison opératoire, L. U. Bosch del Marco [167], 2.
— électrique, Cattaneo [12], 12.
— pulmonaire aigu, Marion [176], 1.
Cœlioscopie, Binet [101], 2.
Coliques hépatiques, M. Mordeglia [160], 13.
— — (Aspects), Bassi [57], 1.
Colite ulcéreuse, B. N. Brooke [125], 10.
— — et peptic ulcer, Chaiken [60], 8.
Collection bilio-gazeuse, Dieulafé [180], 1.
Collier cervical pratique, C. W. Coplans [175], 3.
Côlon (Cancer); fistule gastrique, Schwertzer [18], 11.
— (Chirurgie) après rétro-pneumopéritoine, Bertini [12], 1.
— (Diverticulite), Patton [20], 4.
— (Lésions); erreurs radio-diagnostiques, Finney Jr [19], 11.
— (Occlusion aiguë); analyse de 205 cas, W. F. Becker [21], 6.
— Tractus génito-urinaire doubles, Ravitsch [19], 2.
— droit (Cancer), J. C. del Campo [167], 5.
— rectal (Plastie vésicale), Brunschwig [18], 18.
— recto-sigmoïde (Exclusion); substitution, L. M. Kinman [20], 19.
— sigmoïde (Cancer); opérations multiples, H. G. Moore [24], 51.
— — (Diverticulite); chirurgie, J. E. Lewis [24], 22.
— — [Méga] (Volvulus), F. Maddaloni [12], 19.
— terminal (Cancer); Métastases viscérales, H. E. Bacon [24], 23.

Côlon transverse (Interposition segmentaire), Hepp [176], 11.
— — (Perforation) par ulcère gastrique, Riley Bosien [60], 10.
Colonne vertébrale (Anomalies lombo-sacrées), Scheuer [6], 10.
— — (Chondro-dysplasie), Langeron [98], 1.
— — (Greffes, après laminectomie, A. Ricard [2], 7.
— — (Mal de Pott), Seddon [176], 10.
— — (Maladie de Hodgkin), M. Ferrari [167], 1.
— — cervicale (Luxation); lésions médullaires et radiculaires, Soriano [186], 2.
Colostomie (Obturateur à valve), Wulff [140], 8.
Colposcopie après électro-coagulation cervicale, Berger [182], 4.
Coma par hématome sous-dural, Schüller [120], 1.
Commissurotomie (Suites immédiates), Bouvrain [88], 6.
— (— tardives), Soulié [88], 7.
Complications pulmonaires post-opératoires (Prévention), J. Davidson [125], 11.
Congélation sous garrot, Munoz Cardona [121], 2.
Cordon spermatique (Léiomyosarcome), H. N. Wessel [53], 8.
— — (Torsion), Deming [152], 11.
Cordotomie antéro-latérale (Séquelles), Lapresle [88], 10.
Corps calleux (Tumeurs), J. F. Cooney [154], 4.
— caverneux (Induration plastique) et rupture, Truc [184], 15.
— étrangers, Hernandez-Lopez [7], 7.
— — acryliques, R. Judet [7], 29.
— — œsophagiens, Appaix [179], 3.
— — vaginaux, Racouchot [91], 1.
— — vésicaux. Strobl [112], 7.
Corpuscule carotidien (Syndrome) et hyperplasie de la carotide primitive, A. R. Albanese [161], 5.
Cortisone (Action sur les greffes aortiques), R. J. Barberio [24], 57.
— et artérite, de Sèze [76], 7.
— et cicatrisation, Muller [24], 12.
— et fractures spontanées, de Sèze [76], 1.
— et perforation duodénale, Perles [76], 3.
— — A. C. T. H. dans les stades terminaux des affections malignes, A. P. Raab [149], 2.
— préventive dans la sténose expérimentale de l'œsophage, N. Rosenberg [20], 25.
Côtes (Fractures) par la toux, Lagèze [91], 4.
— (Ostéite) dans l'abcès froid, Kaufmann [177], 7.
— [1re] (Fracture), J. A. Otermin Aguirre [166], 1.
— cervicales (Syndrome), Francillon [178], 3.
Cou (Adénopathies secondaires); radio-intolérance, Daniel [80], 22.
— (Chordome), C. Sylvestre Begnis [26], 9; Slullitel [26], 11.
— (Fistule congénitale latérale), A. Duenas Barrios [41], 2.
— (Kyste médiastinal gastrique), Jones [9], 14.
— (Tératomes); origine thyroïdienne, Perkins [24], 48.
— (Tumeurs primitives), Dargent [178], 10.
Coude (Sésamoïdes sous-épitrochléens), Brunelli [32], 4.
Coxa excavata et protrusa. Trucco [34], 4.
Coxarthries (Arthroplastie), R. Merle d'Aubigné [176], 51.
Coxarthrose (Clinique et évolution), Coste [88], 11.
— (Douleurs); cordotomie, Lapresle [88], 10.
— (Pathogénie), Trueta [176], 44.
Crâne (Fracture par enfoncement), Rogers [126], 13.
Crâne (Lacunes bénignes), Lièvre [87], 16.
— (Ostéomyélite), F. Protic [147], 3.
— (Suppuration); traitement par bacitracine, P. Teng [24], 1.
— (Traumatismes); pronostic dans le *p*H céphalo-rachidien, Leo Rao [160], 8.
— —; suites fonctionnelles, Mascher [110], 3.
— (— fermés); facteurs de mortalité, Shackman [126], 3.
— (Xanthomatose extra-crânienne), Fouchet [176], 48.
— [Base] (Radiologie), Baclesse [79], 2.
— — (Tumeur); radiothérapie, Yener [186], 9.
— [Cavité] (Anévrysmes), F. Visalli [7], 33.
— — — pression carotidienne, H. C. Johnson [24], 28.
— — (Hémorragie spontanée chez l'enfant), Ritchie [20], 11.
— — (Hypotension) avec hématome sous-dural, Holmes [126], 8.
— — (Suppuration); bacitracine, P. Teng [24], 1.
— — (Thrombophlébite), Holub [113], 4.
Crânio-cérébraux [Traumatismes], Lipscomb [152], 14.
Cranium bifidum (Chirurgie du —) et du spina bifida; étude suivie de 64 cas, G. A. Cohn [74], 9.
Crinoplaques dans le prolapsus vaginal antérieur, Godlewski [183], 21.
Crises gastriques (Chordotomie), Mayne [126], 4.
Cryptorchidisme (Chirurgie); résultats, Antonini [14], 6.
— (Thérapie), Zilocchi [12], 29.
Cubitus [Tête] (Luxation postérieure), Magnant [176], 46.
Cuisse (Thorotrastome), Lamy [179], 12.
Cul-de-sac de Douglas (Pseudo-hématome), Piton [183], 5.
Cup de Vitallium (Enlèvement) après arthroplastie, Salmon [179], 13.
Curare, Kabelik [144], 4.
— en orthopédie, Barbieri [34], 1.
Curarisation (Physiologie), Kern [86], 1.
Curiethérapie des hémorragies utérines, M. Galbi [41], 11.
Cyanose et opération des sténoses pulmonaires congénitales, C. T. Nessi [160], 14.
Cylindromes (Type Spiegler), Graul [3], 3.
Cystocèles (Voie vagino-abdominale), Courriades [176], 43.
Cystopathie folliculaire, J. Mombaerts [49], 3.
Cystoplastie urétérale, Aboulker [184], 7.
Cystostomie trans-uréthrale, A. de la Pena [41], 4.
Cytochimie dans la leucosarcomatose, P. F. Baratta [132], 7.
Cytodiagnostic gastrique, Roch [142], 7.
— œsophagien, Calvet [75], 4.
— du cancer pulmonaire, Suess [113], 1.
— de la tuberculose génitale, Vokaer [116], 3.
Cytologie cancéreuse (Techniques différentielles), B. C. Hopman [47], 4.
— du cancer utérin, Wied [40], 1.
— utérine, Goldberg [44], 11.

D

Défilé scaléno-sous-clavier, Lapeyre [176], 19.
Désoxycorticostérone (Surcharge), Nægeli [88], 2.
— [Acétate de] pour Cushing. Ehrengut [35], 1.
Dextran, Johnston [18], 1.
Diabète traumatique, Brakier [117], 2.
Dialyse péritonéale (Moyen de désintoxication dans l'anémie et autres états toxiques, Henninger [22], 1.

Diaphragme (Hernie rétro-sternale, R. Warwick-Brown [68], 8.
— (Pertes de substance); réparation cutanée, Bogetti [12], 5.
— jéjunal congénital, Mc Garity [24], 16.
Diaphyse (Développement) simulant un néoplasme, Allen [85], 3.
Discarthroses cervicales (Syndromes médullaires), Guillaume [186], 3; Bonduelle [186], 4.
Disque intervertébral (Étude chimique), Lacapère [87], 7.
— — (Hernie), A. Bianchi Maiocchi [33], 3.
— — (Lésions); maladie professionnelle ? Uebermuth [3], 1.
— — lombo-sacré (Dégénérescence), Thiele [40], 5.
Diverticule de Hog, Toubiana [106], 3.
— de Meckel et occlusion intestinale, Sérafino [179], 4.
— — (Perforation intra-utérine), Rosza [85], 4.
Diverticules duodénaux, Horton [9], 9; J. Amarsing Chitambar [24], 52.
— du grêle, Walker [112], 8.
— œsophagiens, Chiatellino [14], 2.; Forster [80], 9.
— pharyngo-œsophagiens, Hahn [54], 7.
— de pulsion, S. L. Perzik [24], 29.
— [Faux] sous-cardiaques, Fontaine [80], 11.
Diverticulectomie (Technique), Laskownicki [15], 7.
Diverticulite, Lloyd-Davies [127], 1.
— cæcale, Unger [18], 12; H. Bogetti [160], 11.
— colique, Patton [20], 4.
— sigmoïdienne, J. E. Lewis [24], 22.
Diverticulose multiple du jéjunum et de l'iléon, Th. F. Rose [174], 7.
Doigt (Kyste épidermoïde), Zadek [18], 10.
Dolosal, Du Bouchet [86], 2.
Douleur (Indifférence congénitale), Girard [186], 6.
— (Lutte contre la —), Lassner [86], 3.
— (Suppression), Lassner [86], 3.
— abdominales chez les enfants, A. Lardelli [123], 2.
— dans l'abdomen aigu, Söderlund [140], 3.
— de l'abdomen supérieur, L. J. Boyd [59], 2.
— du cancer avancé (Chirurgie), Rudowski [44], 14.
— du cancer génital avancé (Blocage extradural symprocaïnique), Eymach [40], 6.
— de coxarthrose (Cordotomie), Lapresle [88], 10.
— lombo-sacrée chez la femme, Thiele [40], 5.
— viscérale (Action des injections sous-cutanées), Doret [142], 4.
Drainage en chirurgie thoracique, Longefait [179], 10.
— abdominal, Gédéon [95], 1.
Dumping Syndrom, Artunkal [146], 2.
Duodéno-coliques [Fistules], Boulouys [80], 19.
Duodénum (Diverticules), J. Amarsing Chitambar [24], 52.
— (— latéraux), Horton [9], 9.
— (Intubation), Devine et Devine Jr [24], 24*.
— (Lipome), Fontaine [80], 12.
— (Occlusion grave) par ligament cholécysto-duodéno-colique, L. J. Gregory [60], 3.
— (Perforation), sous cortisone, Perles [76], 3.
— (Sténose) par compression artérielle, Fugazzola [83], 2.
— (— artério-mésentérique), Bruni [12], 8.
— (Tumeur maligne), Martrou [185], 8.
— (Ulcères) et cancer gastrique, Magovern [24], 15.
— (Ulcères perforés), Häberlin [143], 1.
— — — chirurgie d'urgence, O. H. Beahrs [21], 1.
Duodénum (Ulcères térébrants); problème du cholédoque, A. Monteiro [2], 2.
— [Bulbe] (Lipome), Fontaine [80], 12.
— — (Polypose), Sanda [16], 5.
Dyschondroplasie, Le Scouezec [181], 5.
Dysendocrinie multiple, P. Majone [134], 3.
Dysplasie fibreuse localisée, C. Corradi [33], 1.
Dysurie congénitale non cervicale, Boissonnat [176], 2.

E

Eau de savon (Injection intra-utérine); accidents, Rochat [183], 9.
Échinococcose alvéolaire, Kerneis [185], 21; A. Lambling [185], 22.
Éclampsie (Ganglioplégiques), Pigeaud [183], 16.
— (Hibernation), Grasset [183], 1.
Électricité (Accidents), brûlures, P. Correia [165], 2.
Électro-cardiographie (Effet de la stimulation du vague sur le tracé), D. R. Morton [21], 13.
Électrolytes (Pertes en —) par aspiration gastrique post-opératoire, F. W. Taylor [20], 20.
Éléphantiasis nostras (Cure chirurgicale), P. Gagliardi [12], 16.
Embolectomie artérielle périphérique, Olwin [20], 14.
— rétrograde, Marion [176], 1.
Embolie pulmonaire (Ganglioplégiques), d'Eshougues [105], 2.
Embryologie de l'appareil respiration, Liard [69], 3.
Emphysème vaginal, Caderas de Kerleau [183], 26.
Encéphale (Anévrysmes cirsoïdes et artério-veineux), Petit-Dutaillis [87], 13.
Enclouage centro-médullaire, Jung [180], 8; Rieunau [180], 9.
— percutané, Lanthier [176], 23.
— fémoro-tibial, J. Gosset [176], 26.
Endartériectomie (Sa valeur), Barker [20], 15.
Endocrinologie et dystonie digestive, P. Hillemand [187], 4.
Endomètre (Cancer); métastase ischiatique, Milch [20], 38.
— (Carcino-sarcome), J. Klein [47], 3.
— (Tuberculose); hydrazide nicotinique, Laffont [183], 12.
Endométriose, Limage [183], 6.
— cervicale, L. Zweibel [47], 11.
— sur cicatrices, L'Huillier [183], 32.
Énervation vésicale, Lange [184], 3.
Entérocèle vaginalis sacralis, Haselhorst [40], 3.
Entéro-gastrone (Son activité dans l'ulcère), M. Massa [12], 31.
Entéro-kystone, Consiglio [57], 3.
Entérolithes, Dryjski [15], 3.
Entorse, Salasc [183], 13.
Enzymes (Inhibiteurs), Popper [24], 66.
— streptococciques, Ribet [99], 6.
Éosinophilie (Contrôle), Massano [43], 1.
— sanguine (Test de l' —) dans la maladie post-opératoire, G. Grassi [11], 3.
Épanchement séreux néoplasique (Or colloïdal radio-actif), J. P. Storaasli [21], 10.
Épaule (Fractures luxations), Nurra [32], 2.
— (Rhumatismes), de Sèze [88], 1.
Épididyme (Granulome spermatique), I. T. Rieger [53], 7.
— (Infarctus par torsion), Truc [184], 14.
— (Léiomyome), Laird [51], 5.
— (Tumeurs adénomatoïdes), Rapoport [24], 47.
Épidurite suppurée staphylococcique probable, Boquiem [187], 1.
Épiglotte (Cancer); extirpation, Novotny [113], 2.

Épilepsie (Chirurgie); résultats éloignés, Guillaume [87], 11.
Épiphyses granuleuses congénitales, Briggs [31], 1.
Épiphyséolyse fémorale, Matzen [3], 12.
Épiploon (Dissémination lymphatique du cancer), Valladares [25], 6.
— [Grand] (Infarctus) simulant une cholécystite aiguë, R. T. Hood Jr [154], 3.
Épistaxis, J. J. Rainey [22], 14.
Épithélioma chorionique (Tests biologiques quantitatifs), M. Medynski [44], 3.
— — malin de l'utérus, Z. Bukala [44], 1.
— cutané, M. Joselevich [161], 4.
— folliculaire, Fruhling [183], 35.
— malpighien, G. Roux [183], 28.
— mammaire, Marie Gros [87], 19.
— vésical (Métastases), Pascual Regias [50], 4.
Épithélium chorionique (Altérations) au cours de la grossesse, des avortements et de la délivrance précoce, E. Howorka [44], 4.
Éponge polyvinylique pour la fermeture des larges orifices du septum atrial crées expérimentalement, D. E. Donald [154], 2.
Épreuve de Néri, A. Bianchi Maiocchi [33], 3.
Équilibre hydro-électrique (Bases physiopathologiques) pour l'étude de la surveillance des opérés, M. Legrain [1], 2.
Ergot de seigle [Alcaloïdes naturels et hydrogénés] et gangrène de la queue chez le rat en traitement thyroxiné, L. C. Massopust [22], 6.
Érosions cervicales utérines, Laudanska [44], 13.
Érythromycine dans le traitement des infections (4 cas), L. de Gennes [187], 2.
Espace inter-costal (Dissection) dans la mastectomie, Hutchinson [20], 9.
— sous-dural (Hématome), Holmes [126], 8.
— — —; coma, Schüller [120], 1.
— rétro-gastrique (Hématome), Fontaine [80], 11.
— sous-hépatique (Collection bilio-gazeuse), Dieulafé [180], 1.
— para-néphrétique (Tumeur mésenchymateuse), Fresnais [184], 11.
— périnéphrétique (Phlegmon), Suant [97], 2.
— rétro-péritonéal (Fibro-hémangiome) à développement antérieur, E. Fongi [160], 17.
— — (Kystes et tumeurs), Ergüder [17], 5.
— — (Léiomyosarcome), E. W. White [53], 2.
— — [Organes] (Chirurgie) après rétropneumopéritoine, Bertini [12], 1.
Estomac (Ablation totale), Steingräber [6], 11.
— (Aspiration); valeur diagnostique, Chandler [58], 6.
— (— post-opératoire); pertes en électrolytes, F. W. Taylor [20], 20.
— (Biopsie de la muqueuse), Debray [88], 3; [88], 4.
— (Cancer); diagnostic précoce, Sanquirico [83], 5.
— — guérisons, Plenk [77], 2.
— — et ulcère duodénal, Magovern [24], 15.
— — splénectomie, Vogl [3], 7.
— — ectomie transthoracique, de Oliveira [79], 4.
— — ectomie totale; survie, Rudler [176], 39.
— (— sus-angulaire) et cancer prépylorique, Bernay [185], 12.
— (— sous-cardial), Pelissier [80], 21.
— (— récidive), H. Welti [185], 20.
— « hémorragique » (Quand et comment l'opérer ?) F. Zaragoza Gomis [161], 1.
— (Hernie diaphragmatique), Henz [102], 2.
— (— du hiatus), Nemouris Auguste [87], 18; Baumel [96], 1.
Estomac (Images pseudo-néoplasiques) après pancréatites, Ducuing [180], 2.
— (Kyste), Jones [9], 14.
— (Léiomyome calcifié), Steen [60], 12.
— (Opération); effets hématologiques, Blake [58], 1.
— (Phytobézoard), A. Turco [12], 28.
— (Plis géants) simulant un néoplasme, D. Marshall [60], 4.
— (Polypes et adénomes), Hay [24], 20.
— (Résection), Mac Donald [24], 11.
— (Rupture traumatique), Ellerker [9], 20.
— (Sécrétion acide); influence hypothalamique, Porter [24], 63.
— (— expérimentale) avant et après vagotomie chez le chien, D. J. Ferguson [24], 4.
— (Syphilis), Hentz [102], 1.
— (Tumeurs); cytodiagnostic, Roch [142], 7.
— — aspect radiologique faussement bénin, Simon [185], 2.
— (— simulée) par hyperplasie sous-muqueuse, Demartial [185], 9.
— (Ulcération) due au phénylbutazone, N. V. Dilling [125], 12.
— (Ulcères); activité de l'entérogastrone, M. Massa [12], 31.
— — après irgapyrine, Wayjen [129], 2.
— — gastrectomie palliative, M. Miqueo Narancio [167], 3.
— (— anastomotiques post-opératoires), Ergüder [17], 1.
— (— chronique) dans l'enfance, Block [36], 3.
— (— hémorragiques); lésion primitive d'une maladie de Hodgkin, D. L. Gorni [26], 15.
— — — et cortisone, Faulong [76], 6.
— — — quand et comment opérer ? F. Zaragoza Gomis [161], 1.
— — — résection, Förster [3], 10.
— (— peptiques hémorragiques), W. W. Lindenmuth [158], 1.
— (— — post-opératoires), Bracco [12], 6.
— (— — térébrants), Gallone [14], 1.
— (— perforés); brûlures externes. Lestner [60], 9.
— — —; chirurgie d'urgence, O. H. Beahrs [21], 1.
— (— — dans le transverse), Riley Bosien [60], 10.
— (Volvulus chronique); situs inversus, Consiglio [57], 4.
— (— total aigu), R. A. Trillo Gomez [159], 1.
— [Grande courbure] (Ulcère), Silk [152], 2.
— [Petite courbure] (Diverticule simulant l'ulcère de Hog), Toubiana [106], 3.
— — (Ulcère); action médicamenteuse, Levrat [185], 14.
— — (— double) et cancer, Delore [185], 10; Peycelon [185], 11.
— [Face postérieure] (Ulcères), Baumel [96], 2.
— [Muqueuse] (Prolapsus), A. Melamed [60], 2
— opéré (Carcinome), Huber [6], 8.
Éthyl-Adrianol, K. Dietmann [4], 7.
Exophtalmic pulsatile dans l'hydrocéphalée, Verbiest [74], 6.
Exophtalmus expérimental (Hyaluronidase), J. W. Nuzum [24], 30.
Extraits de glande pinéale et de tuberculeux pour peptic ulcer, Gerson [139], 1.
Extrémités (Gangrène); congélation sous garrot, Munoz Cardona [121], 2.

F

Face (Paralysie); chirurgie palliative, Ginestet [177], 2.
— (Reconstruction); implantations acryliques, Fardeau [102], 3.
— (Traumatismes); conduite à tenir précoce, R. L. Harding [23], 2.

Fascia (Plaies par incision); guérison, Douglas [7], 9.
— (Régénération), Harvey [7], 8.
Fémur (Enclouage centro-médullaire), Jung [180], 8; Rieunau [180], 9.
— (Luxation); appareil de réduction, Gentili [32], 8.
— (Ostéotomie sus-condylienne), Ricardo Costa [165], 3.
— (Pseudarthroses sus-condylienne); enclouage, J. Gosset [176], 26.
— [Col] (Fracture bilatérale) avec fracture comminutive de Colles, Devaprosad Ghosh [172], 3.
— — (Pseudarthrose) dans l'ankylose de la hanche, A. Poli [33], 8.
— — (Tumeur à cellules géantes), Giuntini [32], 1.
— [Diaphyse] (Fractures chroniques); zones de transformation de Looser, G. Salem [4], 8.
— [Tête] (Épiphyséolyse), Matzen [3], 12.
Fesse (Contusions); hémorragies, Monod [176], 37.
Fibrohémangiome rétro-péritonéal, E. Fongi [160], 17.
Fibromatose pariétale abdominale, Frazao [138], 3
Fibrome utérin, L. Lopez [48], 11; Funck-Brentano [89], 3.
Fibromyomes utérins, Ferraris [43], 3.
Fibrosarcome (Traitement), E. S. Stafford [19], 7.
— lingual, Durden-Smith [9], 18.
Fièvre typhoïde (Spondylite); radiologie, Jaffres [76], 8.
Fil métallique pour ténoplasties, Arkin [18], 15.
Fistules abdominales (Appareil de succion), S. Taylor [125], 2.
— — spontanées et pancréatite, Vaughn [24], 64.
— artério-veineuses (Physiopathologie), Frattini [12], 14.
— — traumatiques, Gonta [15], 2.
— biliaires internes, M. A. Camparino [166], 2.
— bilio-digestives, Santy [185], 16.
— broncho-digestives acquises, Manzocchi [14], 7.
— cervicales congénitales, A. Duenas Barréos [41], 2.
— duodéno-coliques, Boulouys [80], 19.
— gastro-coliques, Schweitzer [18], 11.
— gastro-jéjuno-coliques (Opération en un temps), Berman [22], 13.
— intestinales, Czembirek [6], 3; Moula [176], 49.
— néphro-duodénales spontanées, G. H. Jones [53], 1.
— œsophago-trachéales, Guest [18], 14.
— pyo-stercorales par annexite tuberculeuse, R. Palomba [133], 5.
— trachéo-œsophagiennes, Krausey [126], 14.
— uretéro-utérines, Bruni [13], 1.
urétéro-vaginales, Aboulker [184], 7.
— vésico-intestinales, Robinson [51], 7.
— vésico-vaginales (Statistique personnelle de 136 cas), R. Couvelaire [49], 1.
Fixation métallique pour fractures pathologiques ou imminentes des os longs, H. Altman [22], 9.
Foie (Altérations fonctionnelles et histomorphologiques) après ligature du cholédoque, Pasquali [136], 1.
— (Cancer métastatique); ectomie, Welti [176], 12.
— (— secondaire); ectomie, Sarokhan [24], 17.
— (Carcinome primitif] avec cirrhose associée, E. Magulis [160], 12.
— (Cirrhose); ligature artérielle, Rienhoff [152], 17.
Foie (Cirrhose); ligature des artères hépatique et splénique, E. Joseph [169], 1.
— (— avec ascite); essai d'un plasma despécifié, Girard [185], 15.
— (— périportale); ligature artérielle, Witter [24], 39.
— (Echinococcose alvéolaire), Kerneis [185], 21; A. Lambling [185], 22.
— (Épreuve fonctionnelle), Zaloga [137], 5.
— (Fonction) et cholinestérase sérique, Snyder [20], 7.
— (Hémangiome caverneux); ponction biopsie, Baumel [96], 6.
— (Action du pneumopéritoine), Wlodarczyk [118], 2.
— (Ponction biopsie), Baumel [96], 6.
— (Régénération), Mallet-Guy [7], 17.
Foramen ovale (Tumeur), Lafon [80], 18.
Fosse iliaque droite (Syndromes aigus), de Quadros [121], 1.
Fractures, Velloso [25], 1; Cavicchi [32], 6. Lagèze [91], 4; Schultz [110], 6; Daubit [117], 1; Rogers [126], 13; Dinger [146], 3; Otermin Aguirre [166], 1; N. Kimura [173], 3; J. Gosset [176], 27; Corti [179], 16.
— (Traitement ambulatoire), Sevastikoglou [140], 11.
— (Cerclage), Creyssel [178], 1.
— (— synthétique), M. Schwaiger [4], 4.
— (Enclouage), Lanthier [176], 23.
— (Ostéosynthèse au fil d'acier), Guérin [181], 3.
— (Radiologie), Peltier [24], 34.
— (Réduction), G. Küntscher [5], 1.
— bilatérales, Devaprosad Ghosh [172], 3.
— chroniques, G. Salem [4], 8.
— de colles comminutives bilatérales, Devafrosad Ghosh [172], 3.
— pathologiques, A. Rossi [12], 30; H. Altman [22], 9.
— pelviennes, A. Hidalgo [41], 12.
— spontanées, Kirberger [71], 4; de Sèze [76], 1; Jaffres [76], 9;
— luxations, Nurra [32], 2.
Frottis prostatiques, Viala [177], 9.
— vaginaux (Détection du glycogène), Magendie [182], 2.
Fructose intra-veineux, Beal [24], 45.

G

Ganglions lymphatiques (Blocage); substances, W. D. M. Paton [131], 1.
Ganglioplégiques, Robert [105], 2.
— pour pré-éclampsie, Pigeaud [183], 16.
Gangrène par artériosclérose, Bich [110], 4.
— au cours du travail en obstétrique, J. Teter [44], 7.
— expérimentale de la queue chez le rat thyroxyné après administration de l'ergot de seigle, L. C. Massopust [22], 6.
— des membres (Congélation sous garrot), Munoz Cardona [121], 2.
— primitive par oblitération de la tibiale antérieure, P. Wertheimer [2], 3.
— progressive bactérienne, Brown [24], 13.
— pulmonaire subaiguë droite avec abcès du poumon gauche (Cas en sanatorium), G. Losano [132], 8.
Gastrectomie (Anastomose de Graham); Steingräber [111], 3.
— (— œso-duodénale), Dick [3], 16.
— (Complications); syndromes en relation avec la technique, R. Charles [22], 8.
— — : hémorragie grave de la tranche de section, J. C. Reymond [185], 23.
— palliative pour ulcère, M. Miqueo Narancio [167], 3.
— partielle antécolique (Occlusion), Oldham [9], 19
— transthoracique pour cancer, de Oliveira [79], 4.

Gastrectomie totale, Steingräber [6], 11; F. Paulino [165], 1.
— — (Sutures) et anastomose de Braun, Plenk [6], 6.
— — pour cancer (Survie de 5 et 6 ans), Rudler [176], 39.
— — élargie pour cancer récidivé, H. Welti [185], 20.
— sub-totale pour cancer (Récidive), H. Welti [185], 20.
Gastrectomisés (Reconstruction de la continuité), Hepp [176], 11.
Gastrite (Ectasie capillaire); hémorragie massive, Rider [60], 11.
— hypertrophique pseudo-tumorale, Bergeron [185], 5.
Gastro-duodénaux [Ulcères], R. Guillet [2], 8; A. de la Fuente Chaos [41], 1 et 6.
Gastro-intra-hépatocholangiostomie, Gautier [178], 5.
Gastro-intestinale [Aspiration] dans l'ulcère perforé, Valletta [86], 4.
Gastro-jéjuno-colique [Fistule], Berman [22], 13.
Gastro-œsophagien [Reflux de posture], Nemours Auguste [87], 18.
Gastropathies (Phynopathologie), Chiray [188], 1.
Gélatine hémostatique [Éponge de —) pour réparation des pertes de substance osseuse, G. Pelizzolo [134], 2.
Gelures (Sympathectomie), N. H. Isaacson [24], 55.
Gencives (Tuberculose); aspect épithélioma-teux, Portman [55], 2.
Gênes et syrénomèles (Théories changeantes de la cause des anomalies congénitales), Hickey [174], 1.
Genou (Lipomes arborescents post-traumatiques); 62 cas associés à des lésions méniscales, F. Placeo [12], 23.
— (Plastie du croisé), Szule [15], 6.
— (Problème thérapeutique), H. Bär [5], 3.
— (Résection cunéiforme), Mantia [34], 3.
— (Tuberculose); résection, Simon [177], 10.
— [Cartilages semi-lunaires] (Kystes), Grant Bonnin [9], 5.
— [Ménisques] (Lésions); pneumo-arthrographie, Vanderdorp [80], 2.
— — (— traumatiques) et lipomes arborescents, F. Placeo [12], 23.
Glaire cervicale (Examen microscopique), Pye [182], 6.
Glande mammaire (Reconstruction esthétique) avec éponge de polyéthylène après mastectomie, A. Naso [133], 4.
— pinéale (Extrait) pour peptic ulcer, Gerson [139], 1.
— thyroïde (Cancer); iode radio-actif, Coliez [80], 7; Specht [150], 1.
— — (Carcinomes centraux), Engmark [84], 3.
— — (Épithélioma adenogène latent), Dargent [178], 10.
— — (Influences génitales), Mercier [182], 1.
— — (Mécanisme pharmeco-dynamique de la thyroxine et du thiouracil sur la —), C. Stager [12], 33.
Glandes (Régénération), Silva Horta [7], 16.
— parathyroïdes (Adénome), Bowers [20], 40.
— à sécrétion interne (Transplants), Staudacher [7], 28, Albert [7], 30.
— surrénales (Chirurgie), Dorken [17], 2.
— — (Tumeurs), Haubrich [87], 7.
— — — et syndrome de Cushing, A. W. Hartmann [19], 8.
— — [Corticale] (Résection post-opératoire) en gynécologie, Massano [43], 1.
— — — (Tumeur fonctionnelle) et syndrome de Cushing, F. Ceresa [132], 3.
— — du chien (Circulation artérielle), C. Brondi [12], 32.
Glycogène (Détection) dans les frottis, Magendie [182], 2.
Goître médiastinal, von der Lieth [18], 21.
— thymique, Van Dyke [78], 2.
Gomlite (Arthrodèse), Mantia [34], 3.
— (Signes initiaux), Pirastu [32], 5.
Gouttière marine, Hébraud [176], 25.
Graisse pré-péritonéale (Protrusion sous-cutanée), Wechter [20], 39.
Granulome bilharzien pulmonaire, S. H. El Mallah [68], 5.
— éosinophile, Wilson [85], 2.
— — de la clavicule, J. Blumenfeld [160], 4.
— iléo-cæcal non spécifique, C. Marks [175], 5.
— spermatique, I. T. Rieger [53], 7.
Greffes aortiques (Effets de la cortisone), R. J. Barberio [24], 57.
— — autogènes, W. J. Potts [24], 26.
— — expérimentales, Converse Pierce [24], 37.
— artérielles, Ch. Dubost [7], 23.
— du cœur, Langeri [12], 34.
— cutanées dans l'ostéomyélite chronique, O. R. Marottoli [26], 10; Slullitel [26], 12.
— — en timbre-poste, Fourrier [178], 11.
— — homoplastiques, Gallone [14], 3.
— de derme, Pierre [179], 7.
— iléales pour replacement des deux uretères, J. Foret [125], 7.
— massives, D. Tellez Lafuente [41], 10.
— d'organes et de glandes à sécrétion interne, V. Staudacher [7], 28; Albert [7], 30.
— d'os hétérogènes réfrigérées, Dejou [179], 6.
— osseuses, G. Rutishauser [7], 25; Sv. Orell [7], 26; W. Axhausen [7], 27; Lazorthes [180], 6.
— — conservées (Étude expérimentale), Sicard [87], 14.
— vasculaires, Henrotin [8], 5; Hradec [16], 6; Oudot [176], 16.
— — et croissance, Sauvage [24], 35.
— veineuses, J. Kunlin [7], 24.
— — (Calibre); réduction par plicature, Schmitz [20], 12.
— vertébrales (Indications) après laminectomie, A. Ricard [2], 7.
Greffon intestinal en urologie, J. Foret [49], 6.
Grossesse, Cheek [20], 34; Burger [39], 2; J. Teter [44], 7; Wintgens [183], 3; Limage [183], 6; Houel [183], 10; Salasc [183], 14; Morrisson-Lacombe [183], 20; J. Louyot [183], 29; Monrozies [183], 36.
— et altérations de l'épithélium chorionique, E. Howorka [44], 4.
— après grande chirurgie thoracique, C. E. Folsome [47], 10.
— (Complications rares); épithélioma chorionique malin de l'utérus, Z. Bukala [44], 1.
— abdominale, Hubinont [116], 1.
— ectopique (Statistique de 37 années), B. Leff [47], 9.
— ovarienne, Stewart [9], 17.
— tubaire (Diagnostic au début), Rouquet [80], 3.
— tubo-abdominale extra-choriale, Lovotti [43], 2.
— extra-utérine rompue, Fontaine [80], 11.
— intra et extra-utérines simultanées, Karzmann [24], 10.
Groupes sanguins (Rapports avec certaines affections), Mayo [20], 3.
Gynécologie (Chirurgie en —), A. Dominguez Sallegos [48], 10.
— (Services de —); hypotassémie dans les —, Gail Gar Lyai Li [47], 7.
Gynécomastie, Bricaire [87], 1.
— par tumeur testiculaire, Tavares [45], 1.

H

Hallucinations [Pseudo] hypnagogues après lésion traumatique du cerveau intermédiaire, R. Walch [5], 2.
Hallux flexus et rigidus, Unger [3], 2.
— valgus congénital, Mygind [140], 10.
Hamartochondromes, Santy [67], 1.
Hamilton Fr. R., Mac Callum [24], 21.
Hanche (Ankylose) et pseudarthrose du col. A. Poli [33], 8.
— (Arthrite); traitement chirurgical, F. E. Stinckfield [21], 14.
— (— déformante juvénile), O. R. Marottoli [26], 1.
— (Arthropathies); dysmorphisme acétabulaire, Trucco [34], 4.
— (Arthroplastie), T. Rodriguez de Mata [41], 3 et 7; Herbert [176], 45.
— — ; résultats, Merle d'Aubigné [29], 1.
— (— acrylique), Walch [29], 3.
— (Désarticulation) pour tumeurs malignes), Marshall Lee Jr [19], 13.
— (Luxation congénitale), Lorenz [113], 6.
— (Subluxation); arthroplastie, Merle d'Aubigné [176], 51.
— (Prothèse), Marique [29], 2.
— (Voie d'accès postérieure), Camera [12], 10.
— [Extrémité inférieure](Tumeurs malignes); désarticulation, Marshall Lee Jr [19], 13.
Hémangiome, Rodney Smith [9], 6; J. B. Brown [19], 9.
— (Radiothérapie), Hess [82], 6.
— caverneux, Baumel [96], 6.
— — du médiastin, T. R. Maurer [24], 31.
Hématémèse (Aspiration gastrique), Chandler [58], 6.
— par ulcère et cortisone, Faulong [76], 6.
Hématome sous-durale et hypotension, Holmes [126], 8.
— — (Coma), Schüller [120], 1.
— rétrogastrique, Fontaine [80], 11.
— du ligament large, Guilhem [183], 37.
— [Pseudo] récidivant du Douglas, Piton [183], 5.
Hématurie après appendicectomie, Luze [112], 2.
— révélant une tumeur intestinale latente, E. Chauvin [184], 13.
Hémiplégie, Langeron [98], 2
— infantile (Chirurgie), Kissock [127], 5.
Hémochromatose, Warthin [155], 4.
Hémodynamie du rétrécissement mitral, Carlotti [88], 5.
Hémopéritoine et tumeurs ovariennes, Brunotte [101], 1.
Hémoptysie par bronchectasie, Despierres [91], 3.
— menaçante (Lobectomie), Dana [107], 2.
Hémorragie (Type hémophilie) par déficience thromboplastino-plasmatique, Tropeano [135], 1.
— cataclysmiques, Dalmas [179], 22.
— intra-crâniennes spontanées chez l'enfant, Ritchie [20], 11.
— digestives, Naville [142], 5.
— fessières, Monod [176], 37.
— gastriques par gastrite, Rider [60], 11.
— gastro-duodénales ulcéreuses (Traitement), F. Zaragoza Gomis [161], 1.
— gastro-intestinales, S. S. Berger [59], 4.
— graves de la gastrectomie (Aspiration continue), J. C. Reymond [185], 23.
— mortelles par incoagulabilité, Da Rocha [25], 4.
— ovariennes, Kos [3], 11.
— et invagination cæcale haustrale, G. Giordanengo [12], 18.
— rectales, M. P. Cowett [59], 3.
— utérines, M. C. Watson [148], 1.
— — (Curiethérapie), M. Galbis [41], 11.
— des varices œsophagiennes, T. W. Wagenknecht [24], 62.
Hémorroïdes (Opération de Whitehead), I. Rosenberg [26], 14.
Hémothorax coagulé (Libération tryptique), Mc Crosbey [20], 32.
Hépatectomie, Bonilla-Naar [25], 3.
— partielle pour cancer, Sarokhan [24], 17.
Hermaphrodisme [Pseudo] (Syndrome de féminisation testiculaire), J. Mc Lean Morris [47], 2.
— — masculin, Beatty [126], 9.
Hermaphrodites (Détection du sexe chromosomique) d'après biopsie cutanée, K. L. Moore [21], 2.
Hernie crurale (Aiguille pour —), D. C. Corry [125], 8.
— diaphragmatique, Mc Glone [152], 12.
— — (Estomac), Henz [102], 2.
— — (Lésions œsophagiennes), Barraya [176], 36.
— —; anémie hypochrome, thromboses veineuses, R. André [187], 3.
— — congénitale, Denürleau [107], 3.
— — droite post-traumatique, E. C. Strode [19], 4.
— — rétro-sternale, R. Warwick-Brown [68], 8.
— transdiaphragmatique, G. Baz [157], 1.
— discale (Lombosciatalgies), A. Bianchi-Maiocchi [33], 3.
— du hiatus (Estomac), Baumel [96], 1.
— du hiatus œsophagien, Hillemand [87], 12; Nemours Auguste [87], 18; Veeneklaas [129], 1.
— inguinale (Cure radicale) : atrophie testiculaire consécutive, H. F. Chauvin [184], 18.
— — (Opération d'Uffreduzzi), A. Re [12], 25.
Hernies (Plastie au Silon), Typowsky [16], 2.
— silencieuses du hiatus, Cernock [61], 1.
— volumineuses (Plasties au fil de peha), Rappert [114], 2.
Hibernation artificielle, Bozza [14], 5; Oztürk [17], 7; Sénèque [176], 32; Hepp [176], 33; Thalheimer [176], 40.
— — dans l'éclampsie, Grasset [183], 1.
Hibernothérapie et neurochirurgie, Lazorthes [176], 34.
Hirudoïde, Bauer [3], 4.
Histaminémie et ulcère, Baumel [96], 2.
Homogreffes aponévrotiques chez l'homme, J. Farill [157], 2.
Homotransplantation du cœur chez le chien, H. G. Drownie [20], 28.
Hormones (Influence vésicale), Mombaerts [116], 2.
Hormonothérapie de la castration opératoire, Krafft [183], 7.
Humérus (Fracture spontanée), Jaffres [76], 9.
— [Extrémité supérieure] (Myéloplaxome); résection; prothèse acrylique, J. Sgrosso [26], 2.
— [Tête] (Fracture), Schultz [110], 6.
Hyaluronidase (Usages cliniques). Britton [24], 71.
— et anesthésie, Agnina [13], 5.
— dans l'exophtalmos expérimental. J. W. Nazum [24], 30.
Hydatide de Morgagui (Torsion), B. E. Fillis [53], 10.
Hydrocéphalie (Perforation de l'orbite), Verbiest [74], 6.
— par obstruction, E. Alexander Jr [74], 11.
— ventriculaire résiduelle, Feld [186], 5.
Hydronéphrose, F. Noguerol [26], 4; Farrow [127], 4.
— chez l'enfant, Nixon [9], 15.
— expérimentale (Décapsulation rénale), Abdanski [44], 15.
Hyperalgésie farado-cutanée dans la lombosciatalgie de la hernie discale. B. Bianchi Maiocchi [33], 3.

Hyperœstrinisme des femmes âgées, R. E. Scully [47], 6.
Hypertension artérielle et phéochromocytome, Hartl [112], 6.
— — essentielle (Résultats opératoires), Koczorowski [15], 1.
— — grave (Chirurgie), F. d'Abreu [125], 3.
— — maligne (Néphrectomie), Verger [27], 1.
— portale (Chirurgie), H. Milwidsky [189], 2.
— — (Étude radiologique du grêle), J. P. Lopes Pontes [163], 1.
— — (Opération); état du sang périphérique secondaire, A. I. S. Macpherson [125], 1.
Hyperthyroïdie (Hypothermie contrôlée), Ducuing [176], 41.
— (Iode radio-actif), Tubiana [87], 2.
Hypnose dans le traitement de la sensation de membre fantôme des amputés, Cl. Cedercreutz [124], 1.
Hypokaliémie, Le Brun [51], 8.
Hypopharynx (Tumeurs); radiothérapie, Amalric [80], 23.
Hypophyxe (Adénomes chromopholes); pneumo-encéphalographie, L. Bakay [74], 8.
— (— éosinophiles), Tarcan [146], 7.
— (Transplantation), Lang [3], 19.
— Surrénales (Fonctionnement) dans la maladie post-opératoire, G. Grassi [11], 3.
Hypophysectomie (Expérience personnelle), R. Luft [74], 10.
Hypoplasie-Aplasie congénitale articulaire de la main, M. Fiume [33], 4.
Hypotassémie dans les Services de gynécologie, Gail Gar Lyai Li [47], 7.
Hypotension contrôlée, Sadove [74], 7; Sicard [176], 29; Merle d'Aubigné [176], 30; Petit Dutaillis [176], 31.
— — en anesthésie, L. J. Hampton [125], 15.
— — en chirurgie, G. Gili [12], 17.
— intra-crânienne, Holmes [126], 8.
— provoquée, Patury [25], 7.
Hypothalamus et secrétion gastrique, Porter [24], 63.
Hypothermie contrôlée et hyperthyroïdie, Ducuing [176], 41.
Hystérectomie abdominale avec fermeture du vagin, Bressot [176], 24.
— totale et subtotale, L. Lopez [48], 12.
Hystérographie de morula corporeale. J. Roux [183], 25.
Hystérosalpingographie, Rouquet [80], 3.

I

Ictère (Diagnostic différentiel), C. M. Leevy [59], 5.
— chronique par néoplasme, Gautier [178], 5.
Iléite diffuse (Résection entéro-colique extensive) étude post-opératoire et mort par jéjunite, 22 mois après, D. D. Kozoll [60], 1.
Iléo-côlon pour œsophage pré-thoracique, Dor [179], 9.
Iléo-cystoplastie vésicale, Cibert [51], 2.
Iléon (Caractères radiologiques) à l'état normal, B. Celis [168], 1.
— (Léiomyome sous-séreux) compliqué de fissuration et de volvulus du grêle, Siffre [185], 19.
— (Transplantation urétérale) dans une anse isolée, Annis W. R. Hunter [125], 4; A. O. Wilson [125], 6.
Iléus de la grossesse, Burger [39], 2.
— par strangulation (Radio-diagnostic), Olivier [87], 17.
Incision de Pfannenstiel cachée, C. Alb. de Pierris [161], 7.
Incontinence d'urine chez la femme (Chirurgie), Vernet [45], 2.
— — — (Opération de Terence Millin), Chauvin [179], 24.
— — récidivante, Pecherstorfer [113], 3.
Induration plastique du corps caverneux (Rupture), Truc [184], 15.
Infarctus épididymaire par torsion, Truc [184], 14.
— testiculaire, G. A. Winstead [53], 9.
Infections (Érythromycine) dans 4 cas, L. de Gennes [187], 2.
— péritonéales (Pénicilline), Gonta [137], 2.
— tétaniques, Montanari [72], 2.
— vaginales, Zettelman [119], 1.
— veineuses amygdaliennes, Terracol [90], 4.
Inflammation, Delarue [7], 3; Mosinger [7], 4; Valy Menkin [7], 5.
— (Dynamiques) et guérison, Moon [78], 1.
Injections intra-artérielles en phlébologie, M. Vazquez Rocha [66], 1.
— sous-cutanées « loco dolenti » (Mécanisme d'action), Doret [142], 4.
— intra-utérines (Prolapsus génital consécutif) avec perforation secondaire, A. Aimes [183], 22.
— — d'eau de savon (Infarctus), Rochat [183], 9.
— intra-veineuses de fructose, Beal [24], 45.
Institut de Radiologie et d'Oncologie de l'État de Carabobo (Expériences à l' —), J. Ramos Dajer [48], 6.
Intestin (Biopsie per-opératoire), Lamy [179], 5.
— (Blessure par coup de feu); fistule, Czembirek [6], 3.
— (Cancer); son problème, A. F. R. Andresen [149], 1.
— (Fistules); application de placenta, Moula [176], 49.
— (— vésicales), Robinson [51], 7.
— (Greffon de l' —) en urologie, J. Foret [49], 6.
— (Infarctus); cas rare, Grabowski [137], 8.
— (Invagination) par cancer du grêle, S. Sato [173], 2.
— (Maladie ulcéreuse) à localisations multiples, Kliszowski [177], 4.
— (Occlusion); Revue statistique, R. O. Gragg [24], 24.
— — par bride diverticulaire, Sérafino [179], 4.
— — par calculs biliaires, R. M. Greenle [149], 3.
— — dans le mesenterium commune, R. Rossaro [130], 2.
— — par ulcération, Klizowski [177], 4.
— (Opérations); anémie consécutive, Ungley [58], 2.
— (Perforation) par ascaridiose, Naud [27], 5.
— (Pneumatose kystique), Villaume [140], 9.
— (Tumeur latente) révélée par des hématuries et une tumeur vésicale, E. Chauvin [184], 13.
— grêle (Cancer) et invagination, S. Sato [173], 2.
— — (Carcinomes); anémie, Richardson [58], 4.
— — (Contenu bactérien), Cregan [126], 7.
— — (Diverticule), Walker [112], 8.
— — (Envahissement carcinomateux secondaire), G. R. Rosselli [26], 5.
— — (Lésions hémorragiques); radio-diagnostic, Dedick [85], 1.
— — (Lymphosarcome multiple), J. Benzadon [26], 16.
— — (Néoplasmes), Rechnitzer [58], 3.
— — (Occlusion) par gastrectomie antécolique, Oldham [9], 19.
— — (Polypes adénomateux), Hunter [9], 1.
— — (Étude radiologique) dans l'hyper-

tension portale. J. P. Lopes Pontes [163]. 1.
Intestin grêle (volvulus de l'anse) dans un cas de léiomyome iléal. Siffre [185], 19.
— [Gros] (Radiologie) après irradiation du cancer cervical. Böck [82]. 4.
— — (Résection en 3 temps). Morl [3]. 17.
— — (Tumeurs inflammatoires aiguës). Bremen [8]. 2.
— moyen (Défaut de rotation). Kulesza [137]. 4.
— terminal (Duplicité). Ravitsch [19], 2.
Invagination cæcale. Testa [57]. 2.
— — par sarcome. Erbes [36]. 2.
— iléo-colique cæco-transverse. Consiglio [57]. 3.
— intestinale par cancer. S. Sato [173]. 2.
— rétrograde. Dieulafé [180]. 10.
Iode radio-actif. Coliez [80]. 7.
— — pour Basedow. Gilbert-Dreyfus [87]. 22.
— — dans l'hyperthyroïdie. Tubiana [87]. 2.
— — et métastases thyroïdiennes. Specht [150]. 1.
— — (Action sur l'œuf *in utero*). Rochat [183]. 8.
Irgapyrine cause d'ulcère. Wayjan [129]. 2.
Irradiation du cancer du col utérin (Biopsies en série). K. A. Mc Garrity [174]. 3.
— de la thrombo-angéite. Fried [82]. 5.
Ischémie des membres. Langeron [98]. 2.
Ischion (Cancer métastatique). Milch [20]. 38.
Ischio-pubis (Ostéo-chondropathie). Junge [81]. 2.
Isotopes radio-actifs et cancer. J. de Filippi [161]. 6.
— — et cancer du col. Tudway [84]. 2.

J

Jéjunite mortelle post-opératoire. D. D. Kozoll [60]. 1.
Jéjuno-iléon (Diverticulose multiple). Th. F. Rose [174]. 7.
Jéjunum (Ulcération); occlusion, Kliszowski [177]. 4.
— [Diaphragme congénital] (Excision), Mc Garity [24], 16.

K

Kystes bronchiques. Baxter [155]. 2.
— colloïdiens ventriculaires. Poppen [74]. 5.
— dermoïdes. Wood [9]. 22.
— épidermoïdes. Zadek [18], 10.
— gastriques. Jones [9]. 14.
— du genou. Grant-Bonnin [9]. 5.
— hydatiques au Royal Hobart Hospital (Sidney). K. J. Friend [174]. 8.
— cardiaques (Localisation ventriculaire). L. M. Bosch del Marco [167]. 2.
— — cérébraux. Vigouroux [179]. 23.
— — hépatiques. Goni Moreno [176]. 8.
— — pulmonaires. Perez Fontana [69]. 1; Dor [179]. 2; [179]. 18.
— de la langue. Pierre [179]. 17.
— lepto-méningés. Taveras [74]. 4.
— lymphatiques mésentériques. Addison [126]. 6.
— médiastinaux. Razemon [99]. 4; Forster [100]. 2.
— mésocoliques. Labry [183]. 15.
— ovariens. Koppen [40]. 4.
— pancréatiques. H. Doubilet [21]. 7; Paul [61]. 3.
— rétro-péritonéaux. Ergüder [17]. 5.
— pulmonaires. F. M. Woods [22]. 4.
— du septum pallucidum. W. Mck Craig [154]. 5.
— spléniques. C. L. Wicht [175]. 4.
— sous-tentoriels bénins (Obstruction consécutive). E. Alexander Jr [74]. 11.
— vaginaux. Bonnet [182]. 3.

L

Lambeau axillaire (Fixation). Keyes [20]. 10.
— nasiforme dans la reconstruction de la pyramide nasale. G. Serafini [130], 1.
Lambeaux cutanés pédiculés, Bogetti [12]. 5.
Laminectomie (Indications des greffes vertébrales après —). A. Ricard [2], 7.
Langue (Fibro-sarcome), Durden-Smith [9]. 18.
— (Kyste central). Pierre [179]. 17.
Laparoscopie (Sa valeur). Straube [111], 2.
Larynx (Cancer); méthode personnelle, Maurer [110]. 1.
— (Radiothérapie); état des lymphatiques. Sbernini [83]. 3.
Léiomyome, Laird [51]. 5.
— bronchique, Champeau [54]. 1.
— gastrique, Steen [60]. 12.
— iléal sous-séreux (Fissuration), Siffre [185]. 19.
— œsophagien. Vohnout [145]. 1.
Léiomyosarcome du cordon spermatique. H. N. Wessel [53]. 8.
— rétro-péritonéal. E. W. White [53], 2.
— rénal. Bruce [51], 4.
Leucosarcomatose (Pathogénèse et cytochimie). P. F. Baratta [132]. 7.
Ligament cholécysto-duodéno-colique, cause d'occlusion duodénale grave, L. J. Gregory [60]. 3.
— croisé (Plastie). Szule [15], 6.
— large (Hématome infecté) après césarienne, Guilhem [183]. 37.
— recto-vésical. Kehrer [40]. 2.
Ligaments coraco-claviculaires (Déchirures); chirurgie. Orofino [18]. 8.
Ligature. Hernandez-Lopez [7], 7.
— artérielle. Dilek [17]. 6. Rienhoff [152], 17.
— — pour cirrhose. Witter [24], 39.
Lipides (Transit), Warter [100]. 1.
Lipome duodénal. Fontaine [80], 12.
— médiastinal. Bonniot [178]. 7.
— intra-thoracique, A. Cesanelli [26], 6.
Lipomes arborescents post-traumatiques du genou. F. Placeo [12], 23.
Liquides caustiques (Ingestion), Moatti [54], 2.
Lithiase biliaire, Ameline [176]. 7.
— cholédocienne. Soupault [176]. 3; Brocq [176]. 4; Hepp [176]. 5; Sénèque [176]. 6.
— réno-urétérale, Alcala [118], 1.
Lobectomie pulmonaire pour caverne. Mydlil [145]. 3.
— — d'urgence pour hémoptysie, Dana [107]. 2.
Lobotomie (Hasards). Freeman [152], 6.
— frontale. Kryger [140], 1.
— pré-frontale (Hypersthénie), Benon [104], 2.
— sélective pour algies rebelles, E. G. Grantham [19]. 3.
Lombalgie (Cinésithérapie). Lièvre [89], 7.
— (Opération précoce), de Sèze [76], 2.
Lombosciatalgie (Greffe osseuse), Lazorthes [180]. 6.
— de la hernie discale, A. Bianchi Maiocchi [33]. 3.
Lombo-sciatique par appendicite, Morer [176]. 14.
Luxation, Ballerio [32]. 7; Gentili [32], 8; Magnant [176], 46; Simon [177], 6; Soriano [186]. 2.
— congénitale. Lorenz [113]. 6.
— de Lisfranc, A. Dezza [33]. 6.
— [Sub-]. Merle d'Aubigné [176], 51.
Lymphangite carcinomateuse du poumon, J. A. Doyle [160]. 3.
Lymphatiques (Régénération), Yoffey [7], 14; Teneff [7], 15.

Lymphatiques laryngo-trachéaux après radiothérapie du larynx, SBERNINI [83], 3.
— mammaires (Curage mammaire interne) FUNCK-BRENTANS [89], 2.
Lymphogranulomatose bénigne, BLANC [94], 1.
Lymphome (Complications), WEISBERGER [151], 1.
Lymphosarcome, ERBES [36], 2.
— (Radiothérapie) guérison, GRIMAUD [101], 3.
— multiple du grêle, J. BENZADON [26], 16.
— vésical, JACOBS [51], 6.

M

Mâchoire inférieure [Hémi] (Prothèse d'acier inoxydable), ATTIE [24], 44.
Mâchoires (Blessures); principes du traitement, WANG-NORDERUD [141], 2.
Main (Brûlures); pansement simplifié, RICHARD [20], 42.
— [Dos] (Brûlures graves); plastie cutanée, PIERRA [179], 1.
Mal de Pott (Paraplégie); décompression entéro-latérale, SEDDON [176], 10.
— — avec grand foyer caséeux pulmonaire enkysté, M. LOPEZ SEUDON [122], 2.
Maladie d'Albers-Schönberg, TOUYA [181], 2.
— de Basedow (Iode radio-actif), GILBERT-DREYFUS [87], 22.
— — (Thérapeutique actuelle), BATTESTI [94], 3.
— de Crohn, ROBINSON [51], 7.
— de Dupuytren (30 cas opérés), P. FRANCO-PEREGALLI [33], 2.
— de Hodgkin, BOPP [54], 3.
— — (Formes vertébro-médullaires), M. FERRARI [167], 1.
— — avec ulcère gastrique hémorragique au début, D. L. GORNI [26], 15.
— — chez l'enfant, DOUGLAS [31], 2.
— de Hurler, CHORÉMIS [27], 1.
— hydatique au Royal Hobart Hospital (Sidney), K. J. FRIEND [174], 8.
— de Jaffe-Lichtenstein, C. CORRADI [33], 1; LE SCOUEZEC [181], 5.
— de Léri, SCHUKNECHT [3], 13.
— de Marie-Strumpell, BAGNALL [148], 4.
— de Morquio, RUELLE [76], 11.
— d'Ollier, LE SCOUEZEC [181], 5.
— de Paget-Schrötter (Étude clinique et traitement), A. BALAS [4], 1.
— de Parkinson (Attitudes de la tête), LASSERRE [181], 1.
— de Putti, DE WULF [29], 5.
— de Recklinghausen, MILLER [81], 3.
— — nerveuse, CLARK [24], 18.
— de Südeck, DE WULF [29], 4.
— de Volkmann (Avenir éloigné), A. TRILLAT [2], 1.
Maladies post-opératoires (Fonctionnement hypophyso-surrénal); test de l'éosinophilie, G. GRASSI [11], 3.
— — anatomiques, R. LERICHE [87], 6.
— professionnelles, UEBERMUTH [3], 1.
Malformations congénitales complexes, LAFRANCE [184], 5.
— — pulmonaires, RAZEMON [99], 7.
Mamelon (Écoulement) dans le cancer mammaire, A. R. KILGORE [21], 3.
Manométrie électronique, GUY ALBOT [185], 4.
— per-opératoire biliaire, MALLET-GUY [185], 3.
Marc Aurèle Severino (Recréateur de la chirurgie italienne), T. OLIARO [12], 22.
Masculinisation par hyperplasie des cellules de Leydig, I. TALIAFERRO [153], 2.
Masque facial (Standard), ALDOVA [144], 5.
Masques de tête pour tamponnage œsophagien, WALLACE [60], 7.
Mastectomie et reconstruction esthétique mammaire, A. NASO [133], 4.
Mastectomie (Œdème du bras après —), W. R. DEATON JR [20], 30.
— radicale (Dissection intercostale), HUTCHINSON [20], 9.
— — (Lambeau axillaire), KEYES [20], 10.
— — (Plastie complémentaire), F. PAULINO [164], 1.
Mastite puerpérale, SALASC [183], 14.
— — (Traitement abortif), DUBECQ [39], 1.
Mastoses, BORY [89], 1.
Matières synthétiques pour cerclage des fractures, M. SCHWAIGER [4], 4.
Médiastin (Chorio-carcinome) chez un jeune homme, M. J. G. LYNCH [68], 7.
— (Chorio-épithéliome), REBOUD [179], 15.
— (Goitre thymique), WAN DYKE [78], 2.
— (Hémangiome caverneux), E. R. MAURER [24], 31.
— (Kystes aéro-digestifs), FORSTER [100], 2.
— (— infectés), ablation avec résection pulmonaire, RAZEMON [99], 4.
— (Lipome), BONNIOT [178], 7.
— (Tumeurs); étude, P. BAGOLAN [131], 2.
— antérieur (Neurinome), LEDRU [91], 2.
— postérieur (Goitre), VON DER LIETH [18], 21.
Médiastinite, R. P. MC BURNEY [154], 1.
Médiastinotomie cervicale, ESCAT [180], 4.
Médulloblastome ventriculaire, FELD [186], 5.
Mélanome malin (Survie), GALGANO [152], 9.
Mélanosarcome, GLENN BELL [20], 2.
Mélanose recto-sigmoïdienne, CHAPUY [185], 13.
Mélorhéostose, SCHUKNECHT [3], 13.
Membre inférieur (Artérite); ultra-sons, BERNARD [80], 8.
— — (— oblitérante); effet de la sympathectomie sur la température cutanée, J. J. CRANLEY [24], 54.
— — (Circulation veineuse) après ligature veineuse iliaque, CHIOTA [42], 3.
— — (Fractures); traitement ambulatoire, SEVASTIKOGLOU [140], 11.
— — (Insuffisance veineuse profonde chronique), M. MAIRANO [12], 20.
— — (Oblitération artérielle); A. C. T. H., WERTHEIMER [178], 12.
— — (Raccourcissement); intervention contro-latérale, VERGOZ [176], 28.
Membres (Amputation amyotomique), VASCONCELLOS [138], 2.
— (Contrôle sympathique); méthode diagnostique et thérapeutique, M. V. TRONCELLITI [158], 4.
— fantômes (Traitement par hypnose), CL. CEDERCREUTZ [124], 1.
— (Ischémie aiguë); spasme, LANGERON [98], 2.
— Lésions traumatiques); emploi de la substance P., A. VOLTERRANI [132], 4.
Méningite aseptique, MONTANARI [72], 1.
Méningo-encéphalite tuberculeuse (Neurochirurgie), WERTHEIMER [92], 1.
Ménopause (Dangers de l'œstrogénothérapie massive après la —), G. ROUX [183], 27.
Ménorragies (Vitamine D2), CRISPOLTI [42], 2.
Mésentère (Adénite aiguë), SCHAAB [177], 1.
— (Adénolymphite), LAURENCE [176], 21; MOULONGUET [176], 22.
— (Kyste lymphatique), ADDISON [126], 6.
— (Thrombose vasculaire), AKEL [146], 11.
Mesenterium commune et occlusion, R. ROSSARO [130], 2.
Mésocôlon (kystes), LABRY [183], 15.
Métabolisme du potassium, NÆGELI [88], 2.
Métaphyse (Réactions périostales), PIRASTU [32], 5.
Métastases viscérales du côlon distal et du rectum, H. E. BACON [24], 23.
Métatarsiens pour métacarpiens, A. POLI [33], 5.
Méthode de l'exposition des brûlures, ROUSSELOT [24], 40.
— de Laborit dans le choc de guerre d'Indochine, NICOL [176], 35.

Méthylargolasine et hémostase utérine, Caderas de Kerleau [183], 24.
Métrite (Instillations d'antibiotiques), Serment [183], 18.
— cervicale (Aérosols), Suant [97], 3.
Métrorragies fonctionnelles (Concepts nouveaux), E. V. Salerno [160], 6.
Migraines (Chirurgie), R. Massart [90], 1.
Moelle épinière (Complications) de la ponction lombaire, Redo [24], 42.
— — cervicale (Traumatismes), Soriano [186], 2.
— — dorso-lombo-sacrée (Compression); diagnostic, Kleimans [160], 7.
Mollet (Anévrysmes), Leriche [87], 20.
Monilia albicans, Vergoz [176], 42.
Morpho-dynamisme des opérés biliaires (Séquelles morbides et douleurs), G. Tartarini [132], 2.
Mortalité dans l'appendicite, Straszewski [15], 4.
— du cancer, Pascua [77], 4.
Morphine (Nalline antagoniste), Adriani [24], 46.
Morula corporéale (Image hystérographique), G. Roux [183], 25.
Motricité (Troubles extra-pyramidaux), Schurmann [71], 3.
Mucocèle appendiculaire, Rasmussen [140], 7.
Muqueuse buccale (Hypertrophie par prothèse), Walter [126], 12.
— gastrique (Biopsie), Debray [88], 3.
— — (Prolapsus), A. Melamed [60], 2.
— — (— duodénal), Sanda [16], 5.
— — doublant l'œsophage, P. R. Allison [68], 1.
— — [Membrane] (Régénération) après transformation maligne, M. Kura [7], 18.
Muscle grand droit abdominal pour drainage d'ascite, Crowe [24], 67.
— scalène antérieur (Syndrome), Broser [71], 1.
— strié (Anatomie pathologique) après dénervation, A. B. Aird [74], 2.
Muscles abdominaux (Aplasie), Verger [27], 2.
Museau de tanche (Dysplasies); exérèse diathermique, Palmer [162], 5.
My 301 (Narcotique de complément) en chirurgie, A. Crone Munzebrock [4], 6.
Myasthénie d'Erb-Goldflam (Énervation sinu-carotidienne), A. Thévenard [22], 2.
Mycoses fongoïdes pseudo-tumorales, Barbera [136], 2.
Myélome (Cellules plasmatiques), Meacham [155], 3.
Myéloplaxome, J. Sgrosso [26], 2.

N

Nævocarcinomes, Gibert [75], 7.
Nalline antagoniste de la morphine, Adriani [24], 46.
N. Allynormorphine; antagoniste de la morphine, Adriani [24], 46.
Narcose et propriétés cellulaires, Posternak [142], 6.
— (Théorie) et propriétés cellulaires, Posternak [142], 4.
— moderne, Nierstrasz [129], 5.
— répétée, Brown [126], 10.
Narcotique de complément (Le my 301), A. Crone Munzebrock [4], 6.
Nécrose de l'adrénaline, Leslie [126], 5.
— pancréatique, Altvater [6], 12.
— — (Prévention), Popper [24], 66.
Nématodiase autochtone par parasite filaroïde (4 cas); G. Rossi [132], 6.
Néocystostomie urétéro-iléale, Rack [152], 8.
Néoplasmes (Épanchement séreux); traitement par l'or colloïdal radio-actif, J. P. Storaasli [211], 10.
— et processus ostéomyélitiques, Dal Monte [32], 3.
Néoplasmes gastro-intestinaux (Radio-diagnostic), R. J. Bloor [156], 2.
— du grêle, Rechnitzer [58], 3.
— œsophagiens, E. Palma [167], 4.
— pulmonaires malins, L. Cudkowicz [68], 6.
Néphrectomie (Voie d'abord thoraco-abdominale) pour cancer, J. Conradt [49], 5.
— pour hypertension, Verger [27], 4.
— [Hémi-] pour tumeur, Querneau [184], 4.
— partielle pour tuberculose, Cibert [51], 1.
Néphrite chronique avec hypertension, Pigeaud [183], 16.
Néphrocalcinose, J. Cibert [49], 2.
Néphro-duodénale [Fistule spontanée], G. H. Jones [53], 1.
Néphrographie, G. Rometti [184], 16.
Nerf présacré (Résection); répercussions obstétricales, S. Luis Sala.
— radial (Paralysie post-traumatique et opératoire), de Wulf [29], 6.
— récurrent (Paralysie), Ross [18], 3.
— vague (Résection), Mandl [6], 7.
— — (Stimulation intra-thoracique); son action sur le tracé électro-cardiographique chez l'homme, D. R. Morton [21], 13.
Nerfs (Section); suture funiculaire, Sunderland [9], 11.
— périphériques (Régénération) dans les séquelles des blessures nerveuses, M. Dogliotti [7], 20.
Neurinomes, Lambert Rogers [9], 10; Tingaud [87], 3.
— (Dégénérescence mucoïde), Ledru [91], 2.
Neuro-chirurgie (Hypotension contrôlée), Petit-Dutaillis [176], 31.
— (Pronostic post-opératoire), Leo Rao [160], 8.
— (Trachéotomie en —), R. H. Dunsmore [74], 3.
— et cancer utérin, R. Castillo [48], 9.
— de la méningo-encéphalite tuberculeuse, Wertheimer [92], 1.
— et hibernothérapie, Lazorthes [176], 34.
Neuro- et psycho-chirurgie, Baruk [70], 2.
Neurofibromatose (Lésions osseuses), Miller [81], 3.
— avec ostéite fibreuse, Clark [24], 18.
Nez [Pyramide] (Reconstruction par lambeau), G. Serafini [130], 1.

O

Obstétrique (Répercussions de la résection du présacré en —), S. Luis Sala [161], 3.
Occlusion colique aiguë, W. F. Becker [21], 6.
— duodénale par artère, Bruni [12], 8.
— — grave, L. J. Gregory [60], 3.
— intestinale, R. O. Gragg [24], 24; R. Rossaro [130], 2.
— — par bride, Serafino [179], 4.
— — calculeuse, P. Majone [149], 3.
— — après gastrectomie, Oldham [9], 19.
Œdème du bras après mastectomie, W. R. Deaton Jr [20], 30.
Œil (Luxation), Slack [9], 21.
Œsophage (Anastomose duodénale), Dick [3], 16.
— (Atrésie), Henry [179], 14; Jarrousse [183], 31.
— (Cancer); cytodiagnostic, Calvet [75], 4.
— —; diverticule pharyngien, Hahn [54], 7.
— —; métastase osseuse, Marques [185], 6.
— —; radiations et chirurgie, Cliffton [24], 49.
— (— sus-aortique); résection; anastomose, J. Acebal [26], 3.
— (Chirurgie), Leenhardt [80], 20.
— (Corps étrangers), Appaix [179], 3.
— (Diverticule intra-thoracique), Forster [80], 9.
— doublé par la muqueuse gastrique, P. R. Allison [68], 1.

Œsophage (Lésions bénignes); chirurgie, R. H. Betts [172], 1.
— (— par caustiques); expériences, Mollica Vincenzo [54], 5.
— [Méga] (Œsogastrostomie), Alivisatos [176], 15.
— (Néoplasme); œsophagectomie, E. Palma [167], 4.
— (Perforation traumatique), Escat [180], 4.
— (Plastie par tube plastic), Tchékoff [177], 3.
— (Résection segmentaire), Bobbio [12], 4.
— (Rupture) par air comprimé, Harper Kerr [24], 14.
— (— spontanée), Nanson [9], 8.
— (Sténose expérimentale); cortisone préventive, N. Rosenberg [20], 25.
— (Tamponnage); masques de tête, Wallace [60], 7.
— (Ulcère et sténose) dans la hernie diaphragmatique, Barraya [176], 36.
— (— peptique), Michaud [185], 18.
— (Varices hémorragiques), T. W. Wagenknecht [24], 62.
— (— saignantes), Linton [60], 5; Miller [152], 4.
— [Partie moyenne](Cancer); ectomie; survie de 5 ans, Leger [176], 52.
— inférieur (Perforations), Montandon [54], 6.
— thoracique (Diverticules), Chiatellino [14], 2.
— préthoracique avec l'iléo-côlon, Dor [179], 10.
Œsophagectomie (Technique rapide), W. P. Mikkelsen [24], 53.
— pour cancer, E. Palma [167], 4.
— — (Survie), Leger [176], 52.
Œsophago-gastrectomie en un temps pour carcinome perforé dans un cas de médiastinite, R. P. Mc Burney [154], 1.
Œsophago-gastrostomie, Alivisatos [176], 15.
Œsophagoplasite antéthoracique, Carsky [16], 1.
Œstrogène nouveau pour cancer prostatique, H. Mortensen [174], 5.
Œstrogènes (Doses massives); dangers et inconvénients après la ménopause, G. Roux [183], 27.
Opération de Boari, Chauvin [185], 9.
— de Calandra, Mantia [34], 3.
— césarienne (Anesthésie au curare), Bergquist [140], 4.
— — (Anesthésie spinale), Genell [140], 5.
— — (Incoagulabilité sanguine) consécutive, Baux [183], 39
— — basse (Complication), Guilhem [183], 37.
— de Ekehorn, Petropoulos [15], 5.
— de Frenckner, Ninger [145], 2.
— de Hagedorn-Le Mesurier, A. G. Albertengo [26], 7.
— de Heller, Barrier [176], 9.
— — (11 cas), Lortat-Jacob [176], 13.
— de Holst, Riberi [13], 4.
— de Madlener, M. Miqueo Narancio [167], 3.
— de Terence Millin, Chauvin [179], 24.
— de Moroney, Hepp [176], 11.
— de Neugebauer-Le Fort (Littérature mondiale et vue d'ensemble); 48 cas personnels, J. C. Ahumada [160], 1.
— périnéo-abdominale pour imperforation anale haute, H. D. Butcher [20], 29.
— d'Uffreduzzi dans la hernie inguinale, A. Re [12], 25.
— de Wertheim (Indications et complications), F. Petersen [48], 8.
— — (Ligatures veineuses), Chiota [42], 3.
— de Whitehead pour hémorroïdes, I. Rosenberg [26], 14.
Opérations dans la région orbitaire, J. Cavka [147], 2.
Opérés (Surveillance des —) étudiée par l'équilibre hydro-électrique, M. Legrain [1], 2.
— biliaires (Situation morpho-dynamique des —); séquelles morbides et douleurs, G. Tartarini [132], 2.
— thoraciques (Surveillance), Coupain [99], 5.
Or colloïdal radio-actif dans les épanchements séreux d'origine néoplasique, J. P. Storaasli [21], 10.
— radio-actif, Dabney Kerr [85], 5.
— — pour tumeurs, Kanitz [82], 3.
Orbite (Opération), V. Cavka [147], 2.
— [Paroi] (Perforation), Verbiest [74], 6.
Organes (Transplants), Staudacher [1], 28; Albert [7], 30.
Orteils (Abduction externe), Jorgensen [8], 15.
— [Gros] (Sésamoïdite fistulisée), Debeyre [76], 4.
Orthopédie (Emploi du curare), Barbieri [34], 1.
— dans l'arthrite chronique, S. Sacks [175], 6.
Os (Atrophie) et tuberculose, de Wulf [29], 4.
— (— de Sudeck) et tuberculose, de Wulf [29], 4.
— (Cancer métastatique), Marques [185], 6.
— (Dysplasie fibreuse localisée), C. Corradi [33], 1.
— (Facteurs de développement); étude par cultures de tissu, H. B. Fell [7], 22.
— (Granulome éosinophile), Wilson [85], 2.
— (Greffes), E. Rutishauser [7], 25.
— (— conservées), Sicard [87], 14.
— (Implantation homo-hétéroplastique), Sv. Orell [7], 26.
— (Métastases thyroïdiennes), Specht [150], 1.
— (Neurofibromatose), Miller [81], 3.
— (Pertes de substance); réparation par éponge de gélatine, G. Pelizzolo [134], 2.
— (Régénération), Lawson Dick [7], 10.
— (Réticulome plasmatique), Orlowski [137], 7.
— (Transplantation libre); bases biologiques, W. Axhausen [7], 27.
— (Tumeur d'Ewing); radiologie, Gros [80], 16.
— (— malignes), Mc Carrall [152], 1.
— (— secondaires); difficultés diagnostiques Slullitel [26], 13.
— épitriquetrum et lunatotriquetrum, Rahilly [84], 1.
— longs (Croissance), Lichtwitz [76], 12.
— — (Fractures pathologiques); fixation métallique, H. Altman [22], 9.
— — (— spiroïdes); cerclage, Creyssel [178], 1.
— sésamoïdes sous-épitrochléens, Brunelli [32], 4.
— hétérogène réfrigéré (Greffes), Dejou [179], 6.
— vivant (Conservation de l' —) dans le plasma, E. J. Tucker [21], 15.
Ostéite dans l'abcès froid, Kaufmann [177], 7.
— fibreuse kystique et neurofibromatose, Clark [24], 18.
— pubienne, J. A. Rizzo [162], 5.
— tuberculeuse (Évolution atypique); 2 cas, F. S. de Sapia [133], 2.
Ostéoarthropathie syringomyélique, Jaffres [76], 9.
Ostéochondrite déformante ancienne (Séquelles); arthrite déformante juvénile, O. R. Marottoli [26], 1.
Ostéochondrome, Rook [18], 20.
Ostéochondropathie, Junge [81], 2.
Ostéomyélite (Antibiotiques) et circulation osseuse, G. Favacchio [11], 1.
— et néoplasmes, Dal Monte [32], 3.

Ostéomyélite chronique (Greffes cutanées), O. R. Marottoli [26], 10; Slullitel [26], 12.
— crânienne, F. Protic [147], 3.
— expérimentale (Pénicilline), Rothe [111], 5.
Ostéopathie rénale, Bettge [81], 4.
Ostéoporose sénile, Albeaux Fernet [90], 5.
Ostéosynthèse (Technique nouvelle), Agrifolio [34], 2.
— par fil d'acier, Guérin [181], 3.
— par fil métallique, E. Zerbi [33], 7.
Ostéotomie sus-condylienne du fémur, Ricardo Costa [165], 3.
Otorragie, Gurkan [17], 3.
Ovaire (Adénome papillaire bénin); guérison spontanée, M. Serini-Bulska [44], 6.
— (Agénésie), Silver [36], 1.
— (Altérations kystiques), Koppen [40], 4.
— (Arrhénoblastome), Hughesdon [46], 1.
— (Chorio-épithéliome); puberté précoce, Creyssel [28], 1.
— (Épithélioma); métastase uréthrale, Gros [183], 33.
— (— folliculaire), Fruhling [183], 35.
— (Fonctions) dans la curiethérapie des hémorragies utérines, M. Galbis [41], 11.
— (Hémorragie) et invagination cæcale haustrale, Giordanengo [12], 18.
— (— graves), Kos [3], 11.
— (Kyste dermoïde); perforation vésicale, Wood [9], 22.
— (— lutéinique), Brunotte [101], 1.
— (— simulé), Labry [183], 15.
— (Résection étendue) et annexectomie, Morrisson-Lacombe [183], 20.
— (Sèminome), Gauducheau [80], 6.
— (Tératome bénin) et carcinome à cellules squameuses, R. L. Alznauer [47], 5.
— (Tumeurs); hémopéritonie, Brunotte [101], 1.
— (— de la granulosa) chez une enfant de 14 ans, P. Bertrand [183], 30.
— (— virilisantes), Remouchamps [129], 3.

P

Palais [Fente] (Traitement en Afrique du Sud) J. Penn [175], 2.
Pancréas et coagulation sanguine, Storer [24], 41.
— après cholédocotomie, Starr [20], 1.
— accessoire, Nicolo [13], 2.
— (Exploration fonctionnelle), Warter [100] 1.
— (Irrigation); troubles neurogéniques expérimentaux, Kment [3], 6.
— (Kystes); principes de traitement, H. Doubilet [21], 7.
— (— calcifiés), Paul [61], 3.
— (Nécrose), Altvater [6], 12.
— (— graisseuse); prévention, Popper [24], 66.
— (Sécrétion externe); effets de la pancréatite expérimentale chez le chien, G. A. Hallenbeck [21], 12.
— (Tumeur kystique), Passebois [179], 25.
— [Corps] (Adéno-carcinome primitif), J. A. Doyle [160], 3.
— [Tête] (Cancer), Fuchsig [6], 9.
— — — ; transit lipidique, Warter [100], 1.
Pancréatectomie totale il y a 3 siècles, Magnus Lévy [112], 1.
Pancréatite, Altvater [6], 12.
— aiguë (Images gastriques), Ducuing [180], 2.
— — (Intervention sympathique), G. Brancadoro [11], 2.
— — (Radiologie), O. F. Longo [2], 6.
— — expérimentale (Mort par bactéries chez le chien), F. Schweinburg [24], 6.
— — hémorragique (Trypsine en inhibiteur cristallin), H. L. Hoffman [20], 27.
Pancréatite chronique (Fistule abdominale), Waughn [24], 64.
— — (Interventions sympathiques), G. Brancadoro [11], 2.
— — expérimentale par section du sphincter, P. Mallet-Guy [2], 5.
— expérimentale (Son action sur la sécrétion pancréatique externe du chien), G. A. Hallenbeck [21], 12.
Papille de Vater (Cancer), Fuchsig [6], 9.
Paralysie après opération de la coarctation de l'aorte, Beattle [24], 50.
— faciale (Chirurgie palliative), Ginestet [177], 2.
— péronière par accident de foot-ball, A. Rütt [5], 4.
— radiale post-traumatique, de Walf [29], 6.
— récurrentielle, Ross [18], 3.
Paraplégie (Chirurgie), Schurmann [71], 3.
— pottique, Peddon [176], 10.
Parasite filaroïde (Nematodiase autochtone par —); 4 cas, G. Rossi [132], 6.
Parésie ischémique après fracture, Daubit [117], 1.
Parotidites partielles, Dechaume [87], 21.
P. A. S. et Streptomycine pour tuberculose rénale, Aboulker [184], 2.
Peau (Chirurgie); problèmes biologiques, P. B. Medawar [7], 21.
— (Épithélioma) et cancer bronchogénique, M. Joselevich [161], 4.
— (Greffes homoplastiques), Gallone [14], 3.
— (Plasties libres et pédiculées), Pierre [179], 1.
— (Sutures intra-dermiques), Ginestel [87], 5.
— [Bandelettes] en chirurgie réparatrice, Marill [106], 1.
Pelvectomie [Hémi] pour tumeurs malignes, Marshall Lee Jr [19], 13.
— totale d'urgence, Dargent [178], 4.
Pelviuretéroplastie, Farrow [127], 4.
Pénicillinothérapie de l'ostéomyélite, Rothe [111], 5.
— intra-péritonéale, Gonta [137], 2.
— — continue, Ferrand [178], 8.
Peptic ulcer et colite ulcéreuse, Chaiken [60], 8.
— (Base ischémique), Palmer [155], 6.
— — (Extraits de glande pinéale), Gerson [139], 1.
Perfringens, Monrozies [183], 36.
Période post-opératoire (Bilan hydro-salin), Chiatellino [14], 4.
— — (Troubles digestifs prolongés), M. Lévy [185], 24.
Périoste (Réactions) dans la gonilite, Pirastu [32], 5.
Péritoine après radiothérapie abdominale, Breitländer [82], 8.
— (Dialyse) dans l'urémie, Henninger [22], 1.
— (Régénération) après résection pour cancer intra-abdominal; étude expérimentale, A. Brunschwig [7], 19.
— (Sensibilité), S. C. Gupta [172], 2.
Péritonite généralisée (Pénicilline intra-péritonéale), Ferrand [178], 8.
— à méconium, Olnick [152], 13.
— par perforation, Michon [176], 18.
— à perfringens, Monrozies [183], 36.
— [Fausse —] (Clinique et diagnostic différentiel), A. R. Catalayud [122], 1.
Péroné (Lésion sportive périphérique); paralysie péronière, A. Rütt [5], 4.
— (Résection); séquelles, Leriche [87], 20.
Pertes de substance diaphragmatique, Bagetti [12], 5.
— — osseuse, G. Pelizzolo [134], 2.
— — du septum auriculaire (Création expérimentale), Th. C. Moore [65], 4.
— — du tibia, D. Tellez Lafuente [41], 10.
— — veineuse, Salem [114], 1.

Pétrosite (Chirurgie), NINGER [145], 2.
pH céphalo-rachidien des traumatismes crâniens (Valeur pronostique post-opératoire) en neurochirurgie, LEO RAO [160], 8.
Phalangette (Kyste épidermoïde), ZADEK [18], 10.
Pharyngo-œsophage (Diverticule) et cancer, HAHN [54], 7.
Pharynx (Diverticules de pulsion); incision transversale, S. L. PERZIK [24], 29.
— (Palpation), DUNNING [152], 3.
Phénomène de Schwartzmann, MALEK [144], 3.
Phénylbutazone (Complications par —) : Agranulocytose mortelle et ulcération gastrique, N. V. DILLING [125], 12.
Phénylindandion (Antithrombotique), JÜRGENS [111], 1.
Phéochromocytome, HARTL [112], 6.
— extra-surrénalien, GIBBS [155], 5.
Phlébite (Séquelles); chirurgie, DUCUING [95] 2 et [180] 3.
— (Syndrome secondaire), L. ENSENAT [65], 3.
Phlébographie pelvienne (Voie utérine), GUILHEM [183], 38.
— du système veineux pelvien, B. S. ABESHOUSE [22], 5.
Phlébologie (Injections intra-artérielles en —), M. VAZQUEZ ROCHA [66], 1.
Phlébotomies répétées, WARTHIN [155], 4.
Phlegmon périnéphrétique, SUANT [97], 2.
Phosphore radio-actif (Tumeurs malignes), ROMIEU [80], 24.
Phytobezoard gastrique, A. TURCO [12], 28.
Pièces de matière plastique, LATARJET [91], 5.
Pied (Luxation sous-astragalienne), SIMON [177], 6.
— (Verrues plantaires); complications, ROBINSON [20], 8.
Placenta (Applications locales), MOULA [176], 49.
Plaies (Cicatrisation); action des stéroïdes surrénaux, E. C. MEADOWS [24], 59.
— — par rayons Röntgen, W. LAWRENCE JR [24], 8.
— de guerre, HJORT [141], 1.
— — (Fermeture primitive retardée en Corée), D. FISHER [21], 9.
— post-opératoires en urologie (Histothérapie), L. BALLERIO [52], 3.
— traumatiques petites et grandes, brûlures comprises, H. CONWAY [156], 1.
Plasma hétérologue pour cirrhose, GIRARD [185], 15.
— sanguin (Conservation de l'os vivant dans le —), E. J. TUCKER [21], 15.
Plastie complémentaire de la mastectomie radicale, F. PAULINO [164], 1.
— par lambeau falciforme, G. SERAFINI [130], 1.
— œsophagienne, TCHÉKOFF [177], 3.
Plesio-radiothérapie d'une tumeur vésicale (Contrôle histologique), G. PICCOLO [52], 1.
Pleuro-pulmonaire [Chirurgie], RAZEMON [99], 1.
— [Pathologie]; enzymes streptococciques, RIBET [99], 6.
Plexiglas pour plastie mammaire, LOMBARD [188], 3.
Plexus brachial (Anesthésie sus-claviculaire), PRZYBORA [137], 1.
— choroïdien (Blocage) en neuro-chirurgie traumatique, LEO RAO [160], 8.
Pneumatose kystique, VILLAUME [140], 9.,
Pneumo-abdomen extra-péritonéal pour diagnostic des tumeurs rénales, G. DELL' ADAMI [52], 2.
Pneumoarthrographie du genou, WANDERDORP [80], 2.
Pneumoencéphale traumatique, DINGER [146], 3.
Pneumo-encéphalographie dans les adénomes hypophysaires, L. BAKAY [74], 8.
Pneumonectomie pour cancer, AREL [146], 1.
— pour tuberculose, J. A. GRAVEL [148], 2.
— (Accouchement), HOUËL [183], 10.
— (Décès rapide), CORAJOD [178], 13.
— (Radiologie), BRACCO [12], 7.
Pneumopéritonie, SUANT [97], 3.
— dans le radio-diagnostic des kystes de la rate, C. L. WICHT [175], 4.
— (Déplacement du foie), WLODARCZYK [118] 2.
Pneumothorax, BIANCALANA [12], 3.
— artificiel et thoracoplastie, R. ABBEY SMITH [68], 3.
— spontané, SUANT [97], 2.
Pneumotomie pour grand foyer pulmonaire enkysté, M. LOPEZ SENDON [122], 2.
Poitrine (Plaies de guerre), HJORT [141], 1.
« Polybrène » (Agent antihéparinique nouveau), F. W. PRESTON [20], 21.
Polydystrophie, CHORÉMIS [27], 1.
Polyéthylène [Éponge] pour reconstruction esthétique mammaire, A. NASO [133], 4.
Polypes adénomateux, HUNTER [9], 1.
— [Pseudo] chez un amibien, AUBRY [105], 1.
Polypose bulbaire, SANDA [16], 5.
— gastrique, HAY [24], 20.
— recto-colique, BLANC [94], 1.
Ponction-biopsie hépatique, BAUMEL [96], 6.
— lombaire (Complications médullaires), REDO [24], 42.
— sous-occipitale (Accidents), KIRBERGER [71], 4.
— transpariéto-hépatique vésiculaire (Technique de cholangiographie), M. BAUCHE [132], 1.
Potassium (Métabolisme), NÆGELI [88], 2.
Poumon (Abcès) par phénomène de Schwartzmann, MALEK [144], 3.
— (— gauche) et gangrène subaiguë droite en sanatorium, G. LOSANO [132], 8.
— (Adénomatose ou cancer alvéolaire), DUFOURT [67], 3.
— (Biopsie par aspiration); instruments, METRAS [67], 4.
— (Cancer), SMITHERS [126], 1.
— ; fréquence, SAYAGO [69], 2.
— —; cytodiagnostic, SUESS [113], 1.
— — découvert dans un cas de fracture du coccyx, N. KIMURA [173], 3.
— ; coupes transverso-axiales, SICHEL [80], 1.
— ; chirurgie, DELACROIX [99], 3.
— (— bronchogénique) chez le porteur d'un épithélioma cutané, M. JOSELEVICH [161], 4.
— (— métastatique), MEYER [67], 5.
— (Carcinome bronchogénique) simulant une affection bénigne, G. V. BRINDLEY [19], 5.
— (Caverne persistante); lobectomie, MYDLIL [145], 3.
— (Complications post-opératoires); prévention, J. DAVIDSON [125], 11.
— (Embolie); ganglioplégiques, d'ESHOUGUES [105], 2.
— (Foyer caséeux enkysté) en relation avec un mal de Pott; pneumotomie et ablations, M. LOPEZ SENDON [122], 2.
— (Granulome bilharzien localisé) simulant une tumeur, S. H. EL MAALLAH [68], 5.
— (Hamartochondrome), SANTY [67], 1.
— (Kyste hydatique), PEREZ FONTANA [69], 1; GONI MORENO [176], 8.
— — radiologie, DOR [179], 18.
— — — chirurgie, DOR [179], 2.
— (Lymphangite carcinomateuse), J. A. DOYLE [160], 3.
— (Maladie kystique), F. M. WOODS [22], 4.
— (Néoplasmes malins); irrigation, L. CUDKOWICZ [68], 6.
— (Résection) pour kystes médiastinaux infectés, RAZEMON [99], 4.
— (Réticulo-sarcome secondaire) dans un poumon tuberculeux, G. LOSANO [132], 8.

Poumon (Sténose congénitale); cyanose et opération, C. T. Nessi [160], 14.
— (Tuberculomes), P. Bourgeois [88], 8; Ruttiman [143], 2.
— (Tuberculose) en sanatorium et réticulo-sarcome secondaire, G. Losano [132], 8.
— — évolution chirurgicale, Razemon [99], 2.
— exérèse, Tessier [97], 1.
— — résection, J. A. Gravel [148], 2.
— — avenir du poumon contro-latéral après résection, M. R. Geake [68], 2.
— (Tumeur neurogénique), Sebesteny [3], 9.
— résiduel après lobectomie (Radiologie), Bracco [12], 7.
Prégnandiol urinaire (Dosage), Piccioni [42], 1.
Pression biliaire (Manométrie), Fogliatti [178], 9.
— portale veineuse (Effets des varices œsophagiennes), Palmer [60], 6.
Procaïne-Amide (Évaluation expérimentale et clinique), C. Taboada Millas [158], 1.
Prognatisme (Chirurgie), Dufourmentel [176], 38.
Prostate (Cancer); pathologie, Bibus [77], 3.
— — signe du mentonnier, Ch. Lahayville [184], 21.
— — frottis, Viala [177], 9.
— — œstrogène nouveau, H. Mortensen [174], 5.
— — or radio-actif, Dabney Kerr [85], 5.
— (Carcinome); prostatectomie totale, F. R. Colby [53], 5.
— (Influence hormonale), Mombaerts [116], 2.
— (Néoplasme); surrénalectomie, Darget [184], 1.
— (Punch-résection), Chapman [51], 10.
Prostatectomie (Suites), Johnston [51], 9.
— en un temps, Coyne [109], 1.
— supra-pubienne en un temps avec fermeture primitive, G. H. Ewell [22], 11.
— totale pour cancer, F. H. Coley [53], 5.
Prostato-cystectomie pour épithélioma vésical suivi de cancérisation de la paroi, T. Pascual Regias [50], 4.
Prothèse d'acier inoxydable pour la mandibule, Attie [24], 44.
— acrylique, J. Sgrosso [26], 2.
— — pour scoliose, d'Intignano [181], 4.
— de nylon, Demirleau [107], 3.
— — dans les lésions articulaires, R. Mac Ausland [160], 15.
— de plume d'oiseau, Kubiak [15], 8.
Prothèses de hanche, Marique [29], 2.
— — (Physiopathologie), Herbert [176], 45.
Pseudarthrose, A. Poli [33], 8.
— (Enclouage), J. Gosset [176], 26.
Psycho-chirurgie et localisations cérébrales, L. B. Kalinowsky [73], 2.
— et neuro-chirurgie, Baruk [70], 2.
Puberté précoce, Creyssel [28], 1.
— — et gynécomastie, Tavares [45], 1.
Pubis (Disjonction) avec fractures, Corti [179], 16.
— (Ostéite), J. A. Rizzo [162], 5.
— (Tumeur à myéloplaxes), Gros [80], 17.
Pylore (Spasme) chez l'enfant, Zweifler [37], 1.
— (Sténose cicatricielle), Moatti [54], 2.
— — — par caustiques, Salmon [179], 20.
— (— du nourrisson), Rocher [27], 3.
Pyloro-duodénum (Résection), Macdonald [24], 11.
Pyloroplastie, Salmon [179], 20.
Pylorotomie, Rocher [27], 3.
Pyonéphrose congénitale géante, A. Perez Contiño [50], 5.
— a monilia, Vergoz [176], 42.

Q

Queue de cheval (Torulose), Alajouanine [70], 1.

R

Rachitisme rénal, Bettge [81], 4.
Racines cervicales (Traumatismes), Sorian [186], 2.
Radio-diagnostic des néoplasmes gastro-intestinaux, R. J. Bloor [156], 2.
Radiographie mammaire, Reinhardt [81], 6.
Radiologie de la base crânienne, Baclesse [79], 2.
— de l'iléon à l'état normal, R. Celis [168], 1.
— du grêle dans l'hypertension portale J. P. Lopes Pontes [163], 1.
— mammaire, Gros [80], 14.
— du poumon après ectomie, Bracco [12], 7.
— — Oncologie (Institut de l'État de Carabobo), J. Ramos Dager [48], 6.
Radiomanomètre électrique avec thermostat. Fogliatti [178], 9.
Radiomanométrie per-opératoire biliaire, M. Roux [176], 17.
Radio-résistance des tumeurs testiculaires, L. G. Lewis [53], 11.
Radiothérapie du cancer mammaire, Kirchmair [113], 5.
— — du col, Nicolov [82], 1.
— de l'hémangiome, Hess [82], 6.
— et radiumthérapie du cancer du col, Siegert [82], 7.
— intra-vaginale du cancer du col restant, Vergoz [183], 11.
Radiumthérapie du cancer du col (Dosage), Machado [79], 3.
Radius [Extrémité super-] (Fracture); ostéosynthèse, Guérin [181], 3.
Rate (Hémangiome), Rodney Smith [9], 6.
— (Kyste); radio-diagnostic, C. L. Wicht [175], 4.
— (Rupture), Giardiello [13], 6.
Rayons X et cicatrisation des plaies, W. Lawrence Jr [24], 8.
Réaction organique à l'agression, Laborit [90], 3.
Réanimation par transfusion, Dalmas [179], 22.
— par transfusion intra-artérielle, Fourrier [178], 6.
Recto-colique [Polypose] avec amibiase, Blanc [94], 1.
Rectocolite avec pseudopolypes et amibiase, Aubry [105], 1.
Recto-sigmoïde (Cancer), Carrapatoso [25], 5.
— — avec envahissement vésical; chirurgie radicale, S. Petkovic [147], 1.
— — ; résection élargie, Waite [24], 43.
— (Mélanose), Chapuy [185], 13.
Rectum (Cancer); De Oliveira [62], 2; Sauer [62], 3; d'Avila [62], 4; G. de Mello [62], 5.
— — diagnostic, S. Martinez Gomez [122], 3.
— — sigmoïdoscopie, Ihre [58], 5.
— — métastases viscérales, H. E. Bacon [24], 23.
— — chirurgie à Turin, G. Psacharopulu [12], 24.
— (— multiple), Calame [142], 2.
— (Carcinosarcome mélanique primitif, C. Gabetti [12], 15.
— (Chirurgie); après rétro-pneumo péritoine, Bertini [12], 1.
— (Hémorragies), M. P. Cowett [59], 3.
— (Prolapsus) chez l'enfant, Petropoulos [15], 5.
— (Tumeurs carcinoïdes), Haynes [24], 33; Buchanan [24], 70.
— (— villeuses) et cancer, Baumel [96], 5.
Réfrigération en chirurgie expérimentale de l'aorte, E. J. Beattie Jr, [21], 11.
Régénération des tissus conjonctifs, Harvey [7], 8.
Rein (Actinomycose), Le Brun [51], 8.

Rein (Adénocarcinome à cellules granuleuses), J. L. DE LA MANO [41], 5.
— (Anomalie congénitale); rupture traumatique, JUNQUERA VILLA [50], 6.
— (Calcifications kystiques), FROSTBERG [140], 2.
— (Calcul), WEISBERGER [151], 1.
— (— géant), LANDES [152], 7.
— (Calculose); perforation, MICHON [176], 18.
— (Cancer); néphrectomie par voie thoraco-abdominale, J. CONRADT [49], 5.
— (Décapsulation) dans l'hydronéphrose, ABDANSKI [44], 15.
— (Désorientation); 2 cas nouveaux, CHAÛVIN [184], 20.
— (Duplicité vraie), MICELI [83], 1.
— (Dystopie croisée), BURCKHART [3], 8.
— ectopique pelvien tuberculeux, ORSONI [184], 17.
— en fer à cheval (Tumeur), QUERNEAU [184], 4.
— hydro-néphrotique (Rupture traumatique), F. NOGUEROL [26], 4.
— (Hypoplasie : Agénésie), A. MARINI [12], 21.
— (— unilatérale); hypertension maligne, VERGER [27], 4.
— (Infarctus), WETTERWALD [184], 12.
— (Léiomyosarcome), BRUCE [51], 4.
— (Lésions) dues au thorotrast, KERSCHNER [3], 18.
— polykystique congénital, POULTON [127], 3.
— (Rupture traumatique) dans un cas d'anomalie congénitale, JUNQUERA VILLA [50], 6.
— spongieux, VIALA [177], 8.
— (Traumatismes), JUNQUERA VILLA [50], 6.
— (Tuberculose); guérison réelle ou apparente, HUBERTI [118], 3.
— — guérie par streptomycine, ABOULKER [184], 2.
— — ectomie partielle, CIBERT [51], 1.
— (Tumeurs), SCHACKMAN [126], 2.
— — diagnostic par pneumo-abdomen extra-péritonéal, G. DELL'ADAMI [52], 2.
— (— géantes); voies d'abord : la voie transthoracique, J. S. DOTTA [26], 8.
— (— malignes), HUGUENIN [87], 15.
— (— — chez l'enfant, E. BLUM [49], 4.
— (— de Wilms), SHEACH [51], 3.
Réno-uretérale [Lithiase], ALCALA [118], 1.
Résection entéro-colique pour iléite diffuse (Jéjunite mortelle éloignée), D. D. KOZOLL [60], 1.
Résine acrylique (Corps étrangers), R. JUDET [7], 29.
— — (Implantation faciale), FARDEAU [102], 3.
Ressuscitation cardiaque, SAAGESSER [142], 8.
Retension (Relaxant musculaire), F. KRULL [4], 5.
Réticulose, leucémie et tumeurs malignes, DE GRAILLY [105], 3.
Rétro-pneumopéritoine pour opérations colo-rectales, BERTINI [12], 1.
— et radiologie, HÉLIÉ [90], 2.
— — et tumeurs surrénales, HAUBRICH [81], 7.
Rhumatismes scapulaires, DE SÈZE [88], 1.
Rimifon et tuberculose extra-pulmonaire, FRANK [129], 4.
Rotule (Utilisation) dans la résection du genou, SIMON [177], 10.

S

Sacro-coccyx (Agénésie sub-totale), PERAL ARANDA [50], 2.
Sang (Incoagulabilité) après césarienne, BAUX [183], 39.
— (Modifications physico-chimiques) dans les états préthrombosiques, X. SERAFINO [170], 1.
Sang (Effets de l'opération gastrique), BLAKE [58], 1.
— périphérique après opération de l'hypertension portale, A. J. S. MACPHERSON [125], 1.
— conservé (Accidents), HEILMEYER [110], 5.
Sarcomes mammaires, MONNOYER [8], 1; — O. F. GRIMES [21], 8.
Scoliose, JANECEK [145], 4.
— (Fixation par greffon) avec prothèse acrylique, D'INTIGNANO [181], 4.
Sein (Abcès), MILLS [126], 11.
— (Adénocarcinome kystique), MC LELLAN [24], 69.
— (Adénofibromes géants), ESTRADE [75], 3.
— (Affection papillaire); risque de cancer, A. R. KILGORE [21], 3.
— (Cancer); biopsie, GROS [183], 34.
— — diagnostic, HUGUENIN [119], 2.
— — radiologie, REINHARDT [81], 6.
— — calcification, GERSHON-COHEN [152], 16.
— — avec écoulement du mamelon, A. R. KILGORE [21], 3.
— — et fibrome utérin, FUNCK BRENTANO [89], 3.
— — métastases, HUGUET [80], 4.
— — durant la grossesse, CHEEK [20], 34.
— — irradiation post-opératoire, KIRCHMAIR [113], 5.
— — chirurgie et radiothérapie, LADWIG [3], 5.
— (Chirurgie plastique), TUBIANA [89], 5.
— (Épithéliomas); radio-diagnostic, MARIE GROS [87], 19.
— (— gladnulaires simultanés); chirurgie et radio-chirurgie, HUGUENIN [75], 2.
— (Radiographie) et examen, GROS [80], 14.
— (Sarcomes), MONNOYER [8], 1; O. F. GRIMES [21], 8.
— (Faux sarcome); tumeur phyllodes, FUNCK BRENTANO [89], 4.
— (Tumeurs métastatiques), H. CHARACHA [24], 9.
— [Quadrants internes] (Chirurgie), FUNCK BRENTANO [89], 2.
— sur plexiglass, LOMBARD [188], 3.
Scintiscanner, SPECHT [150], 1.
Séminome ovarien, GAUDUCHEAU [80], 6.
Sensibilité des viscères abdominaux et du péritoine, S. C. GUPTA [172], 2.
Septum pallucidum (Kystes); cas intéressants, W. MCK CRAIG [154], 5.
Séquestration broncho-pulmonaire (Malformation bronchique), RAZEMON [99], 7.
Sérothérapie intra-rachidienne (Tétanos et méningite), MONTANARI [72], 1.
Sérum (Activité cholinestérasique), SNYDER [20], 7.
Sesamoïdite fistulisée, DEBEYRE [76], 4.
Shock chirurgical (Physiopathologie), J. A. FERREIRA [162], 1.
— — (Symptomatologie et diagnostic), J. P. LACOUR [162], 2.
— — (Traitement), J. SCHAVELZON [162], 3; J. CATTERBERG [162], 4.
— thérapeutique en psycho-chirurgie, L. B. KALINOWSKY [73], 2.
Sigmoïdoscopie, IHRE [58], 5.
Signe du mentonnier et cancer de la prostate, CH. LAHAYVILLE [184], 21.
— Schönlein-Heenoch, KULEY [146], 4.
Silon [Réseau de] pour plastie herniaire, TYPOWSKY [16], 2.
Sinus carotidien (Énervation) dans la myasthénie, A. THÉVENARD [22], 2.
Sinusite maxillaire, DINGER [146], 3.
Sirénomèles, HICKEY [174], 1.
Situs inversus, CONSIGLIO [57], 4.
Sonde lasso, DELINOTTE [184], 6.
Sphincter cardiaque (Section longitudinale), ROCHER [27], 3.

Sphincter pancréatique (Section expérimentale) pour provoquer une pancréatite chronique, P. Mallet-Guy [2], 5.
Sphincters du tractus digestif, di Dio [62], 1.
Spina bifida, Scheuer [6], 10.
— — (Chirurgie), G. A. Cohu [74], 9.
Splénectomie dans le cancer gastrique, Vogl [3], 7.
Splénographie dans les kystes spléniques, C. L. Wicht [175], 5.
Spondylite (Maladie de Marie-Strumpell), Bagnall [148], 4.
— staphylococcique, de Sèze [76], 5.
— typhique, Jaffres [76], 8.
Spondylo-dysplasie épiphysaire, Ruelle [76], 11.
Spondylose rhizomélique, Walch [29], 3.
Sports (Accidents); paralysie péronière par lésion périphérique, A. Rütt [5], 4.
Staphylococcie, de Sèze [76], 5.
— probable dans une épidurite suppurée, Boquiem [187], 1.
Staphylocoques et antibiotiques, Martin [188], 2.
Stéroïdes surrénaux (Action cicatrisante), E. C. Meadows [24], 59.
— urinaires dans le fibrome, Ferraris [43], 3.
Stratigraphie des affections thoraciques, Luzzatti [83], 4.
Streptomycine-Pénicilline en chirurgie gynécologique, J. Mazurek [44], 2.
Streptomycinothérapie de la tuberculose rénale, Aboulker [184], 2.
Substance P (Son emploi dans les lésions traumatiques des membres), A. Volterrani [132], 4.
Substances pour blocage lymphatique, W. D. M. Paton [131], 1.
— de contraste (Reflux pancréatique), Kämmerling [18], 6.
Suppuration crânienne et intra-crânienne (Bacitracine), P. Teng [24], 1.
Surrénalectomie pour néoprostatique, Darget [184], 1.
Suture (Profondeur); diagnostic, Jackson [9], 12.
— intra-dermique sur réglette, Ginestel [87], 5.
— gastro-jéjunale, Plenk [6], 6.
Sympathectomie (Vasodilatation), Richards [128], 1.
— pour artérite oblitérante (Rôle de la circulation dans ses résultats), R. Popkin [65], 1.
— pour gelures, N. H. Isaacson [24], 55.
— lombaire (Technique), Ducuing [180], 7.
— — (Effet sur la température cutanée du membre inférieur thrombosé. J. J. Cranley [24], 54.
Sympathique (Blocage) dans la maladie vasculaire, Moser [155], 7.
— (— anesthésique); analgésie péridurale, J. R. Thistlethwaite [24], 56.
— (Interventions) dans les pancréatites aiguës et chroniques, G. Brancadoro [11], 2.
— (Irritation) par appendicectomie, Luze [112], 2.
— cervical (Neurinomes), Lambert Rogers [9], 10.
— lombaire (Blocage); dangers, Hohf [152], 5.
— vésical (Chirurgie); voie rétro-péritonéale, Caporale [12], 11.
Symphyse pubienne (Rupture), Trefny [16], 4.
Syndrome d'afibrinogénémie, Da Rocha [25], 4.
— de Banti, Naville [142], 5.
— de Brill-Symmers, Naville [142], 5.
— du canal carpien, Arné [186], 8.
— cholédocien par tumeur vatérienne, Girard [185], 17.
Syndrome de compression de la veine sous-clavière, Lapeyre [176], 19.
— des côtes cervicales, Francillon [178], 3.
— de Cushing, A. W. Hartmann [19], 8; Johnson [20], 18; Ehrengut [35], 1.
— — par tumeur fonctionnelle cortico-surrénale; diagnostic, F. Ceresa [132], 3.
— de féminisation testiculaire chez les pseudo-hermaphrodites masculins, J. Mc Lean Morris [47], 2.
— d'hydrocéphalie ventriculaire résiduelle, Feld [186], 5.
— post-phlébitique, L. Ensenat [65], 3.
— polyneuro-méningomyélitique, Montanari [72], 2.
— du scalène, Broser [71], 1.
— de Tietze (Substratum anatomo-pathologique), F. Gomar Guarner [41], 9.
— urétral chez la femme, R. P. Schach [175], 1.
— de Volkmann, G. Libathunopoulou [10], 1.
Syndromes aigus iliaques droits, de Quadros [121], 1.
— médullaires par discarthrose cervicale Guillaume [186], 3; Bonduelle [186], 4.
— post-opératoires de la gastrectomie, R. Charles [22], 8.
Synostose tarsienne, Zock [3], 14.
— tibio-péronière double, D. Tellez Lafuente [41], 10.
Synoviale (Régénération), Harvey [7], 8.
Syphilis, Hentz [102], 1.
Système neuro-ergonal, Mosinger [7], 4.
— veineux pelvien (Phlébographie par injection de la veine dorsale pénienne profonde) chez le vivant, B. S. Abeshouse [22], 5.

T

Tarse (Synostose), Zock [3], 14.
Technique de Cid dos Santos, Ducuing [180], 7.
— de Longmire, Sanford, Bonilla-Naar [25], 3.
Tendon d'Achille (Blessure), A. Kolb [4], 9.
— du quadriceps (Blessures), A. Kolb [4], 9.
— rotulien (Dégénérescence), Milch [18], 19.
— tibial postérieur (Anomalies), Ghormley [20], 17.
Tendons (Régénération), Harvey [7], 8.
— fléchisseurs du doigt (Chirurgie restauratrice), Colson [178], 2.
Ténoplasties et raphies au fil métallique, Arkin [18], 15.
Tentorium (Incarcération), Van der Zwan [129], 6.
Tératomes cervicaux, Perkins [24], 48.
Test de Bohlen, Schwarzl [77], 6.
— de l'éosinophilie dans la maladie post-opératoire, G. Grassi [11], 3.
— à la vitamine K. Zaloga [137], 5.
Testicule (Atrophie) après cure radicale d'une hernie inguinale, H. F. Chauvin [184], 18.
— (Infarctus), G. A. Winstead [53], 9;
— (Tumeur à cellules interstitielles), Bonnet [101], 5.
— — — —; puberté précoce. Tavares [45], 1.
— (— radio-résistantes), L. G. Lewis [53], 11.
— de l'ours gris (Tumeurs malignes), W. E. Goodwin [53], 12.
Tétanos, Montanari [72], 2.
— sans trismus, Nini [176], 20.
— post-abortum, Henrion [183], 2.
— par sérothérapie intra-rachidienne, Montanari [72], 1.
Tête (Attitudes anormales) chez les parkinsoniens, Lasserre [181], 1.
— et Cou (Plaies perforantes), Black [152], 10.
— — (Tumeurs malignes), 5 041 cas. Ardoin [75], 6.
— — — —; dissection radicale, J. M. Ovens [22], 7.

Tétraplégie par fracture axoïdienne, KIRBERGER [71], 4.
Théorie de Fischer-Wasel, HAEFFNER [6], 2.
Thermométrie cutanée, TARDIEU [87], 9.
Thoraco-abdominales [Blessures de guerre], ROCKEY [18], 4.
Thoracoplasie, PEREZ DAVANT [69], 4.
— (Cas suivis longtemps), F. RONALD EDWARDS [68], 4.
— (Technique), RIBERI [13], 4.
— et pneumothorax contro-latéral, R. ABBEY SMITH [68], 3.
Thorax (Affections); examen stratigraphique en projection latérale, LUZZATTI [83], 4.
— (Chirurgie), angiopneumographie, PROYARD [8], 3.
— —; drainage, LONGEFAIT [179], 10.
— —; hémorragie mortelle, DA ROCHA [25], 4.
— — dans les Montagnes bleues [Australie], RUSSELL GODBY [174], 9.
— (— de guerre) en Corée, R. B. BROWN [23], 1.
— (Grande chirurgie) et grossesse, C. E. FOLSOME [47], 10.
— (Déformations); radiologie, MARQUARDT [81], 5.
— (Plaies pénétrantes); 251 cas, FARRINGER [18], 5.
— [Cavité] (Lipome), A. CESANELLI [26], 6.
— — (Neurinomes), TINGAUD [87], 3.
— Abdomen (Blessures par coup de feu), S. TENEFF [12], 27.
Thorotrast (Lésions rénales), KERSCHNER [3], 18.
Thorotrastome, LAMY [179], 12.
Thrombo-angéite oblitérante (Radiothérapie), FRIED [82], 5.
Thrombocid. Dépôt (Recherches sur le —), K. SPORN [4], 2.
Thrombo-embolie (Phénomène de —); processus local avec extension régionale et complications, M. GAGE [19], 1.
Thrombopathies (Plan de diagnostic et traitement dans un service de Maternité), J. F. ALBERTELLI [161], 2.
Thrombophlébite (Traitement régional), L. BLUM [65], 2.
Thromboplastine (Facteurs plasmatiques), TROPEANO [135], 1.
Thrombose (Antithrombotique); JÜRGENS [111], 1.
— (Trypsine intra-veineuse), H. LAUFMAN [20], 22.
— [Pré] (Perturbations physico-chimiques sanguines), X. SERAFINO [170], 1.
— artérielle, BONNAL [179], 19.
— mésentérique, AKEL [146], 11.
— veineuse et hernie diaphragmatique, R. ANDRÉ [187], 3.
— — intra-crânienne, HOLUB [113], 4.
Thyroïdectomie (1 000 cas), LANGE [9], 3.
Thyroxine-Thiouracil (Activité pharmacodynamique) sur la thyroïde, C. STAGER [12], 33.
Tibia (Fractures basses); enclouage, LANTHIER [176], 23.
— (Pertes de substance); isynostose tibio-péronière avec greffes massives, D. TELLEZ LAFUENTE [41], 10.
Tissu conjonctif (Régénération), HARVEY [7], 8.
— de granulation, ALLGOWER [7], 2.
— lymphoïde sous-muqueux gastrique (Hyperplasie), DEMARTIAL [185], 9.
— osseux (Culture) pour l'étude des facteurs intrinsèques et extrinsèques du développement de l'os, H. B. FELL [7], 22.
Tissus (Lésions) d'origine vaso-motrice, REBOUL [87], 10.
— (Régénération), GISSANE [7], 6.
— articulaires (Régénération), LAW [7], 11.
— de glissement, COLSON [178], 2.
Torsion épididymaire et infarctus, TRUC [184], 14.
Torulose (Formes spinales chirurgicales), ALAJOUANINE [70], 1.
Trachéo-œsophagienne [Fistule] sans atrésie, KRAUSEY [126], 14.
Trachéotomie, GUEST [18], 14.
— en neuro-chirurgie, R. H. DUNSMORE [74], 3.
Tractus biliaire (Opérations secondaires), SCHLICKE [18], 7.
— digestif (Dystonie) et endocrinologie, P. HILLEMAND [187], 4.
— — (sphincters), DI DIO [62], 1.
— — supérieur (Brûlures par caustique); antihistaminiques, PENHA [54], 8.
— gastro-intestinal (Cancer), KOPF [6], 1.
— — (Hémorragies), S. S. BERGER [59], 4.
— — (Néoplasmes); radio-diagnostic, R. J. BLOOR [156], 2.
— génital inférieur chez la femme (Tumeurs dysontogénétiques), R. M. RUCH [47], 8.
— génito-urinaire et côlon doubles, RAVITSCH [19], 2.
— urinaire (Malformations), VERGER [27], 2.
Transfusion de sang (Thérapeutique spécifique), D. W. SMITH [24], 27.
— — intra-artérielle, D. G. MALROSE [125], 13; DALMAS [179], 22.
— — — à contre courant, FOURRIER [178], 6.
— — conservé (Accidents), HEILMEYER [110], 5.
Transplants du cœur, V. LANGERI [12], 34.
Transplantation uretérale dans une anse isolée de l'iléon, ANNIS W. R. HUNTER [125], 4; A. O. WILSON [125], 6.
Traumatismes, GISSANE [7], 6.
— et alcool dans le sang, BESSON [87], 8.
— et diabète, BRAKIER [117], 2.
— et hernie diaphragmatique, E. C. STRODE [19], 4.
— et perforation de l'urètre, V. H. WALLACE [174], 2.
— (Plaies consécutives), H. CONWAY [156], 1.
— abdominaux, ELLERKER [9], 20.
— artériels graves (Réparation primitive), E. J. JAHNKE JR [20], 31.
— crâniens, LEO RAO [160], 8.
— — (Expertise), MASCHER [110], 3.
— — fermés, SHACKMAN [126], 3.
— cranio cérébraux, TAVERAS [74], 4; MIFKA [81], 1; LIPSCOMB [152], 14.
— de la face, R. L. HARDING [23], 2.
— des membres, A. VOLTERRANI [132], 4.
— nerveux, DE WULF [29], 6.
— du rein, JUNQUERA VILLA [50], 6.
— thoraciques, SABETY [150], 2.
— urétéro-vésicaux accidentels, P. W. ASCHNER [53], 4.
— vasculaires, GONTA [15], 2; WYMAN [20], 33.
Trochanter [Petit] (Fracture), CAVICCRI [32], 6.
Tromexan (Anticoagulant nouveau), M. AVALLANEDA [64] 2 et [66] 2.
Trompe de Fallope (Épithélioma malpighien utérin propagé à la —), G. ROUX [183], 28.
— (Implantation utérine); grossesse, WINTGENS [183], 3.
— — (Technique de son ouverture), GROMADZKI [44], 12.
Tronc brachio-céphalique (Anévrysme); 2 cas, OUDOT [176], 16.
Trypsine pour pancréatite hémorragique chez le chien, L. H. HOFFMAN [20], 27.
— intra-veineuse dans la thrombose, H. LAUFMAN [20], 22.
Tubage veineux au polyéthylène, ERWIN [20], 35.
Tube digestif (Hémorragies), NAVILLE [142], 5.
— — (Troubles post-opératoires prolongés), M. LÉVY [185], 24.

Tube de Miller-Abbott (Obstruction), M. Sims, [24], 25.
— en T pour voies biliaires, Hirsch [18], 17; Moore [20], 41.
Tuber cinereum [Extrait] pour peptic ulcer, Gerson [139], 1.
Tuberculome pulmonaire, P. Bourgeois [88], 8; Ruttiman [143], 2.
Tuberculose axoïdienne, Kirberger [71], 4.
— bronchique, Lemoine [67], 2.
— génitale (Diagnostic cytologique), Vokaer [116], 3.
— — de la femme, Kirchhoff [110], 2.
— génito-urinaire (Étude clinique et morphologique), G. Könn [4], 3.
— du genou (Résection), Simon [177], 10.
— gingivale (Aspect pseudo-épithéliomateux), Portman [55], 2.
— musculaire de la paroi abdominale, N. Takeda [173], 1.
— osseuse, de Wulf [29], 4.
— pulmonaire (Chirurgie), Razemon [99], 2.
— — (Résection), M. R. Geake [68], 2; Tessier [97], 1; J. A. Gravel [148], 2.
— extra-pulmonaire (Rimifon), Frank [129], 4.
— d'un rein ectopique pelvien, Orsoni [184], 17.
— rénale (Guérison ?) Huberti [118], 3.
— — (Streptomycine), Aboulker [184], 2.
— — (Néphrectomie partielle), Cibert [51], 1.
— urinaire, Gunver [146], 5.
— utérine, Laffont [183], 12.
— vésicale (Iléo cystoplastie), Cibert [51], 2.
Tumeurs (Or radio-actif), Kanitz [82], 3.
— bénignes, Pretl [112], 9.
— carcinoïdes, Haynes [24], 33; Buchanan [24], 70.
— cardio-œsophagiennes, Gorbon [146], 8.
— carotidiennes, Dargent [178], 10.
— à cellules géantes, Giuntini [32], 1.
— cérébrales, D. Sciarra [73], 1; Furtado [138], 1; E. Tchehrazi [171], 1.
— du corps calleux, J. F. Cooney [154], 4.
— crâniennes, Yener [146], 9.
— du cadre duodénal, Martrou [185], 8.
— dysontogénétiques, R. M. Ruch [47], 8.
— épididymaires, Rapoport [24], 47.
— d'Ewing, Gros [80], 16.
— du foramen ovale, Lafon [80], 18.
— gastriques, Roch [142], 7; Simon [185], 2.
— de la granulose, P. Bertrand [183], 30.
— de l'hypopharynx, Amalric [80], 23.
— inflammatoires, Bremen [8], 2.
— intestinales latentes, E. Chauvin [184], 13.
— malignes, Marshall Lee Jr [19], 13; Ardoin [75], 6; Huguenin [87], 15.
— — (A. C. T. H.-Cortisone) dans les stades terminaux, A. P. Raab [149], 2.
— — (Phosphore radio-actif), Romieu [80], 24.
— avec réticuloses et leucémies, de Grailly [105], 3.
— — de la tête et du cou, J. N. Ovens [22], 7.
— mammaires métastatiques, H. Characha [24], 9.
— médiastinales, P. Bagolan [131], 2.
— mésenchymateuses de Dominici, Fresnais [184], 11.
— à myéloplaxes, Gros [80], 17.
— para-néphrétiques, Fresnais [184], 11.
— neurogéniques, Sebesteny [3], 9.
— osseuses, Mc Carrall [152], 1.
— — secondaires, Slullitel [26], 13.
— ovariennes, Labry [183], 15.
— pancréatiques, Passebois [179], 25.
— parasitaires [Pseudo] (4 cas de nematodiase autochtone par parasite filaroïde, G. Rossi [132], 6.
— rétropéritonéales, Ergüder [17], 5.
— phyllodes, Estrade [75], 3; Funck Brentano [89], 4.
Tumeurs rénales, G. Dell'Adami [52], 2; Shackman [126], 2; Querneau [184], 4.
— — géantes, J. S. Dotta [26], 8.
— — malignes chez l'enfant, E. Blum [49], 4.
— surrénales, A. W. Hartmann [19], 8; Haubrich [81], 7.
— cortico-surrénales fonctionnelles, F. Ceresa [132], 3.
— testiculaires, Tavares [45], 1; L. G. Lewis [53], 11; Bonnet [101], 5.
— — malignes de l'ours gris, W. E. Goodwin [53], 12.
— vatériennes bénignes, Girard [185], 17.
— vésicales, G. Piccolo [52], 1; Chauvin [184], 10; E. Chauvin [184], 13.
— villeuses, Baumel [96], 5.
— virilisantes, Remouchamps [129], 3.
— de Wilms, Sheach [51], 3.

U

Ulcération gastrique due au phénylbutazone, N. V. Dilling [125], 12.
Ulcères anastomotiques, Ergüder [17], 1.
— duodénaux et cancer gastrique, Magovern [24], 15.
— — térébrants, A. Monteiro [2], 2.
— de la grande courbure, Silk [152], 2.
— de la petite courbure (Action médicamenteuse), Levrat [185], 14.
— — simulés par diverticule, Toubiana [106], 3.
— gastriques, M. Miqueo Narancio [167], 3.
— — (Étude clinique et expérimentale de l'entérogastrone), M. Massa [12], 31.
— — après irgapyrine, Wayjen [129], 2.
— — chroniques chez l'enfant, Block [36], 3.
— — hémorragiques, Förster [3], 10; D. L. Gorni [26], 15; Faulong [76], 6.
— — perforés, Leitner [60], 9;
— gastro-duodénaux en chirurgie, A. de la Fuente Chaos [41] 1 et 6.
— — (Chirurgie aux États-Unis), Kanoui [87], 4.
— — (Histaminémie), Baumel [96], 2.
— — (Vagotomie bilatérale); résultats éloignés de 3 ans, R. Guillet [2], 8.
— — hémorragiques (Opération), F. Zaragoza Gomis [161], 1.
— — — et perforés, Kukura [16], 3.
— — perforés, Calvi [12], 9.
— — — (Aspiration gastro-intestinale), Valletta [86], 4.
— — — (Chirurgie d'urgence), O. H. Beahrs [21], 1.
— — — (Traitement), Häberlin [143], 1.
— œsophagiens, Barraya [176], 36.
— peptiques hémorragiques, W. W. Lindenmuth [158], 2.
— — œsophagien, Michaud [185], 18.
— — post-opératoires (Période ulcéreuse), Bracco [12], 6.
— — térébrants, Gallone [14], 1.
Ultrasons (Aide diagnostique), Claudio [13], 3.
— (Leur action sur la circulation périphérique); étude expérimentale, M. Nordmann [63], 1.
— pour artérites, Bernard [80], 8.
Urémie, Weisberger [151], 1.
— (Dialyse péritonéale dans l' —), Henninger [22], 1.
Uretère (Anastomose sigmoïdienne), Katelbant [115], 1.
— (Anomalie rétro-uretérale); diagnostic difficile, P. A. Martinez Roto [50], 7.
— (Calcul); expulsion au cours d'une urographie avec disparition de la néphrographie, G. Rometti [184], 16.
— (Coudure congénitale), V. Anllo Vazquez [50], 1.
— (Ectopie), Poulton [127], 3.

Uretère (Fistule utérine), Bruni [13], 1.
— (— vaginale), Aboulker [184], 7.
— (Lésions chirurgicales), Campbell [9], 13.
— (Occlusion bilatérale), E. O. Bradfield [53], 3.
— (Replacement par greffe iléale), J. Foret [125], 7.
— (Transplantation) dans une anse isolée de l'iléon, Annis W. R. Hunter [125], 4; A. O. Wilson [125], 6.
— [Extrémité inf.] (Cystoplastie), Aboulker [184], 7.
— rétro-cave probable décelé à l'urographie, H. F. Chauvin [184], 19.
Uretéro-cæcostomie, Le Brun [51], 8.
Uretérocèle et avortement à répétition, Amselem [50], 13.
Uretéro-entérostomie, Chauvin [184], 10.
Uretéro-vésicaux [Traumatismes accidentels], P. W. Aschner [53], 4.
Urètre (Cancer), Amselem [108], 2.
— (— métastatique), Gros [183], 33.
— (Perforation traumatique), V. H. Wallaa [174], 2.
— (Rétrécissement), Johnston [51], 9.
— (Suspension), par anse de plexiglas, Pecherstorfer [113], 3.
— (Syndrome) chez la femme, R. P. Schach [175], 1.
— (Valvules), Boissonnat [176], 2.
— postérieur (Valvules congénitales), Williams [127], 2.
Urétroplastie (Technique de l'invagination), A. Villanneva [157], 3.
Urines (Dosage du prégnandiol), Piccioni [42], 1.
— des opérés (Substance antidiurétique dans les —), T. N. Cline [21], 5.
Urographie (Expulsion d'un calcul uretéral au cours d'une —), G. Rometti [184], 16.
— intra-veineuse révélant un uretère rétro-cave probable, H. F. Chauvin [184], 19.
Urologie (Greffon intestinal en —), J. Foret [49], 6.
— (Plaies post-opératoires en —); histothérapie dans leur processus de guérisons, L. Ballerio [52], 3.
Utéro-annexiel [Infarctus] après eau de savon, Rochat [183], 9.
Utérus biloculaires unicervicaux, Limage [183], 6.
— (Cancer), H. Paredes [48], 1.
— —; étude en milieu hospitalier, S. Nunez Mier y Terais [48], 5.
— —; son étude en clientèle, A. Calvo-Lairet [48], 4.
— —; neuro-chirurgie, R. Castillo [48], 9.
— double et fibrome, L. Lopez [48], 11.
— (Endocervicite chronique), Eimerl [137], 6.
— (Épithélioma chorionique malin) dans la grossesse, Z. Bukala [44], 1.
— (Excision large) avec tissus pelviens, Bieniaz [44], 10.
— (Fibrome) et utérus double séparés avec annexes simples, L. Lopez [48], 11.
— — et cancer mammaire, Funck-Brentano [89], 3.
— (Fibromyomes); stéroïdes urinaires, Ferraris [43], 3.
— (Hémorragie), M. C. Watson [148], 1.
— —; curiethérapie, M. Galbis [41], 11.
— (Hémostase); méthylargobasine, Caderas de Kerleau [183], 24.
— (Pathologie); radio-diagnostic, A. M. Davids [47], 1.
— (Perforation) par diverticule de Meckel, Rosza [85], 4.
— [Cavité] (Aspiration du contenu) pour coloration, Goldberg [44], 11.
— [Col] (Actinomycose); auréomycine, G. Maconi [134], 1.
— — (Adénome pré-cancéreux); 2 cas, R. Joyeux [183], 23.
Utérus [Col] (Amputation plastique de la portion vaginale), I. Gromadzki [44], 8.
— — (Cancer), Nicolov [82], 1.
— — ; 236 cas. Closon [183], 1.
— — —; classification et diagnostic, Guzman Blanco [48], 3.
— — —; résultats de 5 ans, Brunschwig [176], 50.
— — — et grossesse, Chosson [183], 17.
— — —; isotopes radio-actifs, Tudway [84], 2.
— — —; irradiation, Gyorski [48], 3.
— — — radiothérapie, Swynghedauw [80], 5.
— — —; radiothérapie; lésions intestinales, Böck [82], 4.
— — —; radio et radiumthérapie, Siegert [82], 7.
— — —; radium, Machado [79], 3.
— — —; valeur des biopsies en série après irradiation, K. A. Mc Garrity [174], 3.
— — —; chirurgie, J. Bieniarz [44], 9.
— — —; opération radicale; troubles vésicaux, Halter [112], 5.
— — avancé); pelvectomie totale, Dargent [178], 4.
— — (Carcinome), Fried [79], 1.
— — —; statistique chirurgicale, J. V. Meigs [19], 10.
— — (Dysplasies); exérèse diathermique, Palmer [182], 5.
— — (Électro-coagulation); colposcopie, Berger [182], 4.
— — (Endométriose primitive), L. Zweibel [47], 11.
— — (Épithélioma malpighien) propagé au corps utérin et à la trompe, G. Roux [183], 28.
— — (Érosion); coagulation, Laudanska [44], 13.
— — (Glaire); examen microscopique, Pye [182], 6.
— — (Maladie chronique); conduite à tenir, Th. L. Montgomery [22], 12.
— — (Métrite); aérosols, Suant [97], 3.
— [— restant] (Cancer); radiothérapie, Vergoz [183], 11.
— [Corps] (Adéno-Carcinome), Wied [40], 1.
— — (Cancer); clinique et diagnostic, A. Erminy [48], 7.

V

Vagin (Cancer primitif), Ries [77], 1.
— (Carence œstrogénique), Robert [89], 6.
— (Corps étranger), Racouchot [91], 1.
— (Emphysème), Caderas de Kerleau [183], 26.
— (Fermeture immédiate) après hystérectomie, Bressot [176], 24.
— (Infections communes), Zettelman [119], 1.
— (Kyste); Bonnet [182], 3.
— (Pathologie) et carence œstrogénique, Robert [89], 6.
— (Prolapsus antérieur); crinoplaques, Godlewski [183], 21.
Vagotomie (Phase antrale de la sécrétion gastrique avant et après —) chez le chien, D. J. Ferguson [24], 4.
— bilatérale pour ulcères (Résultats de 3 ans), R. Guillet [2], 8.
Vaisseaux (Greffes), Hradec [16], 6.
— (— expérimentales) durant la croissance, Sauvage [24], 35.
— (Maladies); blocage paravertébral, à l'aide de phénol aqueux, H. A. Haxton [65], 6.
— (Néoformation), Dible [7], 12.
— [Grands] (Transposition), Lukl [144], 1.
— des membres (Affections); sympathectomie, Ducuing [180], 7.
— — (Troubles); thermométrie cutanée, Tardieu [87], 9.

Vaisseaux mésentériques (Thrombose), Akel [146], 11.
— pancréatiques terminaux (Étude microscopique) chez le lapin, M. Nordmann [63], 1.
— périphériques (Maladie); blocage sympathique, Moser [155], 7.
Valvule de Bauhin (Bauhinite œdémateuse), Debray [185], 1.
— — (Sténose); diarrhée et clapotage, Weigel [80], 15.
Valvules mitrales (Chirurgie), A. Villanneva [157], 3.
— — —; anesthésie, Maquivar [157], 3.
— — —; commentaire final, I. Chavez [157], 6.
— — (Insuffisance); chirurgie, A. R. Henderson [24], 61.
— — (Retrécissement); hémodynamie pré- et post-opératoire, Carlotti [88], 5.
— — —; valvulotomie, Demirleau [107], 1.
— — (Sténose); chirurgie, Cl. Robles [157], 6.
— — (— congénitale); résultats cliniques opératoires, C. Taquini [160], 16.
— uréthrales, Boissonnat [176], 2.
— — congénitales, Williams [127], 2.
Valvuloplastie mitrale (Étude clinique et sélection des malades), M. Vaguero [157], 5.
Valvulotomie mitrale, Demirleau [107], 1.
Varices, A. F. Jones [148], 3.
— (Chirurgie), A. Webb [19], 18.
— (Méthode de traitement), M. G. Wilson [125], 14; Perret [142], 1.
— (Extirpation), R. A. Nabatoff [149], 4.
— œsophagiennes, Linton [60], 5.
— — (Hémorragies); leur nature, E. W. Wagenknecht [24], 62; Miller [152], 4.
— — (Ligature); effets sur la circulation porte, Palmer [60], 6.
Vasodilatation après sympathectomie, Richards [128], 1.
Veine cave (Recanalisation), R. M. Miles [24], 60.
— — inférieure et supérieure (Drainage complet) dans les circuits extra-corporéaux, J. A. Helmsworth [24], 58.
— sous-clavière (Compression) au défilé scaléno-sous-clavier, Lapeyre [176], 19.
— iliaque interne (Ligature) dans le Wertheim, Chiota [42], 3.
Veines (Greffes), J. Kunlin [7], 24.
— [Méga-Dolicho-], P. Cammarano [133], 1.
— (Régénération), Oudot [7], 13.
— (Transplants conservés), Salem [114], 1.
— (Tubage au polythène), Erwin [20], 35.
— du membre inférieur (Circulation de retour) après ligature, Chiota [42], 3.
— — — (Insuffisance chronique profonde), M. Mairano [12], 20.
— variqueuses, A. F. Jones [148], 3.
— — (Extirpation complète) sous anesthésie locale, R. A. Nabatoff [149], 4.
— — (Méthode de traitement), M. G. Wilson [125], 14.
— — (Traitement opératoire), A. Webb [19], 18.
Ventricules cérébraux (Moulages), Last [9], 2.
— — [III^e] (Kystes colloïdaux), Poppen [74], 5.
— — [IV^e] (Médulloblastome), Feld [186], 5.
— latéraux (Gliomes), Tolosa [186], 1.
Ventriculographie, Tolosa [186], 1.
Ventrofixation, Plenk [6], 6.
Verrues plantaires (Complications), Robinson [20], 8.
Vertèbres lombaires [V^e] (Luxation dorsale), Thiele [40], 5.
— de passage pré-sacrées, Scheuer [6], 10.
Vésico-vaginales [Fistules], R. Couvelaire [49], 1.
Vésicule biliaire dans le ligament falciforme, Nelson [20], 36.
— — (Calcul), Toulet [56], 1.
— — (Cancer), Avery Jones [58], 7.
Vésicule biliaire (Duplicité), Jaroszewski [137], 3.
— — (Néoplasme); ictère chronique, Gautier [178], 5.
— — (Ponction transpariéto-hépatique); technique nouvelle de cholangiographie laparoscopique pré-opératoire, M. Bauche [132], 1.
Vésiculopathie, A. Loizzi [132], 9.
Vessie (Cancer), Douglas [127], 6.
— — traitement, H. Boeminghaus [50], 8.
— (Cancérisation) dans le cancer du rectum et du sigmoïde, S. Petkovic [147], 1.
— (Corps étrangers), Strobl [112], 7.
— (Épithélioma), Pascual Regias [50], 4.
— (Exstrophie), Katelbant [115], 1.
— (Influence hormonale), Mombaerts [116], 2.
— (Effet des ligatures pelviennse), Braithwaite [9], 16.
— (Lymphosarcome), Jacobs [51], 6.
— (Perforation) par dermoïde ovarien, Wood [9], 22.
— (Plastie colorectale), Brunschwig [18], 18.
— (Sympathique); chirurgie rétro-péritonéale, Caporale [12], 11.
— (Troubles fonctionnels) après hystérectomie radicale, Halter [112], 5.
— tuberculeuse contractée, Cibert [51], 2.
— (Tumeur) révélant une tumeur intestinale latente, E. Chauvin [184], 13.
— — plésio-radiothérapie, G. Piccolo [52], 1.
— — guérison après urétéro-entérostomie, Chauvin [184], 10.
— [Petite] (Énervation), Lange [184], 3.
— artificielle, Th. Moore [125], 5.
Virilisme chez une adulte (Diagnostic et traitement), K. Cuningham [174], 4.
Viscères abdominaux (Sensibilité), S. C. Gupta [172], 2.
Vitallium [Cup de] (Constatations anatomiques); Salmon [179], 13.
Vitamine B12, Thomson [128], 2.
— D2, Crispolti [42], 2.
Voie biliaire commune (Exploration), Childs [20], 6.
— — — (Tubage en T), Moore [20], 4.
— — — (Tube en T), Hirsch [18], 17.
— — principale (Lithiase), Ameline [176], 7.
— — — (Obstruction et sténose bénigne); diagnostic et chirurgie, Dogliotti [12], 13.
— d'abord trans-thoracique pour les tumeurs géantes du rein, J. S. Dotta [26], 8.
— vagino-abdominale pour cystocèle, Courriades [176], 43.
Voies biliaires (Chirurgie); 260 cas, M. Roux [176], 17.
— — — cholangiographie laparoscopique, M. A. Casal [160], 18.
— — — et fonction hépatique, Snyder [20], 7.
— — — écoulement biliaire post-opératoire, Browne [18], 16.
— — (Fistules digestives), Santy [185], 16.
— — (— internes), M. A. Camparina [166], 2.
— — (Manométrie per opératoire), Mallet-Guy [185], 3.
— — (Opérations) suivies d'anévrysme hépatique, Kourias [2], 4.
— — (Opérés des —); morphodynamisme, G. Tartarini [132], 2.
— — (Prothèse de plume d'oiseau), Kubiak [15], 8.
— — (Reflux), Fontaine [80], 10.
— — intra-hépatiques (Anatomie), E. Healy Jr [20], 26.
— urinaires (Tuberculose), Gunver [146], 5.

X

Xanthomatose, Fouchet [176], 48.

Z

Zone de Looser et fractures chroniques, G. Salem [4], 8.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

JUILLET 1953

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 436.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

[1] **Lyon Chirurgical,** t. 48, n° 5, Juillet 1953. — **J. Ducuing, A. Enjalbert** et **A. Gédéon.** La sympathectomie lombaire bilatérale en un temps (Technique de Cid dos Santos) (1). — **M. Bérard.** Les suites immédiates de la thoracoplastie d'indications pulmonaire ou pleurale en tuberculose pulmonaire; d'après 1 500 cas (2). — **A. Ricard, F. Thiers** et **M. Bovet.** Résultats de 219 interventions pour tumeurs intra-rachidiennes (3). — **R. Bourgeon, H. Pietri** et **M. Guntz.** L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires (4). — **J. Creyssel, G. de Mourgues** et **B. Mignet.** Résultats insuffisants, échecs, complications après reconstruction prothétique de la hanche (endoprothèse acrylique, type Judet) (5). — **J. Sautot** et **H. Dujol.** Les embolies du carrefour aortique (6). — **Dargent.** Les tendances thérapeutiques dans un grand Centre américain de lutte contre le cancer : the Memorial Hospital for Cancer and Allied Diseases (New York) (7).

[2] **Lille Chirurgical,** t. 8, n° 3, Mai-Juin 1953. — **E. Delannoy** et **G. Lagache.** Quelques données actuelles sur le traitement des cancers du côlon gauche (1). — **P. Decoulx.** L'incision transversale pour greffe lombo-sacrée (2). — **E. Delannoy** et **Guyot.** Pièce de gastrectomie totale élargie (3). — **E. Delannoy, P. Gautier** et **A. Soulier** et **G. Guiot.** L'ostéosynthèse par coapteurs de Danis dans les fractures de l'avant-bras (4). — **A. Soulier** et **Guiot.** Le vissage diaphysaire dans les fractures obliques du tibia (5). — **P. Decoulx, Delesvaux** et **Ch. d'Halluin.** Deux cas de ligature de la veine cave inférieure pour des cardiopathies acquises (6). — **J. Minne** et **G. Hallant.** Ganglioneurome du médiastin postérieur (7). — **P. Bastien.** Rupture spontanée et méconnue de la rate (8). — **Vandecasteele** et **Razemon.** Homogreffes artérielles (9). — **Vanlerenberghe, Wilbled** et **Gaudier.** Action des substances de contraste iodées hydrosolubles sur la vésicule biliaire de cobaye (10).

[3] **Zentralblatt für Chirurgie** (Leipzig), an. 78, fasc. 21, 1953. — **W. Dieck.** L'anastomose du duodénum avec l'œsophage après extirpation gastrique répond-elle à son but ? (1). — **F. Mörl.** Cinquante années de résection du gros intestin en 3 temps (2). — **F. Kerschner.** La connaissance de lésions du rein dues au thorotrast (3). — **G. Sommer.** Sur la maladie des griffes de chat (4). — **H. Lang.** Indication et technique de la transplantation de l'hypophyse (5).

Fasc. 22. — **F. Nöller.** Kystes du péricarde (6). — **O. Fröhlich.** Le traitement des kystes du pancréas (7). — **R. Wappler.** L'hématome spontané de la gaine du grand droit (8). — **C. Hammesfahr.** Hématome de la paroi abdominale (9). — **K. T. Schuknecht.** Notre traitement de la maladie de Perthes; ses résultats (10). — **R. Lebedowitsch.** Phlegmon de la gaine tendineuse et pénicilline (11). — **H. Mittelberger.** Sur le traitement des maladies du complexe symptomatique variqueux (12). — **F. Flemming.** Sur l'hémolyse du sang conservé (13). — **E. Seifert.** Sur les considérations de Westermann sur l'immunisation active ou passive contre le tétanos (14). — **W. Keil.** Expériences du nouvel anesthésique la Falicain dans l'anesthésie péridurale (15).

[3] Fasc. 23. — **J. Sebestenyi.** Chirurgie de la myasthénie grave (16). — **W. Schink.** F... myome de l'œsophage; sa résection trans-thoracique avec œsophagotomie externe ... — **C. Hammesfahr.** Atrophie cholédocienne après résection gastrique type Billroth II ... — **H. Merkel** et **O. Huckstadt.** Sur le papillome du bassinet rénal (19). — **K. G. Schw...** Carcinome et sarcome en même temps (20). — **H. Feltan.** Acide panthoténique da... rétention post-opératoire des gaz et des matières (21).

Fasc. 24. — **H. Brasche.** Sur la méthode opératoire du goitre lingual (22). — **G. F...nisch.** Angioendothéliome de l'estomac (23). — **K. Pfeifer.** Sur la lithiase salivaire ... — **A. Schmitt.** Le traitement du tétanos par le curare (25). — **R. Ullik.** L'indicatio... l'enclouage dans les fractures de la mâchoire d'après Roger Anderson (26). — **G. Ve...** Sur le traitement de la luxation périlunaire du carpe (27). — **E. Bajusz.** La mesure du to... au repos et dans la contraction, de la musculature striée par le myotonomètre de ... maisch (28).

[4] **Der Chirurg** (Berlin), an. 24, fasc. 7, Juillet 1953. — **C. L. P. Trüb.** La névrite du plexus ... chial après injection de sérum antitétanique, comme accident de travail (1). — **Th. Tiwis** ... La stase veineuse axillaire : son diagnostic, son traitement et son expertise (2). — **F. P...** pus. Blocage végétatif et hibernation artificielle en neuro-chirurgie (3). — **H. Westh...** Sur l'hygiène du chirurgien (4). — **A. Fessler.** L'iléo-transversostomie dans l'iléus (5) ... **E. Graupner.** L'ileo-transversostomie dans l'iléus (6). — **W. Lehmacher.** L'importance ... pneumopéritoine diagnostique (7). — **R. Wanke** et **E. Bues.** L'opération de la névra... occipitale grave (8). — **Breitenfelder.** L'opération du pied plat de l'adolescence (9). ... **F. Reich.** La technique de la neurotomie sensitive dans les arthroses douloureuses de... hanche et du genou (10). — **H. Sigwart.** Hypertension portale par anévrysme artério-veino... des vaisseaux spléniques (11). — **W. Düben.** Diverticulite aiguë du cæcum (12).

[5] **Archivum Chirurgicum Neerlandicum** (Arnhem), vol. 5, fasc. 2, 1953. — **F. E. Revers** ... **C. Eikelenboom :** Le métabolisme des protéines chez les malades chirurgicaux (1). — **H. M...ler.** Artériographie par cathétérisme rétrograde de l'aorte en pathologie rénale (2). ... **H. E. Bœke.** Cas d'urologie (3). — **L. W. van Ouwerkerk** et **H. M. C. Poortman.** Obstruct... duodénale par défaut de rotation intestinale (4). — **W. A. Bax.** Le tissu conjonctif médi... tinal (5). — **L. A. Bœrke.** Une table d'opération simple pour opération en décubitus ve... tral (6).

[6] **Archivio Italiano di Chirurgia** (Bologne), vol. 76, fasc. 3, 1953. — **G. Fojanini** et **Di Matte...** Contribution à l'étude de l'hydatido-tuberculose pulmonaire (1). — **A. Settini.** Sur la to... sion de la rate (2). — **A. Parentella** et **A. Stochino.** Recherches cliniques et statistiques s... les hémorragies gastro-duodénales (3). — **F. Guglielmi** et **A. T. Cominardi.** Sur les résectio... gastriques antécoliques isopéristaltiques (4). — **F. Natellis.** Les homogreffes artériell... lyophilisées (5). — **T. Bianco.** Les greffes cutanées dans le traitement des brûlures (6).

[7] **Annali Italiani di Chirurgia** (Bologne), vol. 30, n° 3, Avril 1953. — **M. Loretti** et **G. Malto...** Le mécanisme de l'occlusion par adénomésentérite aiguë aspécifique (1). — **U. Gigli.** Pota... sémie et calcémie durant et après l'intervention opératoire (2). — **T. Bianco.** Sur le trait... ment des brûlures (3). — **G. F. Della Penna** et **Gentile.** Cytochrome C et consommati... d'oxygène (4). — **G. Liaci.** Expériences sur l'action du déhydrocholate d'éthyle sur la secr... tion biliaire (5). — **A. Pezzani.** Sur la cure de la hernie diaphragmatique du foie (6).

[8] **Minerva Chirurgica** (Turin), an. 8, n° 9, 15 Mai 1953. — **G. Nicolosi.** Considérations sur ... chirurgie des grandes cavités résiduelles de l'echinococcose pulmonaire (1). — **G. Tatto** ... et **Aschieri.** Variations de la vélocité de circulation segmentaire après gangliectomie lomba... dans les artériopathies oblitérantes chroniques (2). — **I. Florio.** L'emploi du lambeau tub... laire dans la plastie des cicatrices étendues des membres supérieurs (3). — **G. Valenti...** Un cas de tumeur à cellules géantes de la clavicule (4). — **G. Marconi.** Polypose multi... diffuse de l'intestin grêle seul (5). — **F. Varola.** Sur un cas de kyste dysembryogénétique ... péricarde (6). — **A. Pirovano.** La leucotomie préfrontale dans l'intoxication morphiniq... chronique (7). — **G. Fonda** et **Sabaino.** Les connexions lymphatiques du rectum (8).

N° 10, 31 Mai. — **G. G. Distefano.** Expériences sur la résistance à l'infection et à la ré... fection tuberculeuse de la glande thyroïde (9). — **S. Abeatici** et **R. Ferrero.** L'artériograp... des moignons d'amputation (10). — **O. Colombo.** Sur l'ulcère simple de l'intestin (11). ... **M. Bogetti.** Correction de la cicatrice rétractile par transposition de lambeaux cutanés (1...

[9] **Bolletino e Memorie de la Societa Tosco-Umbra di Chirurgia** (Florence). — vol. 14, fasc. ... 1953. — **G. Cavina.** Volumineux kyste pulmonaire calcifié et suppuré (échinocoque ?) ... — **W. Ingiulla.** La thérapeutique chirurgicale du cancer du col utérin aux États-Unis d'Am... rique (2). — **M. Bernasconi** et **N. Ricci.** Ulcère gastrique expérimental par occlusion py... rique; lésions précoces et tardives de l'estomac chez le rat après ligature du pylore (3). ... **O. Scagietti.** La chirurgie orthopédique aux États-Unis (4). — **L. Bitossi Coronedi.** Sur ... traitement non sanglant des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (5). ... **L. Brizio.** Sur les fractures de l'os zygomatique (6). — **G. Fineschi.** Iconographie de tume... de la queue de cheval (7).

Fasc. 3. — **A. Trivellini.** Traitement des syndromes abdominaux aigus (8). — **G. Luc...** relli. Le concept de ptose hypotonique gastrique et sa place en chirurgie (9). — **N. Palf...** nieri. L'ostéochondrite du coude (10). — **O. Colombo.** Ulcères perforés de l'intestin ... syndromes abdominaux aigus (11). — **G. Sarteschi** et **Bettolo.** Pancréas aberrant int... mural de l'estomac (12). — **O. Colombo** et **Zirondoli.** Les antidouloureux en anesthé... générale (13). — **Colombo** et **Rovati.** Recherches expérimentales sur l'œdème cérèb... aigu (14). — **G. Redini.** Sur les lésions des ménisques du genou (15). — **E. Righini.** Kys... polaires du rein (16). — **G. Pellegrini.** Sur le contrôle endocrinien des réactions bio... giques (17). — **O. Colombo** et **G. Calligari.** Sur l'emploi de sels d'hexamathonium en an... thésie (18). — **M. Mariotti.** Sur un dysmorphisme rare congénital du rachis (19). ... **V. Rovati** et **A. Bertelli.** Sur un nouvel hypotenseur; ses rapports avec les ganglioplégiq... du point de vue chirurgical (20). — **C. Poglayen.** Sur les retards de consolidation du ... osseux (21).

Chirurgia It aliana (Bellune), vol **6**, n° 6, Novembre-Décembre 1952. — **C. D. Pinna.** La hernie lombaire (1). — **I. Pasqualetti.** Sur un cas d'extrophie de la vessie opérée par l'uretéro-sigmoïdostomie de Coffey (2). — **E. Scavo** et **A. Picaro.** Plasties de la paroi abdominale au réseau de tantale (3). [10]

Acta Chirurgica Scandinavica (Stockholm), vol. **105**, fasc. 5, 6 Juillet 1953. — **E. Ljunggren** et **O. Obrant.** Néphrectomie partielle dans la tuberculose rénale (1). — **J. L. Hansen** et **H. Engberg.** L'éponge de polystène en tant que matériel de plombage dans la collapsothérapie chirurgicale pulmonaire et dans la stabilisation du médiastin après pneumonectomie (2). — **A. Langenskiold.** Humerus varus chez l'adolescent (3). — **B. Snellman.** Ligature haute de l'artère mésentérique supérieure dans les opérations pour carcinome du côlon gauche et du rectum (4). — **F. R. Mathiesen.** Résultats tardifs de 293 opérations pour varices. La valeur d'une méthode chirurgicale et des veines communicantes (5). — **A. Senning.** Fibrillation ventriculaire au cours de la circulation cœlio-corporéale. Une méthode de prévention de l'embolie gazeuse qui facilite les opérations intra-cardiaques (6). — **K. A. Haltborn.** Cancer du côlon et du rectum. Étude clinique et anatomo-pathologique. Possibilité d'améliorer les méthodes de diagnostic et les résultats thérapeutiques dans les adéno-carcinomes (7). [11]

Annales Chirurgiæ et Gynecologiæ Fenniæ (Helsinki) vol. **42**, fasc. 2, 1953. — **G. Elfving** et **T. M. Scheinin.** Perforations intestinales dues à des corps étrangers déglutis (1). — **L. A. Saikku.** Traitement des fractures distales graves du radius par traction (2). — **A. L. Alha** et **A. Pohjala.** Les myomes de la portion vaginale, soignés à la clinique des femmes entre 1930-52 (3). — **V. Turtola.** Les cancers du moignon cervical (4). — **P. Tala** et **M. Turunen.** Ganglioneurome intra-thoracique périphérique (5). — **M. Raitio.** Les causes du retard du traitement dans les cancers bronchogéniques (6). [12]

The American Journal of Surgery (New York), vol. **86**, n° 1, Juillet 1953. — **J. W. Pats** et **P. N. Sawyer.** Greffes aortiques congelées : leur valeur expérimentale (1). — **H. W. Schweizer** et **P. M. Wood.** Analyse des agents de sécurité anesthésique ; revue nationale (2). — **J. L. Eisaman, H. D. Caylor, Ch. E. Jackson** et **H. Rœ.** Arythmies cardiaques au cours de l'anesthésie. Comparaison de l'anesthésie du cyclopropane et au pentothal-Nitrous oxyde-éther (3). — **D. J. Wexler, Bromberg** et **A. Kohn.** Voie d'approche sous-costale d'urgence pour arrêt du cœur (4). — **J. L. De Courcy.** Phéochromocytome (5). — **S. J. Okulicz** et **V. F. Marshall.** Néphrectomie pour hypertension ; l'expérience d'une clinique urologique (6). — **F. Cole.** Une nouvelle méthode d'estimation de la perte de sang au cours d'une opération (7). — **L. W. Eisenstodt.** La rhinoplastie ; aide psychogène du traitement de la rhinite vasomotrice (8). — **S. W. Gross.** Méthodes neuro-chirurgicales de la suppression de la douleur rebelle (9). — **Cl. Pollard Jr.** et **Grantham.** La chirurgie des nerfs périphériques ; les incisions pour leur découverte (10). — **L. T. Palumbo** et **Wittmer.** L'entérite régionale ; résultats du traitement chirurgical (11). — **R. C. Giles, E. Del Beccaro, W. Klingensmith** et **Trace.** Hernie mésentéricopariétale ; 3 cas (12). — **R. J. Behan.** Cicatrices douloureuses (13). — **T. Nicola.** La luxation récidivante de l'épaule (14). — **L. R. Thompson.** La méthode colorante en suspension humide pour l'examen rapide des cellules exfoliées et des parasites du vagin et de l'intestin (15). — **Woollgast, R. Mizer** et **Haskin.** Lymphoblastome folliculaire de l'iléon (16). — **Mc Caughan, J. Ninecurt** et **R. H. Ruby.** Le méga-côlon congénital ; étiologie et traitement (17). — **E. S. Shaw.** Cystadénome pseudomucineux multiloculaire de l'ovaire ; rupture avec épanchement pleural (18). — **J. P. West** et **V. T. Floyd.** Volvulus de l'estomac (19). — **G. Desforges** et **H. Wilson.** Volvulus du cæcum (20). — **J. J. Weiner** et **S. La Corte.** Sténose bénigne non traumatique intra-hépatique du canal biliaire gauche (21). — **I. Stein, R. D. Stein** et **Beller.** L'hydrocortisone dans le coude du tennis (22). [13]

The Military Surgeon (Washington), vol. **113**, n° 1, Juillet 1953. — **W. P. Kleitsch.** Le traitement par excision du cancer de la face (1). — **R. J. Pritikin** et **Duchon.** Déchirures et brûlures des paupières (2). — **D. M. Banen.** Amélioration 3 ans après la lobotomie (3). — **L. Wirth.** L'hémorragie dans les vaisseaux lymphatiques (4). [14]

Annals of Surgery (Philadelphie), vol. **137**, n° 6, Juin 1953. — **R. P. Bell Jr.** Kystes spléniques. Une observation de kyste uniloculaire volumineux de croissance rapide (1). — **J. K. Quattlebaum.** Résection hépatique massive (2). — **R. B. Cattell** et **B. P. Colcock.** Fibrose du sphincter d'Oddi (3). — **R. O. Lyday.** Néoplasmes bénins des canaux biliaires extra-hépatiques. Cas d'obstruction causée par un kyste (4). — **D. H. Poer.** Carcinome primitif de la troisième portion du duodénum (5). — **H. Wilson** et **J. H. Bushart.** Pancréas annulaire ayant causé une obstruction duodénale (6). — **H. P. Royster.** Rapports entre la pression dans la veine jugulaire interne et la pression du L. C. R. dans l'opération de la dissection radicale du cou (7). — **A. R. Koontz** et **R. C. Kimberly.** Réactions tissulaires à la gaze de tantale et à la gaze d'acier inoxydable. Comparaison expérimentale (8). — **St. W. Harrington.** Survies entre 15 et 40 ans après mastectomie radicale pour cancer du sein (9). — **W. F. Mac Fee.** Incision sub-axillaire pour mastectomie radicale (10). — **J. W. Goode** et **J. A. Martin.** Expériences chirurgicales du cancer mammaire. Données caractéristiques concernant la croissance, observées pendant le traitement de 258 malades privés atteints de cancer du sein (11). — **Fr. Fitzherbert Boyce.** Erreurs évitables dans le diagnostic et dans le traitement du cancer gastrique et du cancer du poumon (12). — **L. W. Edwards** et **J. Lynwood Herrington Jr.** Vagotomie et gastrectomie conservatrice. Étude comparative (13). — **W. Walters** et **J. Berkson.** Une amélioration de 180 p. 100 du pourcentage des survies après 5 ans, chez les malades atteints de cancer gastrique (14). — **S. F. Marshall.** Relations de l'ulcère de l'estomac avec le cancer (15). — **I. S. Ravdin** et **R. C. Horn Jr.** Ulcère gastrique et cancer gastrique (16). — **J. A. Key** et **F. C. Reynolds.** Attelles de contact (type Eggers) et plaques osseuses standard, pour la fixation des fractures expérimentales (17). — **Fr. Glenn.** Arrêt cardiaque pendant l'acte chirurgical (18). [15]

Archives of Surgery (Chicago), vol. **66**, n° 6, Juin 1953. — **B. D. Stewart, R. W. Virtue** et **H. Swan.** Arrêt du cœur et fibrillation ventriculaire (1). — **Snyder Jr., M. H. Snyder** et **L. Chaffin.** L'arrêt du cœur chez les jeunes enfants et les enfants (2). — **W. H. Amspacher** et **A. R. Curreri.** Le dextran dans le contrôle du shock des plaies de guerre (3). — **Cl. E. Gil-** [16]

[16] **lespie et Ch. H. Moore.** Urgences abdominales aiguës du nourrisson et de la prem enfance (4). — **W. L. Mersheimer, Winfield et Fankhauser.** L'occlusion vasculaire més térique (5). — **J. Dorsey et J. P. Ruzic.** Diagnostic et traitement de la pancréatite aiguë — **H. L. Thompson et G. Gregory.** Lésions bénignes de l'œsophage (7). — **M. E. De Ba et D. A. Cooley.** La résection palliative pour cancer de l'œsophage (8). — **H. J. Mc Cor Cooper Davis, M. Galante et J. B. de C. M. Saunders.** La dissection du médiastin supéri pour cancer thyroïdien (9). — **W. R. Webb et Th. H. Burford.** Étude du poumon en réexp sion après atélectasie prolongée (10). — **G. W. Magladry Jr., Ch. E. Herrod et C. Mathe son Jr.** La perforation des ulcères gastro-duodénaux (11). — **C. Costello.** Observati nouvelles sur l'hémorragie massive de l'intestin supérieur (12). — **A. L. Cameron.** Aspe chirurgicaux des ulcères duodénaux chroniques de l'enfance (13). — **M. Zinninger.** Div ticules du duodénum (14). — **Ch. M. O' Leary.** Diospirobezoard (15). — **E. H. Ellis Zollinger, Cedars et Cl. I. Britt.** La valeur des déterminations du volume sanguin dans maladie gastro-intestinale (16). — **C. S. Williamson, Wilkinson, Hanold et Simms.** Syn tômes du cul-de-sac consécutif à l'anastomose latérale de l'intestin (17). — **St. R. Maxein** Idées et traitement de l'entérite régionale (18). — **J. A. Bollinger et E. F. Fowler.** Les rés tats du traitement de l'occlusion de l'intestin grêle (19).

[17] **Surgery Gynecology and Obstetrics** (Chicago), vol. 97, n° 1, Juillet 1953. — **J. T. Phela V. S. Counseller et L. F. Greene.** Difformités du tractus urinaire avec absence congénit du vagin (1). — **W. Wayne Sands.** L'examen des radiogrammes comme aide au diagnost des états abdominaux aigus (2). — **E. J. Schmitz, A. Merendino, L. B. Kiriluk, E. A. Kan et H. N. Harkins.** Auto-greffes de l'artère sous-clavière pour réparer de courtes pertes substance de l'aorte thoracique; étude expérimentale avec mesures pertinentes à l'homme (3 **H. B. Benjamin, M. Wagner et W. Zeit.** Température intra-gastrique; ses variations da l'ulcère (4). **L. W. Brady, Cooper, Colodzin, McClenathan, King et R. Williams.** Étud sur le volume du sang chez l'homme normal (5). — **C. Bartlett.** Un test manométrique a lit du malade pour localiser le ballon du tube de Miller-Abbott dans l'occlusion intest nale (6). — **J. W. V. Cordice Jr., J. E. Suess et J. Scudder.** Le polyvinyl-pyrrolidone da le shock grave des brûlures (7). — **C. F. Fluhmann.** L'histogénèse de la métaplasie à cellul squameuses du col utérin et de l'endomètre (8). — **R. B. Lewis et P. W. Moen.** Recherch nouvelles sur l'emploi de l'héparine dans le traitement de la gelure expérimentale (9). **M. Foss Hauge.** Enclouage intra-médullaire des fractures de la diaphyse des os longs (10 — **E. Thyge Madsen.** Valeur clinique et expérimentale des matériaux de suture chirurg cale (11). — **M. Nyhus, E. A. Kanar, H. G. Moore Jr., E. J. Schmitz, L. R. Sauvage H. N. Harkins.** Greffes vasculaires expérimentales. Les changements de dimensions dans l homo-greffes aortiques fraîches et conservées, implantées dans l'aorte thoracique de porc en croissance (12). — **E. A. Edwards.** Base anatomique de l'ischémie localisée à certain muscles du membre inférieur (13). — **C. F. Storey, R. A. Grant et B. F. Rothmann.** Lésion nummulaires du poumon (14). — **E. M. Daland et L. G. Michell.** Le cancer du rectum résultats du traitement de tous les cas du Pondville Hospital, de Juin 1927 Décembre 1946 (15). — **M. B. Dockerty.** Coupes congelées rapides; préparation et colo ration (16).

[18] **The Journal of the International College of Surgeons** (Chicago), vol. 19, n° 6, Juin 1953. **C. Gama.** Granulome compressif de la moelle dû aux œufs de schistosoma Mansoni : épicône cône médullaire, queue de cheval (1). — **H. W. Meyerding.** Contracture ischémique Volkmann en tant que complication des fractures supra-condyliennes de l'humérus (2). **I. Honjo et Ch. Araki.** Pancréatectomie totale (3). — **H. K. Christie.** Altérations interne de l'articulation temporo-maxillaire (4). — **S. A. Linde.** Diverticulose et diverticulite (5 — **J. S. Ritter et A. A. Johnson.** Insufflation périrénale d'oxygène (6). — **Ch. P. Mathé** Urétérotomie intubée pour traiter la sténose de la jonction urétéro-pelvienne et de la portio supérieure de l'uretère. Technique personnelle simplifiée (7). — **Ph. Thorek.** Chirurgie d lymphoblastome médiastinal (8). — **H. E. Billig Jr.** Altérations post-traumatiques des et des articulations (9). — **R. G. Majer.** Tissu pancréatique aberrant dans la paroi ga trique (10).

[19] **Cirugia y Cirujanos** (Mexico), an. 21, n° 1, Janvier 1953. — **X. Romo Diez et J. A. Guevara** L'état actuel du traitement de l'ostéomyélite (1).

[20] **Revista Brasileira de Cirurgia** (Rio de Janeiro), vol. 24, n° 6, Décembre 1952. — **M. Gonzale Ulloa.** Le traitement des grandes brûlures (1). — **A. Bonilla-Naar.** Intra-hépatico-ch langio-jéjunostomie avec hépatectomie; technique de Longmire-Sandford modifiée; 2 cas (2 — **E. Da Rocha Jr., I. Malogolovkin et E. Marquez Tinoco.** Hémorragie mortelle par incoag labilité sanguine en chirurgie thoracique; syndrome d'afibrinogénémie par fibrinolyse (3 — **H. Ferraz Carrapatoso.** Cancer du rectum et du recto-sigmoïde; bases du traitement ch rurgical (4). — **Cl. do Prado Valladares.** La dissémination lymphatique des carcinomes pa l'épiploon (5). — **A. Patury e Souza.** Hypotension provoquée en chirurgie générale (6

[21] **Revista de Cirurgia de Sao Paulo** (Brésil), vol. 18, n° 3, Novembre-Décembre 1952. — **T. Sma nio.** Anesthésies administrées en 1945, comparaison statistique avec les années ant rieures (1). — **Pl. Bove.** Traitement des pancréopathies aiguës (2). — **P. Correa.** Trait ment des brûlures (3).

Vol. 18, n° 4, Janvier-Février 1953. **A. Costa Toledo.** Interventions chirurgicales sur l voies biliaires extra-hépatiques (4). — **E. de Oliveira.** Cancer du côlon gauche (5).

[22] **Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile** (Santiago), an. 4, n° 3, Septembre 1952. **N. Munoz, Daniel del Pozo, L. Pino et J. Titelman.** Séminome de l'ovaire (1). — **E. Opaz** Modifications de la technique de l'enclouage des fractures du col du fémur par le clou deux lames (2). — **J. Westermeyer.** La psoïte, entité clinique (3). — **A. Escobar, F. Roj et J. Borzone.** La chirurgie de la sténose mitrale (4). — **D. del Pozo, P. Donoso et O. Mona terio.** Chirurgie de l'anévrysme de l'aorte thoracique (5). **J. Bahr, R. Larach et J. Cen brano.** Les résultats éloignés de l'opération d'Albee dans le mal de Pott (6). — **N. Muno** Cholécystite aiguë; résultats de 40 nécropsies (7). — **Musatadi, Rollo et Fernandez T**

G. Labra. Iléus biliaire (8). — **E. Rioseco.** Notre expérience de la chirurgie prostatique; 112 cas consécutifs (9). — **A. Rahausen** et **C. Sayago.** Lymphangiosarcome et lymphœdème après mastectomie (10). — **I. Gonzalez.** Sur quelques détails de la gastrectomie subtotale (11). — **M. Achurra, P. Espinosa** et **H. Barros.** La maladie de Pellegrini-Stieda (12). — **A. Croquevielle** et **Dragutin Grgurina.** La désarticulation de la hanche par la méthode de H. B. Boyd (13). — **I. Alessandrini** et **F. Gonzalez.** Une révolution dans la préparation des mains et du champ opératoire (14). — **A. Asenjo** et **M. Donoso.** Ganglioplégiques en neuro-chirurgie (15). — **J. Asbun.** Agénésie du rein (16). [22]

N° 4, Décembre. — **Ruben A. Cazorla Palacios.** Lésions traumatiques graves du tendon d'Achille dans les accidents du travail (17). — **H. Barros Diaz.** Rupture et blessures du tendon d'Achille (18). — **R. H. Steimlé.** Clinique et chirurgie de 28 crâniopharyngiomes prouvés (19). — **G. Labra.** Emploi de la novocaïne intra-veineuse en chirurgie d'urgence (20). — **J. Lombardi.** Lymphangiome du mésentère (21). — **E. Acevado, G. Cornejo, E. de Vos y Fernando Anich.** Influence de la méthionine, de la cystéine et du thiouracile sur la réparation cicatricielle (22). — **F. de Amesti, E. Otaiza** et **F. de Amesti Cr.** La gastro-iléostomie; erreur chirurgicale (23). — **C. Sayago, M. Ossandon** et **J. Valenzuela.** Étude clinique de 37 cas de sarcome ostéogénique (24). — **F. Abalo.** Sur les résections d'urgence de l'intestin grêle (25). — **J. Atlagie.** L'hallux valgus; technique opératoire (26). — **J. Léon.** Extirpation de l'extrémité externe de la clavicule dans les luxations acromio-claviculaires (27). — **J. Bahr** et **A. Larach.** Le critère chirurgical dans la sphacèle par volvulus du côlon sigmoïde (28). — **A. Cavarrubias** et **E. Lira.** Cancer de l'œsophage à double localisation; œsophagectomie; anastomose œsogastrique cervicale (29). — **L. Casorzo, L. Figueora, E. del Campo** et **S. Puente.** Clinique et statistique de 174 cas de kyste hydatique du foie (30). — **J. Westermeyer** et **A. Frenkel.** L'oscillométrie des affections vasculaires périphériques (31). — **F. de Amesti, E. Otaiza** et **F. de Amesti G.** Sarcome gastrique (32). — **L. Figueroa, L. Casorzo, E. del Campo y S. Puente.** Le traitement de l'hydatidose hépatique; expérience nationale (33). — **G. Vergara, P. Göpfert** et **H. Gouet.** Luxation postérieure ou rétro-glénoïdienne de l'épaule (34). — **E. de Ramon.** 25 cas de fracture exposée, traités à l'Hôpital Ramon Sanfurgo (35). — **G. Vergara,** Rupture du tendon du quadriceps (36). — **E. Acevedo, G. Cornejo** et **R. Nunez.** Ulcère gastrique expérimental chez le rat (37). — **J. Allamand, R. Carrasco, Sunkel, Alvarado, Poblete** et **Gallinato.** Tumeur du sternum (38). — **M. Aguilera, D. del Pozo** et **N. Munoz.** Septicémie post-abortum à perfringens (39).

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

Archives Françaises de Pédiatrie (Paris), t. **10**, n° 7, 1953. [*Société*]. **Kaplan, Grumbach, R. Bouchard** et **P. Vesin.** Neuroblastome congénital avec syndrome de dissémination métastatique dans le tissu cellulaire chez un enfant de 2 mois (1). — **J. Lefebvre, Schweisguth** et **Guy.** Le diagnostic radiologique du sympathoblastome (2). — [*Est*]. **Schneegans, Haarscher** et **Zimmermann.** Fractures spontanées multiples associées à des lésions cérébrales graves (3). — **R. Bernichoux** et **M. Pierson.** Atrésie congénitale de l'œsophage : opération le 4e jour; guérison (4). — **J. G. Juif** et **A. Halb.** Paralysie phrénique du nouveau-né avec hématome du sterno-cléido-mastoïdien (5). — **Sacrez, Wiener, Beekmans** et **Oppermann.** Aplasie de la musculature de la paroi abdominale, associée à des malformations des voies urinaires (6). [23]

Acta Orthopedica Belgica (Bruxelles), vol. **19**, fasc. 4, Juin 1953. **G. Brunelli.** La patella bipartita (1). **J.** et **R. Judet.** Greffes osseuses animales en chirurgie humaine (2). **R. Sœur.** Granulomes éosinophiles; à propos des fausses coxalgies de l'enfant (3). — **P. Marique.** 3 observations de Mal de Pott avec abcès traité par l'association hydrazide de l'acide isonicotinique-streptomycine (4). — **Di Doncker, A. Thyes** et **Van Caver Ph.** L'articulation sacro-iliaque (5). [24]

Fasc. 5, Juillet. — **L. Parenzan.** Deux cas de décollement épiphysaire obstétrical de l'extrémité supérieure du tibia (6). — **L. Parenzan.** Un cas exceptionnel de dyschondroplastie congénitale (7). — **F. Parisel.** L'hypothèse de Ribbing dans l'ostéochondrite disséquante du genou (8). — **Coutelier.** Traitement des fractures du col du fémur par vis à traction continue (9). — **A. Duchêne.** Plaque d'ostéosynthèse réalisant l'impaction des fragments (10). — **G. Desenfans.** Sur la plaque d'ostéosynthèse de Duchêne (11).

Acta Pediatrica Espanola (Madrid), an. **11**, n° 126, Juin 1953. **L. Gubern Salisachs.** Hydronephrose par malformation des voies urinaires (1). [25]

Revista Espanola de Pediatria (Zaragoza), t. **9**, n° 50, Mars-Avril 1953. **P. Rainsford Evans.** Déformation des vertèbres lombaires supérieures chez les enfants atteints de gargoylisme (1). — **J. Logoya Solis.** Tableaux pathologiques abdominaux chirurgicaux produits par les malformations congénitales du péritoine (2). [26]

Archivio di Ortopedia (Milan), vol. **66**, n° 4, Juin 1953. — **A. Poli.** Transplantation musculaire dans la paralysie du deltoïde (1). **A. Dezza.** La sacro-iléite tuberculeuse (2). **A. Poli.** La guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche (3). — **A. Ponzoni** et **L. Parrini.** L'étude expérimentale du plexiglas comme moyen d'ostéosynthèse (4). **E. Zerbi.** L'arthrodèse dans la luxation congénitale invétérée de la hanche (5). **F. Perricone.** Sur le traitement des fractures des phalanges (6). — **A. Bianchi-Maiocchi.** Résultats éloignés et considérations sur l'énervation de la hanche (7). — **M. Fiume.** Sur la technique de la réduction par voie trans-cutanée des fractures (8). [27]

[28] **Archivio de Chirurgia Ortopedica e di Medicina** (MILAN), vol. 18, n° 3, Mai-Juin 1953. — **M. P**
beris. Résultats éloignés dans la coxite tuberculeuse (1). — **G. Prouaggi.** Les images satel
du rachis dans la scoliose (2). — **G. Tessarolo.** Les modifications de la croissance du men
inférieur et leurs aspects radiologiques dans la coxite tuberculeuse (3).

[29] **La Chirurgia degli Organi di Movimento** (BOLOGNE), vol. 38, fasc. 5, 1953. — **V. Guiotto**
B. Albertini. Étude morphologique et radiologique de l'activité ostéogénique du péri
costal expérimentée sous l'influence de diverses substances (1). — **S. Mastragostino.**
micromélie mono-segmentaire dans le cadre de la difformité de Volkmann (2). — **A.**
Martino et **S. Alberti.** Sur la courbure congénitale du tibia (3). — **E. De Marchi** et **R. Ga**
bier. Les synostoses du tarse dans le pied plat valgus contracturé (4). — **F. Dotti** et **G. Bon**
Contribution clinique à la connaissance des ostéopathies leucémiques; leucémie aiguë a
cémique ayant duré trois ans sous l'aspect d'une ostéopériostite (5). — **A. Bancale.** Sur
patella cubiti (6).

[30] **Minerva Ortopedica** (TURIN), an. 4, n° 6, Juin 1953. — **E. Agrifolio** et **G. Marcacci.** Hé
résection arthroplastique dans les fractures comminutives du coude (1). — **P. A. Stag**
Le traitement des fistules tuberculeuses avec l'hyaluronidase streptomycine (2). — **A. Ge**
vesi. Fractures de l'épitrochlée (3). — **P. Sabbioni.** Fractures du condyle externe de l'hu
rus (4). — **Sinigaglia.** Les suites des ostéosynthèses temporaires au clou de Kirschner d
les fractures de l'olécrane (5). — **F. Operti.** Décollements épiphysaires complets obs
tricaux de l'extrémité inférieure de l'humérus (6). — **A. Cabitza.** Résultats de la thé
peutique intra-cavitaire à l'isonicotinilhydrazide dans les arthro-synovites tuberculeu
du genou (7). — **G. B. Benadetti.** Les ossifications para-articulaires post-traumatiq
du coude (8). — **C. Rinaldi.** Les fractures du coude (9).

[31] **Minerva Pediatrica** (TURIN), an. 5, n° 6, 31 Mars 1953. — **A. Zanini** et **L. Parenzan.** La dysost
cléido-crânienne (1).
N° 9, 15 Mai. **E. Bulgarelli.** Les néoplasmes endothoraciques chez le jeune enfant (
N° 10, 31 Mai. — [*Réunion interrégionale sur les tumeurs chez le jeune enfant*]. **R. Bu**
garelli. Les néoplasmes endothoraciques du jeune enfant (3).
N° 11, 15 Juin. — **G. Sansone.** Fréquence et diagnostic des tumeurs abdominales ch
l'enfant (4). — **L. Stropeni.** Chirurgie et pronostic des tumeurs abdominales chez l'e
fant (5). — **G. M. Fasiani.** Les tumeurs de l'encéphale chez l'enfant (6).

[32] **Acta Orthopædica Scandinavica** (COPENHAGUE), vol. 22, fasc. 4, 1953. — **M. Fellënder.** Étud
sur la concentration de la streptomycine dans le traitement de la tuberculose des articul
tions (1). — **F. Langenskiöld.** Sur la transposition du muscle iléo-psoas dans la réducti
opératoire de la luxation congénitale de la hanche (2). — **R. H. von Muralt.** Les directiv
du traitement du pied creux talus; opération de Beausite (3). — **E. Lampe.** Ostéomyéli
tuberculeuse du grand trochanter (4).

[33] **Annales Pædiatrici** (BALE), vol. 181, n° 1, Juillet 1953. — **R. Hambach.** 3 cas d'ostium atri
ventriculaire persistant avec volumineuse hernie diaphragmatique (1).

[34] **The Journal of Pediatrics** (SAINT-LOUIS), vol. 43, n° 1, Juillet 1953. — **W. E. Knaus, J. Camp**
et **W. Rose.** Syndrome de Meigs (1). — **R. Turin, H. Bloch** et **J. Kaznetz.** Hématémèse (2

[35] **Revista de Ortopedia y Traumatologia** (BUENOS-AIRES), an. 22, n° 85-86 (fasc. 1 et 2), Juille
Octobre 1952). — **J. Sanz-Ramos.** La luxation radio-cubito-humérale invétérée (1).
D. Musculo et **E. Pacios.** Traitement des fractures des tubérosités tibiales (2). — **J. Sgross**
et **T. Gismondi.** Fracture des tubérosités tibiales (3). — **R. L. Ferre, E. P. Comoll**
L. A. Uslenghi et **H. V. Esteban.** Fractures du plateau tibial externe (4). — **C. E. de Anqui**
Localisations ostéo-articulaires non spondylitiques de la brucellose (5). — **C. E. de Anqui**
Spondylite brucellosique (6). — **A. Fernando Vocos.** Le traitement du pied bot varus équ
congénital (7).

[36] **Archivos de Pediatria del Uruguay** (MONTEVIDEO), an. 24, n° 6, Juin 1953. — **V. Peraz Fontan**
Luxation congénitale de la rotule, nouveau traitement chirurgical (1). — **Perez Fonta**
et **J. L. R. Juanotena.** Syndrome de Klippel-Feil-Trenaunay (2).

Gynécologie.

[37] **Gynécologie et Obstétrique** (PARIS), t. 52, n° 2, 1953. — **J. Varangot, V. Nuovo** et **S. Vass**
Recherches sur le diagnostic des cancers génitaux féminins par les frottis cervico-vag
naux (1). — **L. Fruhling** et **K. Ozbek.** Les épithéliomas folliculaires de l'ovaire d'origi
germinative; histogénèse (2). — **J. Berger.** De l'électro-coagulation du col utérin (3). —
Lantuéjoul, Pestel, Chambraud et **Cernes.** Un accident grave après hystérographie (4).

[38] **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (STUTTGART), an. 13, fasc. 7, Juillet 1953. — **A. Schmit**
Classification quantitative pour le cytodiagnostic fonctionnel (1). — **H. Kräubig.** Thérap
sélective de la tuberculose génitale chez la femme (2). — **E. Rüther.** Fractures spontanée
du col fémoral et du pubis après la radiothérapie des affections gynécologiques malignes (3
— **G. Besserer.** Ce que nous offre le cytodiagnostic dans le diagnostic du carcinome tubaire (4

[39] **La Clinica Ostetrica e Ginecologica** (ROME), vol. 55, n° 3, Juin 1953. — **E. Lenzi.** Sur l'é
trocèle et la hernie vaginale du fond du Douglas (1).

[40] **Minerva Ginecologica** (TURIN), an. 5, n° 9, 15 Mai 1953. — **C. Mosetti,** Carcinome diffus du cor
de l'utérus (1). — **T. M. Caffaratto.** Néoformation osseuse du vagin de pathogénie rare (2
— **W. Cirolini** et **Calvani.** Sur un cas de tumeur de Krukenberg (3).

Revista Portuguessa de Obstetricia, Ginecologia e Cirurgia (Coimbre), vol. 5, n° 6, Novembre-Décembre 1952. — **Hélène Marc.** Plastie mammaire par la méthode oblique (1). — **Tassilio Antoine.** La colpomicroscopie (2). [41]

Vol. 6, n° 6, Janvier-Février 1953. — **M. Cardia.** Aspects médico-sociaux de la colpo-cervico-cytologie (3). — **A. Duarte** et **A. Aroso.** Les œstrogènes dans l'hyperplasie glandulo-kystique (4).

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Washington), vol. 66, n° 1, Juillet 1953. — C. R. A. Gilbert, J. Valdares, F. Kaltreider et L. Douglass. Opération césarienne extra-péritonéale; la laparotrachelotomie à l'ère de la thérapeutique antibiotique (1). — **S. A. Wolfe** et **I. Neigus.** La grossesse dans le ligament large; 3 cas récents (2). — **J. H. Cornell, L. Tischler, Carpenter Jr.** et **P. Terzian.** Étude de 518 hystérectomies consécutives (3). — **A. Brunschwig.** L'opération vaginale radicale de Schauta pour cancer du col (4). — **J. W. Latcher.** Endométriose de l'ombilic (5). — **L. J. Golub.** Le diagnostic du cancer de l'ovaire (6). — **G. A. Hahn.** Rupture de l'artère colique moyenne; apoplexie abdominale; signes d'hémorragie pelvienne (7). — **A. W. Wœgelin.** Nouvel instrument lié à une technique plus simple de la panhystérectomie abdominale (8). — **W. S. Goldfarb.** Endométriose d'une cicatrice d'épisiotomie (9). — **L. Parsons** et **Taymor.** Carcinome du sein avec métastases péritonéales comme source de frottis vaginaux positifs (10). — **A. Shulman, Ratzan** et **Izenberg.** Cystadénome ovarien primitif; métastase solitaire à un ganglion lymphatique inguinal controlatéral (11). — **E. J. De Costa** et **A. B. Gerbie.** Invagination de la trompe de Fallope (12). — **E. E. Baden** et **W. F. Baden.** Arrêt du cœur au cours de l'opération césarienne (13). — **W. A. Potts** et **H. E. Petzing.** Hernie de l'intestin après perforation de l'utérus (14). — **A. Weil, J. Yoder** et **Bachand.** Anévrysme disséquant de l'aorte causant la mort de la mère au 7e mois; opération césarienne post-mortem et délivrance d'un prématuré vivant (15). [42]

Appareil génito-urinaire.

Journal d'Urologie Médicale et Chiuurgicale (Paris), t. 59, n° 5, 1953. — **R. Génot.** Hyperparathyroïdie et lithiase urinaire calcique (1). [43]

Urologia (Trévise), an. 20, fasc. 2, 20 Avril 1953. — **L. Migliardi.** La néphrectomie partielle dans la calculose rénale (1). — **A. Trevesini.** La lymphoganglionectomie pelvienne dans la cystectomie totale (2). — **A. Martelli.** Cancer et tuberculose de la prostate (3). — **Salvetti.** Papillomatose primitive de l'uretère (4). — **S. Godena.** Deux cas de calculs mous du rein (5). — **P. Capacci.** La néphrostomie du rein restant (6). [44]

The Journal of Urology (Baltimore), vol. 70, n° 1, Juillet 1953. — **A. V. Wolf.** Perspectives nouvelles de physiologie rénale (1). — **E. Burns.** Diagnostic clinique des tumeurs rénales (2). — **M. Harvard.** Angiographie rénale (3). — **J. Baker** et **Huckleberry.** Anévrysme intra-rénal rompu (4). — **L. R. Wharton.** Abcès périnéphrétique avec fistule périnéphro-bronchique (5). — **J. Hyman.** Kyste péri-uretéro pelvien (6). — **A. Vest** et **B. Barelare Jr.** Pér-uretérite plastique (7). — **St. Martin, Trichel,. Campbell** et **Locke.** Blessures de l'uretère en chirurgie gynécologique (8). — **R. Baker, D. Govan, Huffer** et **J. Cason.** Physiologie de l'anastomose uretéro-intestinale. Effet inhibiteur de la cortisone sur la formation d'une sténose (9). — **J. Lapides.** Physiologie normale et anormale de la vessie (10). — **W. H. Bonnett.** Malacoplasie du tractus urinaire (11). — **E. C. Shaw.** La trans-illumination vaginale dans la réparation sus-pubienne des fistules vésico-vaginales (12). — **L. Scardino, Prince** et **Mc Goldrich.** Adrénalectomie bilatérale dans le cancer de la prostate (13). — **Ambrose Jr.** Tumeur adénomatoïde de la tunique vaginale (14). [45]

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Les Annales d'Oto-Laryngologie (Paris), t. 70, n° 5-6, 1953. **M. Aubry, Sénéchal** et **Bourdon** A propos d'un cas de laryngocèle (1). — **J. Levignac.** Tendances actuelles dans le traitement du bec-de-lièvre et de la division palatine, observées en Amérique du Nord (2). — [*Société*]. **J. Mercier.** Paralysie faciale de guerre; blessure dans le triangle stylo-digastrique; guérison opératoire (3). — **Aubin, Ebstein** et **Neveu.** Métastases multiples et tardives chez un laryngectomisé total (4). — **Aubin, Ebstein** et **Neveu.** Cancer de l'œsophage; métastase osseuse (5). — **Aubry, Bourdon** et **Sénéchal.** Radiologie d'un cas de laryngocèle (6). [46]

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie (Stuttgart), an. 32, fasc. 7-8, Juillet-Août 1953. — **A. Riccabona** et **A. Jezek.** La perte de l'ouie après mastoïdectomie (1). — **K. Burian.** Sur le traitement par la cortisone des brûlures aiguës de l'œsophage (2). — **R. Link.** Sténose de la trachée à la suite d'un abcès froid tuberculeux de la glande thyroïde (3). [47]

Appareil digestif.

Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nütrition (Paris), t. 42, n° 5, Mai 1953. — **Al. Mouchet** et **M. Camey.** Un nouveau procédé de rétablissement de la continuité après gastrectomie totale par interposition d'un segment de grêle entre l'œsophage et le duodénum (1). — **Al. Mouchet** et **J. Marquand.** De deux perforations en péritoine libre de néoplasmes gastriques (2). — **Y. Geffroy, P. Jouanneau, R. Laumonnier, P. Renault** et **J. Guillard.** Réflexions sur l'ulcère gastrique (3). — **J. Duhamel.** Le phénomène d'Arthus expérimental sur l'estomac de cobaye (4). [48]

[49] **Revue de Stomatologie** (PARIS), t. 54, n° 5-6, Mai-Juin 1953. — **M. Dechaume, G. Carlier, M. Goudaert** et **Beerens.** — La lithiase salivaire est-elle d'origine actinomycosique (1). — [*Sociétés*). **Chemin** et **Imbert.** Deux cas de perforation palatine médiane (2).

[50] **Revista Espanola de las Enfermedades del Aparato-digestivo y de la Nutricion** (MADRID), t. 12, n° 2, Mars-Avril 1953. — **J. Pablos Abril.** Le traitement chirurgical des cholécystites aiguës (1). — **J. Badosa, Gaspar** et **O. Lopez F. Boado.** Léiomyosarcome de l'œsophage (2).
N° 3, Mai-Juin. — **E. O. Pascual, J. Sanz Ibanez, M. Calero** et **J. Eleizegui.** Anémie mégaloblastique par anse exclue dans une iléo-jéjunite granulomateuse avec lésions gastriques perforées de type Crohn (3). — **J. S. San Julian.** Sur un cas de fistule pancréatique (4). — **J. Bergareche,** Fistule bilio-bronchique d'origine hydatique (5).

[51] **Review of Gastroenterology** (NEW YORK), vol. 20, n° 7, Juillet 1953. — **W. W. Lermann, L. Martin, Fr. W. Bancroft** et **S. Weintraub.** Radio-diagnostic et radiothérapie intestinales (1). — **A. Berger.** Lésions buccales d'intérêt gastro-entérologique (2). — **J. L. Pool.** Carcinome œsophagien; problèmes de diagnostic et de traitement (3). — **S. L. Governale** et **C. A. Fioretti.** Endométriose du côlon et son traitement (4).

[52] **Gastro Enterology** (BALTIMORE), vol. 24, n° 2, Juin 1953. — **I. Glazer** et **D. Adlersberg.** Le volvulus du côlon, une complication de la sprue (1). — **R. Kamijo, R. B. Hiatt** et **G. B. Koelle.** Mégacôlon congénital; comparaison des segments spastiques et hypertrophiés au point de vue des activités de la cholinestérase et des sensibilités à l'acétylcholine et à l'ion baryum (2). — **G. Kenneth Hawkins, S. Margolin** et **J. J. Thompson.** Le temps d'évacuation gastrique : études comparatives avec Placebo, Prantal et Banthine (3). — **Breen Marien, Webster** et **Tidmarsh.** Effet de Bentyl-hydrochloride sur le spasme du sphincter d'Oddi déterminé par la morphine chez l'homme. Note préliminaire (4). — **J. Nasio.** Action de la Banthine sur la motilité de l'intestin grêle (5). — **M. F. Koszalka.** Diverticule de Meckel avec invagination, ulcère et hémorragie et muqueuse gastrique ectopique et tissu pancréatique (6). — **J. E. Sutton.** Cholélithiase et cholécystite (7). — **G. Albot, Cl. Olivier** et **H. Libaude.** Examen radio manométrique des canaux biliaires; expérience de 418 cas (8). — **R. S. Nelson.** Pneumopéritoine consécutif à une gastroscopie avec guérison spontanée (9).

[53] **The American Journal of Digestive Diseases** (FORT WAYNE-INDIANA), vol. 20, n° 6, Juin 1953. — **J. K. Berman, E. D. Habegger** et **E. Billings.** Résection massive de l'intestin grêle; étude suivie de 6 ans (1).

[54] **Revista Brasileira de Gastroenterologia** (RIO DE JANEIRO), vol. 5, n° 3, Mai-Juin 1953. — **A. E. Laurence.** Complications de la colostomie médiane (1). — **E. de Oliveira** et **J. Werneck de Lima.** Duodénopancréatectomie (2). — **L. J. Affonso di Dio.** Les pylores (sphincters) du système digestif (3).

Appareil circulatoire.

[55] **Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux** (PARIS), an. 46, n° 6, Juin 1953. — **M. Agostoni.** Anévrysmes de l'aorte thoracique et traumatisme. La région de l'isthme aortique : locus minoris resistentiae (1).

[56] **Phlébologie** (PARIS), an. 6, n° 2, Avril-Juin 1953. — **Reboul, P. Laubry** et **Vergoz.** Les injections intra-artérielles périphériques, traitement des lésions tissulaires d'origine vaso-motrice (1).

[57] **Zeitschrift für Kreislaufforschung** (DARMSTADT), vol. 42, fasc. 13-14, Juillet 1953. — **H. Wrba.** Sarcome primitif du péricarde (1).

[58] **Angiologia** (BARCELONE), vol. 5, n° 4, Juillet-Août 1953. — [*Congrès Sud-Américain d'Angiologie*]. **J. Westermeyer.** Physio-pathologie du syndrome post-phlébitique (1). — **A. R. Albanese.** Chirurgie des cardiopathies congénitales (2). — **D. Grinfeld** et **R. Romero.** Embolie simultanée des deux artères fémorales. Embolectomie bilatérale (3).

[59] **British Heart Journal** (LONDRES), vol. 15, n° 3, Juillet 1953. — **R. Astley, J. S. Oldham** et **Clifford Parsons.** Atrésie tricuspidienne congénitale (1). — **F. Gardner** et **S. Oram.** Veine cave supérieure gauche persistante drainant les veines pulmonaires (2). — **J. F. Goodwin.** Mortalité consécutive au traumatisme du cathétérisme cardiaque (3).

Appareil respiratoire.

[60] **Thorax Chirurgie** (STUTTGART), vol. 1, n° 1, Avril 1953. — **E. K. Frey.** Œsophagoplastie intra ou antethoracique (1). — **E. Derra** et **P. Ganz.** Le traitement de l'atrésie congénitale de l'œsophage pour l'anastomose bout-à-bout directe extra-pleurale (2). — **H. Krauss.** Le rétrécissement de la trachée et de l'œsophage par malformation congénitale des vaisseaux du médiastin et son traitement (3). — **W. Denk.** Le plombage au Polystan après pneumonectomie (4). — **R. Zenker.** La décortication du poumon dans la tuberculose (5). — **W. Felix.** L'amélioration de la scoliose par plastie de la saillie costale (6). — **G. Brandt.** Les diverses formes du thorax en entonnoir et leur traitement (7). — **Th. O. Lindenschmidt.** La pression partielle de l'oxygène du sang artériel dans les maladies pulmonaires chirurgicales (8). — **J. Krall, Hoffheinz** et **Wilhelm.** Le cathétérisme veineux et la veinographie médiastinale dans la tumeur maligne intra-thoracique (9). — **E. Wilhelm.** Tuberculome du médiastin (10).
Vol. 1, n° 2, Juin. — **Adelberger** et **Serdarusitz.** La pneumolyse-prothèse. Plastie (11). — **F. K. Kempf.** Kystes de l'intestin antérieur médiastinaux; en particulier un kyste tra-

chéal (12). — **E. Kugel.** L'importance de la lutte contre la douleur post-opératoire en chirurgie thoracique (13). — **F. Gloor.** Les vaisseaux de l'œsophage (14). — **H. Hofmann.** L'infection spécifique de la pneumolyse (15). — **H. Worn.** Les résultats de l'emploi intrathoracique de la streptokinase-streptodornase après pneumolyse extra-pleurale et résection pulmonaire (16). [60]

Archivio di Chirurgia del Torace (Florence), an. 7, vol. 10, fasc. 3, Juillet-Septembre 1953. — **P. Biocca.** Pneumothorax spontané controlatéral après pneumonectomie (1). — **P. Biocca.** Chirurgie expérimentale de l'aorte ascendante (2). — **G. Conti** et **L. Passarelli.** Sur l'œsophage humain (3). — **R. Caminiti.** Les mouvements de l'œsophage humain enregistrés par la méthode graphique (4). — **P. Biocca, L. Provenzale** et **A. Pasanisi.** Les variations de la pression artérielle pulmonaire dans le post-opératoire des pneumonectomisés (5). — **R. Ricceri, S. Tagliacozzo** et **P. Biocca.** Sur la ventilation pulmonaire des malades ayant subi la lobectomie ou la pneumonectomie (6). — **G. Cecchi** et **S. Chiantese.** Sur les modifications des vaisseaux intra-hépatiques et sur la présence chez eux de dispositifs régulateurs après pneumonectomie (7). [61]

Diseases of the Chest (Chicago), vol. 23, n° 6, Juin 1953. — **H. J. Moersch** et **J. R. McDonald.** L'importance des types cellulaires dans le carcinome bronchogénique (1).
Vol. 24, n° 1, Juillet 1953. — **J. Muri.** Anévrysme artério-veineux du poumon (2). — **J. Smith** et **H. R. Brodman.** Fistules œsophagiennes compliquées d'empyème mycotique et de perforation œsophago-aortique (3). — **I. D. Bobrowitz.** Les complications du pneumopéritoine thérapeutique (4). — **B. H. Rambay.** Mucocèle du poumon due à une obstruction congénitale d'une bronche segmentaire : un cas. Relation de la maladie kystique congénitale du poumon et de la bronchectasie congénitale (5). [62]

The Journal of Thoracic Surgery (Saint-Louis), vol. 25, n° 6, Juin 1953. — **R. M. Janes.** Contributions de la chirurgie à la connaissance de la maladie pulmonaire (1). — **J. F. Higginson.** La dissection en bloc dans la pneumonectomie pour cancer (2). — **A. R. Crâne** et **P. T. Carrigan.** Thymome intra-pulmonaire sous-pleural primitif (3). — **R. S. Totten, Stout, Humphreys** et **Moore.** Tumeurs bénignes et kystes de l'œsophage (4). — **W. B. Neptune, Ch. Bailey** et **H. Goldberg.** La correction chirurgicale des orifices du septum atrial avec transposition des veines pulmonaires (5).
Vol. 26, n° 1, Juillet 1953. — **H. Sloan.** Emphysème lobaire obstructif de l'enfance; lobectomie (6). — **H. B. Lorzelere** et **Ch. Th. Bailey.** Commissurotomie aortique (7). — **J. Zaslow** et **S. O. Krasnoff.** Leiomyome de l'œsophage (8). — **L. J. Kenney.** Léiomyome intramural géant de l'œsophage (9). — **A. D. Sears, Clayton** et **Siebel.** Méningocèle intra-thoracique non associée à la neurofibromatose (10). — **F. Buschke** et **S. T. Cantril.** Résultats de la radiothérapie à supervoltage du carcinome de l'œsophage (11). [63]

Système nerveux.

Zentralblatt für Neurochirurgia (Leipzig), an. 13, n° 1, 1953. — **Hans Werner Pia** et **W. Tonnis.** La fracture du crâne qui augmente chez l'enfant (1). — **F. X. Bsteh.** Expérimentation sur la question de l'interplantation nerveuse en 2 temps (2). — **K. J. Zülch** et **F. Pinto.** Sur la classification du gliome polymorphe (3). — **W. Götze.** L'électro-encéphalogramme dans les malformations vasculaires du cerveau (4). — **K. Holub.** Un cas d'hématome sous-dural dans la région de la fosse crânienne postérieure (5). [64]

Der Nervenarzt, an. 24, fasc. 7, 20 Juillet 1953. — **K. Conrad.** Sur un fantôme miroir particulier; phénomène autoscopique durable dans la tumeur hypophysaire (1). — **F. Pampus** et **W. Vogt.** Sur la clinique et la chirurgie de la méningite tuberculeuse (2). [65]

Archives of Neurology and Psychiatry (Chicago), vol. 69, n° 6, Juin 1953. — **E. A. Rodin, R. G. Bickford** et **H. J. Svien.** Constatations encéphalographiques associées à l'hématome sous-duremérien (1). [66]

Anatomie pathologique.
Pathologie générale. Médecine expérimentale.

Revue de la Tuberculose (Paris), t. 17, n° 4-5, 1953. — **P. Giraud** et **H. Métras.** L'exérèse ganglionnaire et la désobstruction bronchique dans certaines formes compliquées de la primo-infection (1). — **R. Israël, Uzzan, Gilbert, Zaimi, Hertzog, Toty** et **Personne.** Les critères cliniques des blocs caséeux circonscrits justifiables de l'exérèse; d'après 42 pièces d'exérèse (2). — [*Société*]. **Bérard, Arribehaute, Germain** et **Dumarest.** Expériences de 350 pneumonectomies totales pour tuberculose; résultats lointains (3). [67]

Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires (Paris), an. 20, n° 4, Avril 1953. [*Ligue*]. **Francois et Jean Francois.** Une nouvelle localisation du mal des insertions; l'apophysalgie bicipitale du radius (1). — **F. Coste, Chaouat** et **Bernard.** Arthrite tuberculeuse de l'épaule; traitement par l'hydrazide de l'acide isonicotinique (2). — **Lacapère, Weissenbach** et **Renevey.** Ostéoarthopathies tarsiennes; chez un syphilitique et chez un tabétique (3). — **M. Barret.** Cancer de la prostate; métastase osseuse (4). — **R. Charry.** Images de nylon (5). — **S. de Sèze, Djian** et **Abdelmoula.** Vertèbres noires hodgkiniennes (6).
N° 5, Mai. — **A. Jammes, Serny, Rouzet** et **Duclos.** Maladie d'Engelmann, ostéopathie hyperostosante et sclérosante infantile multiple (7). [*Ligue*]. **S. de Sèze, Ordonneau** et **Caroit.** Un cas de tumeur à myéloplaxe du sacrum (8). — **S. de Sèze** et **Malapert.** Étude de la perméabilité synoviale chez l'homme par un test à l'iodure de sodium (9). — **H. L. Rocher.** Arthrose radio-cubitale inférieure, avec subluxation et impotence totale; résection diaphyso-épiphysaire cubitale inférieure; prothèse acrylique; guérison (10). — **C. Roederer.** Image un peu anormale d'une coxarthrie chez un syphilitique (11). [68]

[69] **Annales d'Endocrinologie** (PARIS), t. 14, n° 2, 1953. — **R. Bourg, F. van Meensel,** et **G. Lamber** Test cytologique vaginal de dégénérescence ovulaire en cours de thérapeutique œstrogéniqu massive (1).

[70] **Annales de Médecine légale et de Criminologie** (PARIS), an. 33, n° 2, Avril-Mai 1953. — [*Société*]. **L. Roche** et **Mme Buffard.** Résultats de l'examen psychologique au cours de lum bagos chroniques (1). — **Vincent, Roche** et **Michel.** L'hémo-médiastin traumatique (2 — **Roche** et **Gravier.** Problèmes posés par un projectile situé dans la région cardiaque; à propos d'une observation (3).

[71] **Cancérologie** (LILLE), t. 1, n° 1-2, 1953. — [*III*e *Journées de Cancérologie de Lille;* 28 mars 1952] **J. Nuytten.** La curiethérapie vaginale axiale dans le cancer du col; premiers résultats (1) — **G. Carlier.** Les accidents stomatologiques post-radiothérapiques (2). — **A. Dhalluin** e **M. Verhaeghe.** La place de la castration dans le traitement du cancer du sein (3). — **R. Osteux.** Les antagonistes en chimiothérapie anticancéreuse (4). — **R. Ducrocq.** Tumeurs malignes du cavum (5). — **Y. Godefroy-Vendeville.** Les cancers des glandes thyroïdes aberrantes cervicales (6). — **J. Swyngedauw.** Doses et délais en rœntgenthérapie pré-opératoire (7). — **J. Driessens** et **A. Clay.** Que penser des diagnostics biologiques du cancer ? (8) [*Mémoires*]. **J. Driessens** et **J. Paris.** Les tumeurs malignes de l'appendice iléo-cæcal (9) — **J. Driessens, J. Herbeau** et **A. Clay.** Sur divers aspects trompeurs du cancer primitif du poumon; formes osseuses et ostéo-articulaires; formes ganglionnaires extra-médiastinales (10). **J. Driessens.** Sur la diffusion métastatique des tumeurs malignes.

[72] **Bulletin Algérien de Carcinologie** (ALGER), an. 6, n° 17, Janvier-Mars 1953. — **F. Lagrot** et **P. Coriat.** Le traitement actuel du cancer du corps utérin en France et à l'étranger (1). — **R. Sarrouy.** Cancer et radiothérapie (2). — **R. Streit.** Le traitement des mélanoblastomes malins de la peau (3). — **Mme Alcaydo-Antoine.** Éducation d'une voix nouvelle après laryngectomie (4). — **J. M. Montpellier.** La rareté du cancer dans les territoires sahariens; carcinidie saharienne (5). — [*Société*]. **Mutin** et **Zermati.** Maladie osseuse de Paget et métastase néoplasique (6). — **Fulconis.** Des rapports de la cervicité avec le cancer du col (7). — **J. C. Giraud, Sitbon** et **Baix.** Métastase axillaire gauche d'un épithéliome de l'amygdale palatine droite (8). — **H. Duboucher** et **Seror.** La commissurotomie dans le traitement du cancer de la langue et de la région amygdalo-palatine (9). — **Duboucher** et **Séror.** Premier cas de lobotomie pré-frontale classique chez les cancéreux (10).

[73] **Tumori** (MILAN), an. 39, fasc. 3, 1953. — **C. Sirtori** et **F. Pizzetti.** État actuel et perspectives de la chimiothérapie du cancer (1). — **F. Miraglia.** Singulière métastase » par implant » sur l'endomètre, d'un adéno-cancer du col (2). — **A. Bissi.** La thérapeutique sclérosante et chirurgicale des gros angiomes caverneux (3).

[74] **Archivio Italiano di Anatomia e Istologia patologica** (BOLOGNE), an. 26, n° 2, 1953. — **M. Goisis** et **Destro.** L'ovaire dans les cas de myome utérin (1). — **G. Gibertini** et **Spigolon.** Le sarcome primitif de la vésicule biliaire (2). — **S. Russo.** Le système réticulo-endothélial de l'utérus et ses tumeurs (3). — **G. Arcidiacono.** Angio-réticulo-endothélio-sarcome de l'urèthre masculin (4).

N° 3. — **G. Arcidiacono** et **T. Madonia.** Sur l'histogénèse des formations perlées des tumeurs mixtes de la parotide (5). — **M. Russo.** Sur les kystes dermoïdes de l'ovaire perforant la paroi du recto-sigmoïde (6).

[75] **The American Review of Tuberculosis** (NEW YORK), vol. 68, n° 1, Juillet 1953. — **J. Denst.** L'anatomie pathologique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire traitée par l'isoniazide (1).

[76] **Archives Cubanos de Cancerologia,** vol. 12, n° 1-6, Janvier-Juin 1953. — **N. Puente Duany** et **C. Ramirez Corredeira.** Le sarcome mammaire (1). — **Z. Marinello.** Traitement moderne des hémolympropathies tumorales (2). — **J. M. Suárez Fernandez.** Goitre intra-thoracique ou plongeant (3). — **T. Marinello.** Un cas de hémofibrosarcome rétro-mammaire (4). — **J. A. Schutte.** Le « stress » en cancérologie (5).

Radiologie.

[77] **Journal de Radiologie, d'Électrologie et Archives d'Électricité médicale** (PARIS), t. 34, n° 5-6, 1953. — **R. Coliez, M. Tubiana, J. Dutreix** et **J. Guelfi.** Résultats du traitement de 43 cas de cancer du corps thyroïde par l'iode radio-actif (1). — **L. Leger, L. Gally** et **Arvay.** La phlébographie portale par injection intra-parenchymateuse splénique transpariétale (2). — **R. De Haene.** De 80 opacifications distales; intérêt et indications de la discographie (3). — **E. A. Zimmer.** Radiologie des mouvements de l'articulation temporo-maxillaire normale et pathologique (4). — **M. Botella-Llusia.** Aspects biologique et hormonal du cancer de l'utérus (5). — **J. Lambillon** et **Van Wymeersch.** Un cas de grossesse salpingo-péritonéale à terme (6). — **D. Sichel** et **Ch. Wild.** Corps étranger; vertèbre de poisson; visible dans l'œsophage (7). — [*Sociétés*]. [*Paris*]. **Ledoux-Lebard** et **Mme C. Soulquin.** Localisations vertébrales de la dysplasie fibreuse des os; maladie de Jaffe-Lichtenstein (8). — **L. Leger, Gally** et **Arvay.** La phlébographie portale par injection intersplénique transpariétale (9). — **Le Goff, Bernier Le Goff** et **J. L. Bernier.** Diverticule du rectum avec volumineux fécalome (10). — **C. Proux** et **J. A. Hummel.** La valeur relative de certains signes indirects de sténose hypertrophique du pylore du nourrisson (11). — **A. Moreau.** Nouveau cas d'ulcère du canal pylorique (12). — **H. Beau, Dorland** et **Magnet.** Staphylococcie pulmonaire à foyers multiples avec ostéomyélite massive de l'os coxal et arthrite aiguë coxo-fémorale (13). — **A. Moreau.** Migration d'une pince à cheveux dans le tube digestif d'un enfant de 3 ans; évacuation naturelle (14).

[*Ouest*]. **J. Deluen.** Dilatation idiopathique de tout le tractus digestif (15). — **R. Dano.**

Protrusion acétabulaire (16). — **Loisance.** Cervicarthrose (17). — **A. Viel.** Géode du scaphoïde carpien (18). — **Gauducheau** et **Tardiveau.** Réactions rectales au cours de la curiethérapie des cancers du col utérin (19). [77]

[*Littoral Méditerranéen*]. **Paschetta, Duplay, Rometti** et **Giraud.** Petit signe du début du cancer vertébral : La vertèbre borgne (20). — **Gros, Paleirac, Labauge, Bassède** et **Minvielle.** 2 cas de méningiome du sphénoïde : tomographie (21). — **Spadoni** et **Mme Santoni.** Intérêt de l'incidence de profil dans la radiologie du recto-sigmoïde (22). — **A. M. Fournier** Aspects de la charpente osseuse du membre supérieur et spécialement du massif carpien au cours de l'évolution du zona (23). — **Gros, Bétoulières, Minvielle, Paleirac** et **Bassède.** L'artériographie vertébrale à l'état normal (24). — **Gleize Rambal, Provansal, Barthélemy** et **Henry.** Volumineuse formation kystique d'origine rénale chez un enfant de 3 ans et demi (25). — **Pélissier, Leenhardt, Bruschet** et **Levère.** Les sténoses en virole pseudo-néoplasiques de la tuberculose péritonéale encapsulante (26). — **Pélissier, Bruschet, Levère** et **Leenhardt.** Le pied des footballeurs (27).

[*Nord*]. **L'hermine** et **Cuisset.** Sur un cas de plasmocytome (28). — **P. Macquet** et **G. Lemaitre.** La cystographie à la flaque dans les tumeurs vésicales (29). — **J. Toison** et **Carlier.** Du diverticule du péricarde (30). — **R. Lapouille.** Épilepsies post-traumatiques et électro-encéphalographie (31).

[*Centre et Lyonnais*]. **Novel, Serpantie** et **Mathonnet.** La visibilité des voies biliaires dans la cholécystographie après épreuve de Busson (32). — **P. Dufour, J. Hutinel** et **L. Crozet.** Un cas de xylobezoard d'origine médicamenteuse (33). — **Buffard, Goyon** et **Jacquemet.** Deux cas d'obstruction intestinale par bouchon baryté (34). — **G. Boudènes.** Lithiase rénale géante (35). — **G. Voluter** et **Ch. Bosson.** Pseudo-échinococcose gastrique et intestinale (36). — **Papillon, Dargent** et **Montbarbon.** De l'exploration radiographique de la glande mammaire (37).

Annali di Radiologia Diagnostica (Bologne), vol. **25**, fasc. 6, 1952-1953. — **M. Sossai.** Aortographie transcarotidienne (1). — **A. Tagliaferro** et **A. Zaccone.** Recherches expérimentales sur l'angiopaque (diiodostéarate d'éthyle); angio-hépato-spléno-placento-lymphographie (2). — **L. Vespignani.** Difficultés du diagnostic différentiel entre les tumeurs extra et intra-rénales (3). — **L. Bondani.** Anatomo-radiographie des artères du membre inférieur durant la vie fœtale (4). — **N. Ludovico** et **G. Collo.** Sur l'ostéophytose puerperale de Rokitansky (5). — **G. Porro.** La stratigraphie oblique pour l'étude des cavernes pulmonaires (6). [78]

Vol. **26**, fasc. 1, 1953. — **R. Ghislanzoni.** Sur la radiologie de l'epipharynx (7). — **F. Granone.** Sur le prolapsus intra-bulbaire de la muqueuse gastrique (8). — **D. Gandini** et **A. Gibba.** Modification à la technique de la cystographie vésicale combinée (9).

Acta Radiologica (Stockholm), vol. **39**, fasc. 6, Juin 1953. — **O. Morales** et **R. Romanus.** L'urétrographie chez l'homme (1). — **Lars-Gunnar Larsson** et **I. Ragnhult.** Étude de la fonction de concentration de l'iode de la glande thyroïde après le traitement par l'iode radio-actif (2). [79]

Radiologia Clinica (Bale), vol. **22**, n° 4, Juillet 1953. — **P. E. Andersen.** Le radio-diagnostic du lipome du corps calleux (1). — **L. Babaiantz** et **M. Bugnion.** Invagination iléo-cœco-colique par lipome iléal en rétention cæcale (2). — **H. von Braunbehrens.** La radiothérapie de la maladie de Paget du mamelon (3). — **C. Buetti.** La nécrose aseptique osseuse du condyle huméral (4). — **Candardjis.** Forme rare de crosse aortique à droite (5). — **Cocchi.** Radiodiagnostic de l'ulcère peptique de l'œsophage (6). — **Gil y Gil.** Métastases tardives et éloignées du cancer du sein (7). — **C. H. Grasser.** Radiologie de 2 sarcomes de l'estomac (8). — **A. Herzog.** Fistule duodéno-colique maligne (9). — **R. Nissen.** Les difficultés du diagnostic précoce du cancer de l'œsophage (10). — **F. Perussia.** Radiothérapie du cancer du palais (11). — **M. Ramseyer.** Atrésie non cancéreuse de la région pré-pylorique de l'antre gastrique (12). — **Ratkoczy.** Métastases pulmonaires dans le cancer du poumon (13). — **A. Rösli.** Présence d'un os radial dorsal bipartite; os accessoire non décrit de l'articulation radio-carpienne (14). [80]

The American Journal of Rœntgenology, Radiumthérapy and Nuclear Medicine (Springfield), vol. **70**, n° 1, Juillet 1953. — **A. E. Childe.** Amincissement localisé et élargissement du crâne en particulier de la fosse moyenne (1). — **D. L. McRae** et **A. S. Barnum.** Occipitalisation de l'Atlas (2). — **E. F. Van Epps.** Agénésie du corps calleux avec malformations concomitantes comprenant l'atrésie des trous de Luschka et de Magendie (3). — **P. J. Hodes, F. Campoy, H. E. Riggs** et **P. Bly.** Angiographie cérébrale. Anatomie et Physiologie (4). — **R. H. Marshak** et **B. S. Wolf.** Jéjunite granulomateuse ulcérante chronique et iléo-jéjunite (5). [81]

Radiology (Détroit), vol. **60**, n° 6, Juin 1953. — **B. B. Gay Jr.** et **J. Franklin Walker.** Anévrysme du tronc brachio-céphalique. Trouvailles cliniques et radiologiques dans 18 cas (1). — **S. A. Glydden** et **H. M. Stauffer.** Pneumatose cystoïde intestinale chez un adulte. Radiodiagnostic pré-opératoire (2). — **E. D. Palmer.** Tentative de localisation de la jonction œsophago-gastrique normale (3). — **R. S. Clayton** et **W. L. Thornton.** Fistule duodéno-colique bénigne. Vue sur la littérature et observation clinique (4). — **R. S. Sherman** et **R. Leaming.** Trouvailles radiologiques dans les neuroblastomes (5). — **M. B. Hermel** et **J. Gershon-Cohen.** La fracture « casse-noix » de l'os cuboïde par violence indirecte (6). — **W. H. Waughan.** Soudures tarsiennes, leur interprétation radiologique en particulier (7). [82]

Anesthésie.

Anesthésie et Analgésie (Paris), t. **10**, n° 2, Juin 1953. — **E. Corajod** et **H. Vignon.** Décès 10 h après pneumonectomie droite pour cancer par absence de reprise de l'automatisme respiratoire (1). [83]

[84] **Cahiers d'Anesthésiologie** (Paris), an. 1, n° 2, Mai 1953. — **J. Lassner.** Les fonctions endocrin... au cours de la maladie opératoire (1). — **R. Tzanck.** Étude critique de la transfusion sa... guine en chirurgie (2). — **L. Amiot.** Cybernétique et anesthésie (3). — **E. Kern.** Les vomi... sements anesthésiques (4). — [*Observations commentées*]. **Lassner.** Complications neur... logiques graves chez un enfant soumis à l'anesthésie par la protoxyde d'azote (5). — **Lassn... et Kern.** Mort pendant l'anesthésie d'une malade cardiaque opérée d'urgence (6). — **Ker...** Tentative d'anesthésie potentialisée conduite d'après des données livresques; anox... fatale (7).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

[85] **La Presse Médicale** (Paris), an. 61, n° 46, 4 Juillet 1953. — **L. Leger** et **F. Kanoul.** La gastrec... tomie fundique (1). —

N° 48, 8 Juillet. — **M. Payet, P. Pene, R. Camain, A. Gauaze** et **F. Calvez.** La biopsie du... rein à l'aiguille (2). — **L. de Gennes** et **G. Deltour.** Données récentes sur la biologie thyroï... dienne (3). — **B. Latscha** et **N. du Bouchet.** De l'intérêt du diagnostic pré-opératoire de... l'hyperexcitabilité cardiaque (4).

N° 48, 11 Juillet. — **P. Cossa, J. P. Grinda** et **P. Martin.** Perte de substance crânienne, extériorisation, rémission thérapeutique, comitialité ultérieure, nouvelle rémission théra... peutique (5). — **Robert Aubaniac.** Cure chirurgicale en un temps du mal de Pott de l'enfant avec abcès médiastinal (6).

N° 49, 18 Juillet. — **G. et C. Castelain,** Possibilités et limites du cytodiagnostic extempo... ranné; d'après 1 000 confrontations cyto-histologiques (7). — **L. Fressinaud-Masdefeix.** Cancer de l'œsophage (8). — **H. Laborit** et **P. Huguenard.** L'hibernation artificielle chez le grand choqué (9).

N° 50, 25 Juillet. — **J. Zerolo.** Exploration du pancréas exocrine (10).

[86] **Gazette des Hôpitaux** (Paris), an. 126, n° 18, 30 Juin 1953 [*Journées Médicales Toulousaines*]. **R. Dieulafé.** Traitement actuel des brûlurse (1). — **P. Dambrin, Gourdon** et **Eschapasse.** Acquisitions nouvelles dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (2).

N^os^ 19-20-21, 10-31 Juillet. — **Brun, Audibert** et **Vigo.** Traumatisme crânio-cérébral grave avec lésions directes et indirectes du cerveau (3).

[87] **La Semaine des Hôpitaux** (Paris), an. 29, n° 44, 2 Juillet 1953. — **B. Simonetta.** Sur une modi... fication de la voie d'accès trans-palatine aux tumeurs du rhino-pharynx (1). — **P. C. Huet** et **J. Villedrouin.** De l'électro-coagulation dans le traitement des tumeurs oro-pharyn... gées (2). — **M. Escat, J. Estrade** et **G. Espagno.** Laryngectomie totale élargie et évidement ganglionnaire en un seul bloc dans les cancers pharyngo-laryngés (3). — **P. C. Huet.** Indi... cations dans les épithéliomas endo-laryngés (4). — **P. C. Huet** et **Labayle.** Les chondromes du larynx (5).

N° 45, 6 Juillet. — **R. Turpin** et **Lafourcade.** Étude du gargoylisme (6). — **Lichtwitz.** Examen clinique et traitement des nanismes (7).

[88] **Gazette Médicale de France** (Paris), t. 60, n° 13, 1^er^ Juillet 1953. — **J. Bernard.** Ostéo-arthro... pathies diabétiques (1).

[89] **Le Bulletin Medical** (Paris), an. 67, n° 10, 15 Mai 1953. — **Bonnenfant.** La polydystrophie de Hürler ou gargoylisme de Ellis (1). — **P. Frank** et **Holderbach.** Volvulus de l'intestin grêle autour d'un canal omphalo-mésentérique de type inhabituel (2).

[90] **La Vie Médicale** (Paris), an. 33, Juillet 1953. — **Chavany, J. Pecker** et **D. Hagenmuller.** Étude sémiologique de la conscience en neurologie et en neuro-chirurgie (1). — **J. Leprat.** Conduite à tenir en présence d'un goitre (2).

[91] **Lyon Médical,** an. 85, n° 28, 12 Juillet 1953. — **A. Josserand, Pichat** et **Chapuis.** Sur la patho... génie de l'ostéopathie hypertrophiante pneumique de P. Marie, d'après l'évolution de 2 épi... théliomas extra-pulmonaires traités par la chimiothérapie palliative (1).

N° 30, 26 Juillet. — **R. Froment.** Où en est la chirurgie du rétrécissement mitral ? (2).

[92] **Journal de Médecine de Lyon,** an. 34, n° 805, 20 Juillet 1953. — **J. Coudert** et **S. Duverne.** Considérations anatomo-cliniques et thérapeutiques sur les épithéliomas cutanés (1).

[93] **Marseille Médical,** an. 90, n° 6, 1953. — **H. Monges, A. Monges** et **H. Garcin-Nicolas.** Les hernies hiatales et le reflux gastro-œsophagien des femmes enceintes; leurs relations avec le pyrosis gravidique (1). — **E. Abignoli.** Le myélome multiple (2).

[94] **Toulouse Médical,** an. 54, n° 7, Juillet 1953. — **A. Enjalbert, Calazel** et **Esclavissat.** Indications et contre-indications de la chirurgie des sténoses valvulaires (1). — **J. Arlet.** Histologie et physiologie de l'articulation normale (2). — [*Sociétés*]. **Géraud, Ribaut** et **Souquet.** Élon... gation du plexus brachial avec syndrome du canal carpien (3). — **R. Charry.** Un procédé de maintien de l'arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne dans les pieds bots para... lytiques, les séquelles de fracture du calcanéum, les pieds bots spastiques et congénitaux (4).

[95] **Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,** an. 130, n° 7, Juillet 1953. — **Depaulis.** Du diagnostic des tumeurs du médiastin (1). — **Aubertin.** Traitement actuel du cancer de la prostate (2). — **Aubertin.** Le traitement hormonal de l'adénome prostatique (3). — **A. Dussert.** Un incident peu commun du talcage intra-pleural (4). — **P. Huguenard** et **Duchêne.** De l'hibernation artificielle (5). — [*Sociétés*]. **H. L. Rocher** et **Dupin.** Aplasie

musculaire jambière presque totale dans un double pied bot varus cavus congénital; tarsectomie, guérison (6). — **Fontan, Lartigaud, Verger** et **Couteau.** Puberté précoce d'apparence essentielle chez un garçon de 4 ans (7). — **P. Verger.** Puberté précoce chez une fille de 9 mois (8). — **Pouyanne** et **Martin.** Abcès staphylococcique du foie chez un nouveau-né, suppuration sous-phrénique; péritonite à évolution subaiguë; guérison (9). — **Despons** et **Martin.** Hématémèses récidivantes chez un nourrisson vomisseur, dues à un angiome de l'œsophage (10). — **Darmaillacq** et **Biraben.** Sur 2 cas d'appendice géant (11). — **Gaussen, Junes, Six** et **Dubecq.** Invagination d'une bosselure du cæcum (12). — **Magendie** et **Santenac.** Résection d'une chaîne mammaire interne pour cancer du sein (13). [95]

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 71, n° 7, 15 Juillet 1953. — **V. Nolf** et **P. Langeron.** Indications et intérêt de la phlébographie du membre inférieur (1). — **H. Deherripon, A. Fournier, J. Bera** et **A. Pauli.** Forme pulmonaire de la réticulose histio-monocytaire maligne (2). [96]

Écho Médical du Nord (Lille), t. 24, n° 7, Juillet 1953. — **Ch. Auguste, J. Driessens, R. Ducrocq** et **Y. Godefroy-Vendeville.** Aspect trompeur « dysphagique » du cancer du poumon (1). [97]

Strasbourg Médical, t. 4, n° 6, Juin 1953. — **Oudet, Kœbelé** et **Kruczek.** De la préparation à l'intervention dans les infections graves du thorax; pleurésie purulente tuberculeuse compliquée, traitée par costo-pleuro-pneumectomie (1). [98]

Revue Médicale de France (Clermont-Ferrand), n° 5-6, Mai-Juin 1953. — **H. Serre** et **J. Mirouze.** Diagnostic et traitement des lombalgies discales (1). — **J. Séror.** Invagination intestinale au cours du purpura rhumatoïde (2). [99]

Ouest Médical (Paris), an. 6, n° 14, 25 Juillet 1953. — **S. Kostich** et **G. Yeftimovitch.** A propos du traitement chirurgical des hernies discales (1). [100]

La Tunisie Médicale, an. 41, n° 6, Juin 1953. — **V. Corcos.** Tétanos du nouveau-né; guérison (1). — **Demirleau, Jahan, Caruana** et **Renauld.** Éventration diaphragmatique gauche congénitale chez un nourrisson de 6 semaines; prothèse de nylon (2). — **Demirleau** et **Hagage.** Problèmes thérapeutiques posés par l'ulcère duodénal (3). [102]

Maroc Médical (Casablanca), an. 32, n° 337, Juin 1953. — **J. Mialaret.** Le traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux (1). — **J. Sterne.** Le rétro-pneumopéritoine; technique; diagnostic des tumeurs abdominales (2). — **Boucheron** et **Gorsse.** Points de technique dans la chirurgie du cancer du rectum (3). — **Botreau Roussel, Pagès** et **Gourioud.** Ablation d'une tumeur cérébrale; tuberculome; au cours d'une grossesse (4). — **Massebœuf, Oger, Mas** et **Acquaviva.** Kyste hydatique profond de l'orbite; orbitotomie latérale (5). — **Bertrand, Coiquaud** et **Faure.** Méga-œsophage traité par opération de Heller élargie par voie thoracique (6). — **Bru, Boucheron** et **Martin.** Un cas d'atrésie fibro-musculaire de l'antre prépylorique (7).

Allemagne.

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 78, n° 27-28, 3 Juillet 1953. — **G. Bornmann** et **A. Lœser.** Réflexions sur l'hormonothérapie du cancer prostatique (1). [103]

N° 29-30, 17 Juillet. — **G. Schubert.** Points de vue modernes du traitement du cancer du col utérin (2). — **F. Reischauer.** La production de la dégénérescence du disque intervertébral (3).

N° 31-32, 31 Juillet. — **A. Gutgemann, G. Karcher** et **A. Hommelsheim.** L'indication de la splénectomie (4). — **M. Metzger** et **Spier.** Ulcère de jambe et perméabilité vasculaire à l'albumine (5).

Deutsches Medizinisches Journal (Berlin), an. 4, fasc. 14, 15 Juillet 1953. — **H. Kalk.** Valeur de la laparoscopie et de la ponction hépatique dans la pratique des maladies du foie (1). **A. Moll.** Clinique et diagnostic du cancer du poumon (2). — **L. Ritter.** Le problème du cancer gastrique depuis 25 ans (3). — **H. W. Friedrich.** Sélection des malades chirurgicaux en vue de la prophylaxie des thromboses (4). — **H. Seliger.** Mécanisme d'action des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse et du cortex surrénal dans les tumeurs malignes (5). [104]

Münchener Medizinische Wochenschrift, an. 95, n° 28, 10 Juillet. **O. Gœtle** et **F. Stelzner.** Traitement moderne du cancer du gros intestin (1). [105]

N° 29, 17 Juillet. — **O. Bayer, Boden** et **Derra.** Les résultats du traitement chirurgical dans 55 cas de sténose mitrale (2).

N° 30, 24 Juillet. — **O. Bayer, E. Boden** et **E. Derra.** Résultats du traitement chirurgical de 55 cas de sténose mitrale (3).

Medizinische Monatschrift (Stuttgart), an. 7, fasc. 7, Juillet 1953. — **Th. Lüdecke.** La valeur des pommades pour les plaies, spécialement en ce qui concerne le « Provulnolan » (1). — **C. W. Simon.** Hématomyélie spontanée au niveau de la colonne cervicale (2). [106]

Autriche.

Wiener Medizinische Wochenschrift an. 103, n° 27, 4 Juillet 1953. — **E. Seifert.** Nous avons besoin d'une séparation plus précise entre hémorroïdes externes et internes (1). [107]

N° 28, 11 Juillet. — **B. Kovacevic** et **M. Kretic.** L'ostéomyélite non spécifique de l'enfance (2). — **K. Weithaler** et **H. Wiedemann.** Le relaxant musculaire « Lysthenon » en gastroscopie (3). — **O. Sinani.** Appendicite aiguë phlegmoneuse et en même temps invagination de l'intestin grêle (4).

N° 29-30, 18 Juillet. — **F. Endler.** Le pronostic et les résultats curateurs du cancer mammaire à la 1re Clinique Chirurgicale de l'Université à Vienne (5). — **R. Stöger.** Sur le problème Basdeow et cancer (6).

[108] **Wiener klinische Wochenschrift**, an. 65, n° 27, 3 Juillet 1953. — **R. Külhmayer.** Sur la c o cystite et la cholé-lithiase dans l'enfance (1).
N° 28, 10 Juillet. — **W. Swoboda.** L'abdomen aigu chez les enfants (2). — **L. Chris** Traitement efficace du tétanos grave par administration intra-veineuse de l'antitoxine de la novocaïne et du bicarbonate de soude (3).
N° 29, 17 Juillet. — **P. Deutike.** Le symposium européen sur la tuberculose uro-gén à Francfort/Mein (4).
N° 30, 24 Juillet. — **E. Rappert.** Recherches expérimentales sur une thérapeutique de l bolie graisseuse (5). — **F. Leibetseder.** Péritonite biliaire, complication de la ponction foie (6). — **F. Kaindl.** Infusion à demeure intra-artérielle dans les troubles de la circ tion (7). — **H. Bruck.** La plastie de Thiersch dans les blessures du bout des doigts
31, 31 Juillet. — **Salem, Wewalka et Wurnig.** Traumatismes du foie (9).

[109] **Klinische Medizin** (Vienne), an. 8, fasc. 7, 1er Juillet 1953. — **G. Salem.** Réparation sans su de pertes de substance artérielles au moyen de greffes veineuses conservées (1).

Belgique.

[110] **Le Scalpel** (Bruxelles), an. 106, n° 28, 11 Juillet 1953. — **A. Arianoff.** De l'utilité de la ra manométrie des voies biliaires (1).

[111] **Bruxelles Medical** an. 33, n° 27, 5 Juillet 1953. — **S. A. Gueukdjian.** L'hémostase biologi en chirurgie; son application en neuro-chirurgie (1).
N° 28, 12 Juillet. — **R. Palmer.** Résultats du traitement chirurgical des obturati tubaires (2).

Espagne.

[112] **Gaceta Medica Espanola** (Madrid), an. 27, n° 7, Juillet 1953. — **J. Lœper.** Méthodes nouve d'exploration clinique de la rate et de la circulation portale (1).

[113] **Medicina Espanola** (Valence), an. 16, n° 170, Juin 1953. — **S. Martinez Gomez.** Commenta clinique sur 2 cas probables de phlegmon de l'orbite (1). — **R. Baguena Candela.** L'a n'est plus un risque chirurgical (2). — **L. Abad Colomer.** L'occlusion du col vésical (

[114] **Actualidad Medica** (Grenade) an. 29, n° 343, Juillet 1953. — **M. Sanchez Ruiz** et **M. Gonzal Rodriguez.** Orientation nouvelle du traitement médical de l'ulcus gastro-duodénal (1).

Finlande.

[115] **Annales Medicinæ Internæ Fenniæ** (Helsinki), vol. 42, fasc. 3, 1953. — **Hartiala, Lehtinen Siurala.** Sur la présence dans l'ulcère gastrique et duodénal de hautes valeurs d'érythrocyt et d'hémoglobine (1). — **Siurala** et **Veikko Takka.** L'ulcère gastrique et duodénal chez malades de l'hôpital de la prison centrale de Helsinki (2).

Grande-Bretagne.

[116] **The Lancet** (Londres), vol. 265, n° 6775, 4 Juillet 1953. — **N. J. Blockey.** La suspension la crête iliaque dans le traitement des escarres sacrées (1).
N° 6776, 11 Juillet. — **J. Dark** et **P. Jewsbury.** Les résultats du début de la résection po tuberculose pulmonaire (2).
N° 6777, 18 Juillet. — **A. M. Boyd, Catchpole, Jepsen** et **Rose.** La ligature des troncs v neux dans le traitement des séquelles de la phlébite (3). — **H. M. Leather.** Médiastini syphilitique (4).
6778, 25 Juillet. — **W. A. Mc Elmoyle.** Deux nouveaux clamps pour gastrectomie (

[117] **British Medical Journal** Londres), n° 4826, 4 Juillet 1953. — **T. Fenwick.** La sténose hyp trophique familiale du pylore (1). — **S. T. Anning.** La thrombose veineuse du post-partu et l'ulcère de jambe (2).
N° 4827, 11 Juillet. — **G. L. Bunton.** L'appendicite dans l'enfance et la premiè enfance (3). — **J. W. P. Gummer** et **G. N. Ranking.** Rupture traumatique retardée de l'i testin (4).
N° 4828, 18 Juillet. — **D. C. Deuchar** et **A. Venner.** La pression sanguine au cours du ma sage cardiaque chez l'homme (5). — **R. S. Savidge** et **D. M. Davies.** Actinomycose géné lisée avec atteinte possible du cœur (6).
N° 4829, 25 Juillet. — **H. I. Rees.** Kystes infectés de l'ouraque (7). — **K. Sicher.** Thyroïd linguale (8).

[118] **Proceeding of the Royal Society of Medicine** (Londres), vol. 46, n° 7, Juillet 1953. — [*Lary gologie*]. **Collins.** Sur le traitement des blessures du nez et de la mâchoire supérieure : discu sion (1). — **R. S. Lewis.** Le traitement des métastases cervicales du cancer du larynx discussion (2). — [*Radiologie*]. **E. R. Cullinan.** La sclérodermie (Discussion) (3). — **Ken Harper.** Les manifestations radiologiques de la sclérose systématique diffuse; scléroderm discussion (4). — [*Urologie*]. **Mitchell** et **Andrews.** Aspects cliniques et pathologie de l'ob truction du col vésical (5). — **M. Caine.** La destinée du col de la vessie et de la loge pr tatique après prostatectomie (6). — **Th. Moore.** L'obstruction du col de la vessie chez femme (7).

Hollande.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Amsterdam), an. 97, n° 27, 4 Juillet 1953. — **M. E. Kulsdom.** L'ostéoporose de la ménopause (1). [119]
[*Sociétés*]. **Mermans.** Pectus excavatum (2).
N° 28, 11 Juillet. — **C. L. A. Grove.** Méthode d'élimination paracystoscopique de calculs urétéraux bas situés (3). — **W. Beukema** et **F. Schwarz.** Liomes par suites des injections d'insuline (4).
N° 30, 25 Juillet. — **P. J. Kooreman.** Torsion du testicule (5).

Italie.

Il Policlinico [Sezione Pratica] (Rome), vol. 60, n° 26, 29 Juin 1953. — **P. Rocca-Russo.** Tumeur bénigne de la vésicule biliaire déterminant l'occlusion du cystique (1). [120]

Recenti Progressi in Medicina (Rome), vol. 14, n° 6, Juin 1953. — **R. Fontaine.** Considérations sur la thrombose veineuse (1). — **C. Bartorelli** et **A. Zanchetti.** Substances hypertensives et pathogénèse de l'hypertension artérielle humaine et expérimentale (2). — **A. Loizzi.** Le syndrome de l'occlusion artérielle aiguë des membres (3). [121]

La Riforme Medica (Naples), an. 67, n° 27, 4 Juillet 1953. — **G. Perrotti.** Pneumo-bronchotomie à plèvre libre pour corps étranger retenu dans une bronche segmentaire (1). [122]
N° 30, 25 Juillet. — **Reggiani.** Neuro-chirurgie d'un cas d'arachnoïdite spinale fibro-adhésive de la queue de cheval (2). — **E. Sanseverino.** La cytologie exfoliative dans le diagnostic des néoplasies vésicales (3).

Il Progresso Medico (Naples), vol. 9, n° 13, 15 Juillet 1953. — **D. Furbetta** et **Ceracchini.** Syndrome carentiel complexe chez les gastrectomisés (1). — **E. Lodigiani.** L'importance de la cocarboxylase pour abaisser l'hyperpyruvicémie chez les fracturés (2). [123]

Rassegna Internationale de Clinica e Terapia (Naples), vol. 33, n° 11, 15 Juin 1953. — **M. Masturzo.** Des tumeurs de l'amygdale pharyngienne (1). — **F. Buonomo La Rossa.** L'anesthésie thérapeutique (2). [124]
N° 12, 30 Juin. — **N. Dioguardi.** Contribution expérimentale à l'étude de l'éponge de gélatine (3).

Gazzetta Medica Italiana (Milan), an. 112, n° 6, Juin 1953. — **R. Klinger** et **P. Dalle Coste.** Sur un cas exceptionnel d'endartérite diabétique des membres, juvénile et très précoce; succès thérapeutique exceptionnel (1). [125]

Minerva Medica (Turin), an. 44, n° 51, 27 Juin. — **G. Gallo** et **S. Montorsi.** Étude pharmacologique et clinique de l'urogastrone (1). [126]

Giornale della Accademia di Medicina di Torino, an. 115, n^os 1 à 6, Janvier-Juin 1952. — **Biancalana.** Les exérèses pulmonaires dans la tuberculose (1). — **Bellion** et **Sommo.** Diagnostic et traitement des kystes dermoïdes du médiastin antérieur (2). — **Palomba.** Fentes cliniques pré- et post-opératoires d'un cas de sténose congénitale de l'isthme de l'aorte (3). [127]
N^os 7 à 12, Juillet-Décembre. — **L. Campi** et **S. Abeatici.** L'exploration dynamique de la circulation spléno-portale par la portographie en série (4). — **M. Robecchi.** Importance de l'étude anatomo-radiologique de l'uretère pelvien (5).

La Clinica (Bologne), an. 14, n° 3, 1953. — **G. Rollo.** Importance du signe de Homans et du signe de Hauer pour le diagnostic précoce de la maladie thrombo-embolique (1). — **R. Scoccianti.** Interventions sur rein unique (2). — **R. Antonini** et **F. Marinoni.** Sur l'association cirrhose hépatique-ulcération gastro-duodénale (3). — **C. Fanticini** et **L. Colla.** Splénomégalie fibro-congestive géante avec singulière luxation contro-latérale du rein (4). — **M. de Franchis.** Méga-œsophage et carcinome (5). [128]

Il Friuli Medico (Udine), vol. 8, fasc. 3, Mai-Juin 1953. — **L. Cojazzi** et **R. Comoratto.** L'actualité de la voie transnasale dans la chirurgie de l'hypophyse (1). — **C. Saggioro.** Sur un cas de diverticule de Meckel (2). — **G. Grandis.** Sur le granulome éosinophile de l'os temporal (3). — **G. Pagnini.** Abcès cérébral frontal rhinogène; guérison (4). — **M. Zennaro, I. De Zan** et **F. Pascoli.** Le comportement endocrinien des surrénales dans la maladie post-opératoire (5). [129]

Irlande.

The Irish Journal of Medical Science (Dublin), an. 51, n° 331, Juillet 1953. — **G. B. Lucas.** Arrêt cardiaque (1). [130]

Portugal.

Clinica Contemporanea (Lisbonne), vol. 7, n° 2, Juin 1953. — **F. Malaquias.** Péritonéoscopie (1). — **I. de Noronha.** Mélanomes (2). — **M. Andrade.** Rectorragies (3). [131]

Gazeta Medica Portuguesa (Lisbonne), vol. 6, n° 2, Avril-Juin 1953. — **S. Levy.** De l'indication opératoire dans les obstructions aiguës de l'intestin grêle (1). — **R. Briquet.** Pancréatite aiguë et grossesse (2). [132]

États scandinaves.

[133] **Nordisk Medicin** (Stockholm), vol. **50**, n° 28, 9 Juillet. — **L. Kreyberg.** Diagnostic précoce du cancer mammaire (1). — **J. E. Laage-Hellman.** Tumeurs parotidiennes et leur traitement (2). — **E. A. Mylius.** Tumeurs des glandes salivaires (3). — **G. Thorsrud.** Rapport entre le type histologique et l'évolution clinique des neurinomes (4). — **S. Rennaes** et **L. Holan.** Le cancer du sein dans ses relations avec l'âge, avec le mariage et avec la maternité (5). — **O. Dahl.** Traitement de l'induration plastique du pénis (6).
N° 29, 16 Juillet. — **A. Sundal.** Malformations congénitales (7).

[134] **Acta Societatis Medicorum Upsaliensis** vol. **58**, n° 5-6, 1er Juillet 1953. — **D. E. Holmdahl.** Concepts récents de la morphophysiologie articulaire (1).
[*Supplementum* 2], 13 Mai 1953. — **B. H. Persson.** Études sur le tissu connectif. Substance fondamentale (2).

Suisse.

[135] **Revue Médicale de la Suisse Romande** (Lausanne), t. **73**, n° 7, Juillet 1953. — **G. R. Bahrami.** Les manifestations aiguës purement abdominales des affections chirurgicales des reins (1). — **Ed. Juillard.** Le pseudo-hermaphrodisme féminin (2). — [*Sociétés*]. **J. L. Clerc.** Utilisation pratique des frottis vaginaux colorés selon Papanicolaou dans le diagnostic de la fonction ovarienne et des cancers génitaux (3).

[136] **Schweizerische Medizinische Wochenschrift** (Bale), an. **83**, n° 27, 4 Juillet 1953. — **Ch. P. Bailey** et **J. Jakob Schlegel.** Le traitement chirurgical des altérations de la valvule mitrale (1).
N° 28, 11 Juillet. — **H. U. Stössel.** Importance clinique de la pharmaco-radiographie; avec morphine notamment, dans la pathologie de l'estomac et du duodénum (2).
N° 29, 18 Juillet. — **C. Usteri, Matter** et **Koller.** Expérimentation du traitement par la thrombine de l'hémorragie gastrique aiguë (3). — **W. Wenz.** Tumeur bénigne du testicule avec gynécomastie unilatérale et hypertonie (4).

Tchécoslovaquie.

[137] **Casopis Lekaru Ceskych** (Prague), an. **92**, n° 29, 17 Juillet 1953. — **M. Vejvoda.** Méthode auxiliaire pour la détermination des dysplasies de la hanche chez les enfants (1).

[138] **Lekarske Listy** (Brno), vol. **8**, n° 13, 1er Juillet 1953. — **A. Miladek.** La ressuscitation du cœur (1). — **J. Pospisilik.** Une complication rare après la prostatectomie sus-pubienne (2). — **F. Pesek.** La rachianesthésie à la procaïne (3). — **J. Metelka.** Fistule duodéno-colique persistante par perforation de l'ulcère peptique de la partie inférieure du duodénum (4). — **Z. Wasserbauer.** La prévention des inflammations du sein (5). — **J. Sadek** et **J. Schneider.** La fixation du rein ectopique par filet de silon (6).
N° 14, 15 Juillet. — **B. Zapletal.** La duplicité tubulaire du côlon chez un garçon de 17 ans guérie par l'opération (7). — **V. Hamr.** Contribution à l'étiopathogénèse de l'hypertension et des ulcères gastriques (8). — **L. Brázda.** Les troubles après gastrectomie et la technique de l'opération (9). — **E. Tománek.** La mortalité post-traumatique dans l'enfance (10).

Yougoslavie.

[139] **Archives Serbes de Médecine** (Beograd), an. **81**, n° 5, Mai 1953. — **M. Mitrovic.** La chirurgie du cancer du segment supérieur du tractus digestif (1). — **S. Jovanovic.** Canal naso-frontal (2). — **T. Litricin.** Le traitement des kystes hydatiques non compliqués du poumon par l'énucléation (3). — **S. Petrov.** Un cas d'ostéochondrite déformante chronique bilatérale du fémur, au stade terminal (4). — **M. Pulnik** et **S. Cirié.** Kystes hydatiques dans la vésicule biliaire (5). — **M. Popovic.** Rupture spontanée asymptomatique de l'aorte (6).

Canada.

[140] **Union Médicale du Canada** (Montréal), t. **82**, n° 7, Juillet 1953. — **J. Prévost** et **L. Decarie.** Les tumeurs du médiastin (1). — **P. Brodeur** et **S. Lauze.** Sur quelques cas inopérables de cancer de l'œsophage traités par rœntgenthérapie au cours des années 1951-1952 (2). — **L. Lamoureux, R. Létienne** et **J. Phaneuf.** Sur l'anesthésie en rapport avec la chirurgie pulmonaire (3).

[141] **Laval Medical** (Québec), vol. **18**, n° 6, Juin 1953. — **L. Coulonval.** et **A. Bédard.** Prostatectomie rétro-pubienne (1).

[142] **The Canadian Medical Association Journal** (Toronto), vol. **69**, n° 1, Juillet 1953. — **A. M. Davidson.** La chirurgie de guerre actuelle (1). — **J. W. Thomas, H. E. Taylor** et **W. J. O'Donnell.** Thrombophlébite migrante (2). — **H. H. Hepburn.** Disque intervertébral et syndrome de sciatique (3). — **G. W. Milton.** Cancer secondaire de la rate (4). — **P. S. Rutherford** et **J. A. Berkeley.** Gastrite phlegmoneuse après cortisone (5).

États-Unis.

New York State Journal of Medicine vol. 53, n° 13, 1er Juillet 1953. — **Th. C. Case.** Utilisation de la peau et d'un réseau de tantale dans la cure herniaire (1). — **M. M. Black** et **F. D. Speer.** La variabilité biologique du cancer du sein dans ses relations avec le diagnostic et avec la thérapie (2). — **E. J. Grace.** Ostéomyélite chronique simulant une tumeur d'Ewing (3). — **M. E. Klinger** et **J. Levine.** Ostéite ischiale (4). [143]

N° 14, 15 Juillet. — **G. M. Lewis.** Les nævi pigmentés; leurs rapports avec le mélanome malin; leur traitement (5). — **J. H. Siris.** La localisation pré-opératoire des hernies discales et autres lésions comprimant la moelle (6). — **Skinner, G. W. Bolin** et **G. M. Gordon.** Hernie crurale (7). — **M. J. Saltz** et **G. M. Saypol.** La torsion intra-abdominale des appendices épiploïques (8).

The Journal of the American Medical Association (Chicago), vol. 152, n° 9, 27 Juin 1953. — **W. S. Smith** et **R. W. Bailey.** L'effet de la streptomycine sur la tuberculose synoviale du genou (1). — **W. R. Remine, Estes Jr., Dockerty** et **Priestley.** Hémiplégie résultant d'un phéochromocytome (2). — **A. R. Valle** et **W. A. Cloutier.** Syndrome du lobe moyen produit par un corps étranger du tiers moyen de l'œsophage (3). [144]

N° 10, 4 Juillet. — **G. E. Haggart** et **J. W. Copel.** Le diagnostic précoce des tumeurs malignes primitives des os (4). — **G. H. Pratt.** Les anticoagulants et le blocage des nerfs sympathiques dans le traitement des lésions vasculaires (5). — **E. C. Weckesser** et **A. B. Chinn.** Cancer du côlon, complication de la colite ulcéreuse chronique (6).

N° 11, 11 Juillet. — **S. E. Ziffren.** La réduction de la mortalité opératoire chez l'homme très âgé (7). — **M. L. Phelps** et **J. M. Mc Afee.** Les problèmes de l'anesthésie pour les interventions intra-thoraciques (8).

Archives of Internal Medicine (Chicago), vol. 91, n° 6, Juin 1953. — **E. B. Smith, E. E. Wollaeger** et **Sister Mary Victor.** La tolérance au tubage alimentaire naso-gastrique (1). [145]

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital (Baltimore), vol. 92, n° 6, Juin 1953. — **R. H. Follis Jr.** Les altérations du squelette associées à l'hyperthryroïdisme (1). [146]

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic (Rochester), vol. 28, n° 12, 17 Juin 1953. — **J. J. Berens, G. A. Hallenbeck** et **J. C. Cain.** Fistule cholécysto-duodénale avec abcès chronique de la paroi abdominale contenant un calcul biliaire (1). [147]

N° 13, 1er Juillet. — **P. Epperson** et **W. Walters.** Fistules biliaires internes spontanées (2). — **J. E. Carnolo** et **D. C. Dahlin.** Lipome intéressant l'os et simulant une tumeur maligne osseuse (3). — **J. F. Cooney** et **G. S. Baker.** Hématome sous-duremérien consécutif à une opération sur la moelle épinière (4).

Annals of Internal Medicine (Lancaster), vol. 39, n° 1, Juillet 1953. — **Ch. Strang** et **J. N. Walton.** Cancer du corps et de la queue du pancréas (1). — **E. T. Honig, W. Dubilier Jr.** et **I. Steinberg.** Ce que signifie la coudure de l'artère innominée (2). [148]

The Journal of the Louisiana (New Orleans) et **New Orleans Medical and Surgical Journal** vol. 105, n° 5, Mai 1953. — **Michael Smith.** Hernie diaphragmatique à travers le foramen de Bochdalek chez un nouveau-né (1). [149]

N° 6, Juin. — **D. O. Ferris.** Le cancer gastrique (2). — **H. E. Schmitz** et **Ch. J. Smith.** Indications de l'hystérectomie (3).

Mexique.

La Prensa Medica Mexicana (Mexico), an. 18, n° 1, 31 Janvier 1953. — **K. Lichtinger.** Les aspects cliniques du cancer de l'ovaire (1). [150]

N° 2, 28 Février. — **M. Rebolledo Lara.** Le traitement de la colique biliaire (2).

Cuba.

Archivos Medicos de Cuba (La Havane), vol. 4, n° 3, Mai 1953. — **L. Rodriguez Baz.** Syndrome de Meigs produit par un cystadénome multiloculaire pseudo-mucineux de l'ovaire (1). — **R. Febles Molano.** Une amine quaternaire d'ammonium dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal : la Banthine (2). — **A. Barba Inclan.** La cicatrisation des foyers de fracture par les substances ostéogéniques (3). [151]

Revista Medico Quirurgica de Oriente (Santiago de Cuba), vol. 13, n° 1, Mars 1953. — **M. Navarro Roca.** Les formes cliniques de la maladie de Hodgkin (1). — **L. F. Hirzel Pastrana** et **L. F. Hirzel Gonzalez.** Une modification personnelle de l'incision de Rodmann pour la mastectomie totale (2). [152]

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos Aires), vol. 40, n° 25, 19 Juin 1953. — **A. J. Lasala** et **R. Amasqué Dedeu.** Kystes hydatiques du foie; conduite à suivre lorsqu'un canal biliaire est ouvert dans sa cavité; technique de fermeture (1). — **G. H. Dickmann.** Névraglie du trijumeau; neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale; 100 cas (2). — **V. D'Alotto** et **C. Gallastegui,** Hernie de Spigel (3). — **F. R. Pilheu** et **M. Stupenengo.** Sarcomes de l'intestin grêle (4). — **J. S. Garaiso.** Quelques concepts de chirurgie abdominale d'urgence (5). [153]

N° 26, 26 Juin. — **M. Schmunis.** Ostéo-arthropathie dans le cancer du poumon (6). — **J. G. Kuhns.** Traitement de l'ostéo-arthrite du vieillard (7).

[153] N° 27, 3 Juillet. — **G. Albot et J. Toulet.** La cholécystographie de face et de profil en dé
bitus dorsal; méthode Albot-Toulet (8). — **F. A. Medici et E. R. De Moro.** La caver
stomie; le tamponnement chimiothérapique de Maurer (9). — **F. L. Nino, J. Manrique**
J. Antonio de All. Adéno-cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal (10). — **F. Lacal.** L'ex
ration sanglante du testicule pour le diagnostic des néoplasies (11).

[154] **La Semana Medica** (Buenos-Aires), an. 60, n° 26, 25 Juin. — **D. Z. Suares et M. O. Mante**
Varices essentielles. Résultats de la chirurgie (1).
An. 60, t. 103, n° 1, 2 Juillet 1953. — **J. Quiroga.** Les bases d'un nouveau traitement
logique du cancer (2). — **V. R. Barreneche.** Une cause peu fréquente de dysphagie (

Brésil.

[155] **Brasil Medico** (Rio de Janeiro), an. 67, n° 8-9, 21-28 Février 1953. — **R. Ramirez Par**
L. C. Maas et J. L. Gonzalez. Carcinome primitif du foie (1).
N° 10-11, 7-14 Mars. — **M. Burlamaqui Benchimol.** L'embryologie des organes génitau
de la femme (2).

[156] **Arquivos Brasileiros de Medicina** [Contient **Arquivos de Clinica**] (Rio de Janeiro), vol. 2
n°s 3 et 4, Mars-Avril 1953. — **D. Furtado.** Anévrysmes intra-crâniens (1). — **M. de Bennir**
Kamnitzer. La valeur sémiologique de la colpocytologie en obstétrique (2). — **J. Hou**
Le syndrome épaule-main dystrophie sympathique réflexe (3).

[157] **Revista Brasileira de Medicina** (Rio de Janeiro), vol. 10, n° 5, Mai 1953. — **Lopez Ponte**
P. O. Granato et Boavista Nery. La détermination clinique du temps de circulation porte (1

[158] **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia** (Sao Paulo), vol. 65, n° 3, Mars 1953. — **E. Branc**
Ribeiro. L'orientation du traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum (1). — **G. Si**
fert de Paula e Silva. Simplification de l'examen cholécystographique fait pour l'étude d
fonctionnement des voies biliaires extra-hépatiques (2). — **Americo Nasser.** L'abdomen aig
chirurgical (3).

[159] **Revista Paulista de Medicina** (S. Paulo), vol. 42, n° 5, Mai 1953. — **H. Araujo de Campos**
D. E. Cutait, J. F. Pontes, M. L. Tavares de Lima. Jéjunite segmentaire de Crohn (1).

Uruguay.

[160] **Archivos Uruguayos de Medicina, Cirurgia y Especialidades** (Montevideo), t. 41, n° 5-6
Novembre-Décembre 1952. — [*Société*]. **R. G. Capurro et J. L. Michelini.** Duodéno pancréa
tectomie céphalique (1). — **R. A. Belloso.** Absence congénitale de la vésicule biliaire (2
— **Falco Rosa.** Rupture traumatique sous-cutanée de la paroi abdominale (3). — **J. E. Cen**
dan Alfonzo. Thyrotoxicose (4). — **I. Goal Moreno.** Anesthésie et analgésie générale ave
la novocaïne par veinoclise (5). — **N. R. Suiffet.** Fibrome sous-pleural de la paroi thora
cique (6). — **W. Suiffet, R. Musso et R. Peyrallo.** Hernie par glissement de l'hiatus œso
phagien; œsophagite par reflux (7). — **R. Garcia, Capurro et P. V. Pedemonte.** Hydatidos
du fémur : reposition totale d'un fémur (8).

[161] **Anales de la Facultad de Medicine de Montevideo,** vol. 37, n° 7, Juillet-Août 1952. — **R. A. Piag**
gio Blanco, Paseyro, A. Roca Estevez et E. J. Miguel. Tumeur maligne primitive du foie ave
augmentation extraordinaire des mucopolysaccharides du sang; action de l'hyaluroni
dase (1). — **R. A. Piaggio Blanco, J. Dubourdieu et O. F. Grosso.** Sarcome de l'œsophage (2). —
R. A. Piaggio Blanco, J. Dighiero, Canabal, Baldomir, Aguirre, Purcellas et Suzacq. Échino
coccose du ventricule gauche; son profil électro-cardiographique (3). — **A. Piaggo Blanco**
R. Mosera et W. G. Fontes. La fonction respiratoire dans l'échinococcose pulmonaire (4
Vol. 38, n° 1-2, Janvier-Février 1953. — **M. Ferrari et A. Fernandez.** Sur la pathogéni
de la sclérodermie et de la maladie de Raynaud (5). — **R. H. Piaggio Blanco, A. F. Forcad**
et H. Malosetti. L'exploration manométrique du canal rachidien (6). — **O. Tapella.** La chi
rurgie rationnelle des hémorroïdes (7).

Chili.

[162] **Revista Medica de Chile** (Santiago), an. 81, n° 3, Mars 1953. — **R. Barahona.** La maladie thromb
embolique; anatomie pathologique (1). — **R. Armas-Cruz, G. Lobo Parga et M. Davila**
Maladie thrombo-embolique; aspects cliniques (2). — **H. Alessandri, H. Ducci, W. Rœsch**
mann, R. Katz, A. Spœrer et L. Toriello. Maladie thrombo-embolique; traitement (3).
O. Gazmuri, Fuenzalida, Davila et Parrochia. Carcinome du pancréas; étude anatomo-cl
nique de 54 cas (4).

Moyen-Orient.

[163] **Revue Médicale du Moyen Orient** (Beyrouth), an. 10, n° 2, Avril-Juin 1953. — **J. Ciber**
Évolution des méthodes d'exploration et de traitement de la tuberculose rénale (1). —
M. Galland. Le problème de la tuberculose ostéo-articulaire est-il changé ? (2).

Japon.

The Hirosaki Medical Journal (Japon), vol. 4, n° 1, 30 Avril 1953. — **Sugiyama, Arakawa et Ebina.** Ectopie croisée du rein (1). — **Eguchi** et **Otu.** Carcinome papillaire né de l'uretère gauche (2). — **R. Soejima** et **W. Horiuchi.** Chondrome de la partie moyenne du lobe supérieur gauche du poumon (3). — **K. Askizawa, Horiuchi** et **Saito.** L'aortographie translombaire (4). [164]

Chine.

The Chinese Medical Journal (Peking), vol. 71, n° 3, Mai-Juin 1953. — **J. K. Shen, C. Y. Sheng** et **W. T. Wang.** L'éponge d'amidon comme agent d'hémostase (1). — **Y. Liu.** Carcinome primitif du foie. Étude de 19 cas avec autopsie (2). — **Kuo Pang Fou.** Bursite tuberculeuse du genou. Un cas (3). — **Chouse-Chao, J. K. Shen, C. M. Meng, Y. K. Wu** et **C. P. Wu.** Vue d'ensemble préliminaire sur la chirurgie clinique dans la nouvelle Chine (4). [165]

Australie.

The Medical Journal of Australia (Sidney), vol. 40, n° 23, 6 Juin 1953. — **E. A. North** et **R. W. Patterson.** L'immunisation active contre le tétanos (1). — **H. Bulloch.** Méthode de traitement de la sténose traumatique de la voie biliaire commune (2). — **L. I. Burt.** La cholédocho-duodénostomie dans les maladies des canaux biliaires et pancréatiques (3). — **B. L. Jones.** Revue de 48 cas de grossesse ectopique rompue (4). — **T. I. Cope.** Hémorragie vaginale traumatique (5). [166]

N° 24, 13 Juin. — **P. Hagen** et **K. W. Robinson.** Effets de l'hyaluronidase sur l'absorption par le côlon (6).

Afrique du Sud.

South African Medical Journal (Capetown), vol. 27, n° 27, 4 Juillet 1953. — **A. F. W. Davis.** Un cas de vésicule biliaire calcifiée (1). [167]

N° 28, 11 Juillet. — **D. J. Du Plessis.** Ostéomyélite hématogène aiguë (2).

IV. Sociétés.

Académie de Chirurgie 3 *Juin* 1953. — L'anesthésie sous méthonium (**G. Roux** et **J. du Cailar**) (1). — Deux observations de kyste de l'utérus (**J. A. Barrier** et **P. Lataix**) (2). — Rétablissement de la continuité de l'œsophage après résection pour cancer par hétérogreffe veineuse (**G. Roux, E. Nègre** et **G. Martin**) (3). — Des adénites mésentériques de l'enfant (**G. Arnulf**) (4). — La sternotomie transversale, nouvelle voie d'abord des tumeurs médianes du médiastin antérieur (**R. Monod** et **A. Germain**) (5). — Un cas d'enclouage fémoro-tibial (**R. Bernard**) (6). [168]

10 *Juin*. — Les complications chirurgicales de la variole (**A. Hébraud, J. Y. Nicol** et **L. Rannou** [rapport **Menegaux**]) (7). — Diagnostic radiologique et traitement du kyste hydatique du poumon (**Liaras** et **Houël**) [rapport **R. Monod**]) (8). — 512 observations de plaies de l'abdomen en pratique de guerre (**P. Delom**) (9). — Le traitement des fractures diaphysaires de l'humérus et du fémur (**H. Laffitte, P. Suire** et **Ch. Assi**) (10). — Un fibrome calcifié d'apparence madréporique (**Rouhier**) (11). — Plastie en Z (**Morel-Fatio**) (12).

[*Mémoires de l'Académie*, t. 70, n°s 19 et 20, *Juin* 1953.]

Société des Chirurgiens de Paris, 20 *Mars*. — Appendicite à forme de pseudo-cancer recto-sigmoïdien ou péri-sigmoïdite appendiculaire (**F. Masmonteil, Alpérine** et **Quilici**) (1). — Rupture spontanée du grand droit de l'abdomen (**Et. Bernard** et **Diamant-Berger**) (2). [169]

17 *Avril*. — Cystectomie totale pour cancer de la vessie (**Boucheron**) (3). — Colite segmentaire transverse (**Et. Bernard** et **R. Lepront** : discussion) (4). — Occlusion par bride diverticulaire à 82 ans (**L. Diamant-Berger**) (5). — Péritonite herniaire consécutive à une vaginalite aiguë (**St. Kantor**) (6). — Coxarthrie traitée par arthroplastie avec cupule; résultat post-opératoire tardif parfait (**Masmonteil** et **Alpérine**) (7).

[*Bulletins et Mémoires*, t. 43, n° 3-4, *Mars-Avril* 1953.]

Société de Chirurgie de Lyon, 5 *Février* 1953. — Un cas de volumineux cirsoïde cervico-scapulaire avec retentissement cardiaque au début (**L. Gallavardin** [rapport **Bérard**]) (1). — Nouveau cas de crânioplastie par plaque d'or datant de 36 ans (**P. Duran** et **M. Favier** [rapport **G. Simon**]) (2). — Kyste du ménisque externe du genou (**P. Colson**) (3). [170]

12 *Février*. — Au sujet de l'allongement post-traumatique du membre inférieur (**G. Simon** et **Dupont**) (4). — D'un diverticule gastrique juxta cardiaque (**M. Villard** [rapport **J. Francillon**]) (5). — Une observation de maladie des anastomoses intestinales (**P. Santy, Creyssel, Replumaz** et **Pinet**) (6). — Observations d'hépatectomies partielles (**R. Peycelon**) (7). — La nouvelle méthode de Böhler dans le traitement des fractures transversales de jambe (**A. Trillat** et **A. Blanchet**) (8).

19 *Février*. — Sur les branches de division de l'artère hépatique (**Latarjet** et **Cassinelli**) (9) — Sarcome primitif de l'uretère (**Dargent** et **Descotes**) (10). — Néphrectomie partielle pour cancer (**Cibert** et **Gerdil**) (11). — Subluxation du genou, complication des fractures de l'extrémité supérieure du tibia (**A. Trillat** et **Charnay**) (12).

26 *Février*. — Cas extrême de spondylolisthésis (**P. Mallet-Guy**) (13). — Tumeurs de l'angle duodéno-jéjunal (**R. Peycelon, Levrat** et **Bernay**) (14). — 100 fractures spiroïdes

170] de jambes traitées par ostéosynthèse au fil métallique (**Peycelon, Latarjet, Dujol et Viard**) (
— Appareil à injection pour artériographies et aortographies (**Simon et Dupont**) (16).
[*Lyon Chirurgical*, t. 48, n° 5, *Juillet* 1953.]

171] **Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française** [Pa
4 *Mai* 1953. — De la discussion qui a suivi notre communication sur l'hibernation d'
malade atteinte d'éclampsie (**J. Grasset**) (1). — 2 observations de synéchies des par
utérines dont une traitée par homogreffe de l'endomètre (**R. Musset et A. Netter**) (2).
Sur le syndrome de Demons Meigs (**T. R. Kazancigil**) (3).
1er *Juin*. — 2 cas de hernie diaphragmatique congénitale (**M. Baudon** [rapp
Morin]) (4). — L'artériographie rétrograde fémorale en pratique gynécologique; diagno
de grossesses ectopiques (**M. Mayer et J. Chalut**) (5). — L'artériographie fémorale rétrogr
en pratique obstétricale; localisation du placenta (**Mayer et Chalut**) (6).
[*Royale Belge*], 14 *Mars* 1953. — Étude de l'ovaire gauche (**P. Rosa**) (7).
18 *Avril*. — Les élytrocèles (**A. Ameline**) (8). — Aspects particuliers de la chirurgie gy
cologique chez les femmes âgées (**R. Bourg et R. Piton**) (9).
[*Lille*]. La réparation immédiate des fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale (**Delar
et Courtin**) (10). — Du traitement des infections mammaires par la chloromycétine (**Cl. F
ret**) (11).
[*Marseille*], Sur les conséquences obstétricales des fixations utérines (**G. Plasse**) (12).
2 cas d'hématocèle anté-utérine (**G. Plasse, Goirand et Verdet**) (13). — Imperforati
des choanes (**Plasse, Goirand et Verdet**) (14). — Diagnostic du cancer de l'endomètre p
frottis vaginaux (**Bonneau et Martin-Laval**) (15).
[*Strasbourg*], 9 *Mai* 1953. — Phlébite de la paroi abdominale (**J. P. Burger**) (16). —
Tumeur chorio-épithéliomateuse d'apparence primitive au niveau de la paroi vagina
(**L. Wirtz et Orbak**) (17). — Radiothérapie des cancers de l'ovaire; 90 cas (**Gros, Burg
Speeg**) (18). — Intérêts de la radiothérapie dans la mastite puerpérale (**M. Gros et Sigrist**) (19
— Traitement du cancer du col pendant la grossesse (**Keller**) (20). — Sur la déchiru
complète du périnée (**Hollaender et Lindemans**) (21).
[*Bulletin de la Fédération*, t. 5, n° 3, 1953.]

172] **Société Française de Gynécologie**, 16 *Mars* 1953. — Film sur l'hystérectomie totale vagina
(**H. C. Krafft**) (1). — Des récidives de prolapsus génitaux (**Mougenot, Pessereau et Roussil
lon**) (2). — Polyadénomatose hyperfolliculinique (**Herschberg**) (3). — Cancer de l'isthm
à évolution foudroyante après césarienne (**J. E. Marcel, O. Pallud, G. Monin et L. C. Mil
let**) (4).
[*Comptes rendus de la Société*, an. 23, n° 3, *Mors* 1953.]

173] **Société Nationale Française de Gastro-Entérologie**, 9 *Mars* 1953. — Essai de traitement de
gastrites et des ulcères gastro-duodénaux par la réglisse (**R. A. Gutmann et F. Kanoui**) (2)
[*Région Lyonnaise*] L'apport de la cholangiographie médicale dans le diagnostic des dys
tonies (**P. Bernay et Houver**) (2). — Un cas de fistule gastro-colique secondaire à un cance
du transverse (**Muller, Meley et Percot**) (3). — Cirrhose hépatique de type biliaire aprè
gastrectomie (**A. Vachon et E. Lejeune**) (4). — Cirrhose du foie par cholostase au cours d'un
lithiase du cholédoque entraînant depuis 23 ans une gêne de transit cholédocien (**Levrat
Brette et Bonnet**) (5). — Épithélioma langerhansien avec crises d'hypoglycémie sévères
évoluant depuis 7 ans (**Levrat, Brette et Kalb**) (6). — Tuberculose hypertrophique au
niveau d'une ancienne anastomose iléo-colique (**Michaud et Mayer**) (7). — Cancer gastriqu
au stade muqueux : confrontation des données radiologiques et gastroscopiques (**Girard
Fraisse et Badon**) (8). — Un cas d'obstruction mucilagineuse des voies digestives (**Girard
Fraisse et Bonnet**) (9). — Ulcère géant de la petite courbure apparu au cours d'un traite
ment par les œstrogènes de synthèse (**A. Vachon et A. Grivet**) (10).
[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. 42, n° 4, *Avril* 1953].
20 *Avril*. — Antibiotiques et suppuration intra-hépatique camouflée (**J. Caroli, J. Andr
et S. Zervoyannis**) (11). — De la gastrectomie pour ulcère; essai de traitement par la gastro
entérostomie avec résection fundique partielle (**J. Arnous et Gibert**) (12). — L'agitation
symptôme majeur des inondations péritonéales post-opératoires (**M. Champeau e
P. Pineau**) (13)
[*Littoral Méditerranéen*]. Rétrécissement de l'œsophage par caustique; œsophage pré
thoracique; de l'utilisation du côlon droit (**J. Dor, Dalmas et Michotey**) (14). — Des diffé
rents aspects des diverticules de l'œsophage (**Barraya, Miniconi, Arnaud et Michelon**) (15)
— Diagnostic d'une sténose œsophagienne (**Barraya, Barriera et Michelon**) (16). — Su
un cas de néoformation gastrique à point de départ réticulo-histiocytaire (**Monges, Gastaut
Payan et Carcassonne**) (17). — Gastro-duodénite; duodénite ulcéreuse chez deux enfant
de 6 ans (**Ch. de Luna**) (18). — Sur l'hérédité de l'ulcère gastro-duodénal (**J. Vague e
G. Favier**) (19). — Un ictère grave de diagnostic difficile (**J. Baumel, Guibert et E. Fas
sio**) (20). — Maladie polykystique du foie (**Poinso, Monges et Payan**) (21). — Recto
colite hémorragique traitée par colectomie totale (**J. Monges, de Vernejoul et H. Monges**) (22)
— Traitement des fistules anales extra-sphinctériennes par section au fil élastique, rapid
et indolore (**Gondard**) (23).
[*Ibidem*, t. 42, n° 5, *Mai* 1953.]

174] **Société Médicale des Hôpitaux de Paris**, 29 *Mai* 1953. — Érythromégalie et maladie de Ray
naud avec hypertension artérielle; heureux effet de la surrénalectomie (**Creyx, Leng-Lévi
David-Chausse, Serres et Lautier**) (1). — La détection des phéochromocytomes hyper
tensifs par le test de routine à la régitine (**Araza et A. Varroud-Vial**) (2). — Lithiase pan
créatique associée à une tumeur fibro-langerhansienne; pancréatectomie gauche (**L. Leger
R. Dupuy et L. Hartmann**) (3).
[*Bulletins et Mémoires*, an. 69, nos 17 et 18, 1953.]
12 *Juin*. — Lymphogranulomatose maligne duodénale primitive (**R. Dupuy et L. Leger**) (4
[*Ibidem*, nos 19 et 20 *Juin* 1953.]

175] **Société de Pathologie rénale**, 16 *Février* 1953. — La rétention post-opératoire de sodium e
d'eau (**A. G. Lewis et L. P. Lequesne**) (1).
[*Journal d'Urologie Médicale et Chirurgical*, t. 59, n° 5, 1953.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

JUILLET 1953

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès frontal rhinogène, G. Pagnini [129], 4.
— médiastinal, R. Aubaniac [85], 6.
— périnéphrétique, Wharton [45], 5.
— osseux et mal de Pott (3 cas), P. Marique [24], 4.
— pariétal abdominal, Berens [147], 1.
— staphylococcique du foie, Pouyanne [95], 9.
Abdomen aigu, Colombo [9], 11; Nasser [158], 3.
— — (Radio-diagnostic), Wayne Sands [17], 2.
— — chez l'enfant, Swoboda [108], 2.
— — du nourrisson, Gillespie [16], 4.
— (Chirurgie d'urgence), Gareiso [153], 5.
— (États chirurgicaux) par malformation, Solis [26], 2.
— (Manifestations des affections rénales), Bahrami [135], 1.
— (Plaies de guerre), Delom [168], 9.
— (Syndromes aigus), Trivellini [9], 8.
— (Tumeurs); diagnostic, Sterne [102], 2.
— — fréquence et diagnostic chez l'enfant, G. Sansone [31], 4.
— — chirurgie et pronostic chez l'enfant, L. Stropeni [31], 5.
— (Paroi) (Aplasie de la musculature) associée à des malformations urinaires, Sacrez [23], 6.
— — (Fistule biliaire), Berens [147], 1.
— — (Hématome), Hammesfahr [3], 9.
— — (Phlébite), Burger [171], 16.
— — (Plastie au tantale), E. Scavo [10], 3.
— — (Rupture traumatique sous-cutanée), Falco Rosa [160], 3.
Accidents du travail (Lésions traumatiques graves du tendon d'Achille), Ruben A. Cazorla Palacio [22], 17.
— — (Névrite post-sérothérapique), C. L. P. Trüb [4], 1.
Accouchement (Thrombose veineuse secondaire) et ulcère de jambe, S. T. Anning [117], 2.
Acétabulum (Protrusion), Dano [77], 16.
Acide isonicotinique, Coste [68], 2.
— — [Hydrazide], Streptomycine pour mal de Pott avec abcès, P. Marique [24], 4.
— pantothénique, Feltan [3], 21.
Actinomycose généralisée avec atteinte possible du cœur, R. S. Savidge [117], 6.
Actinomycose salivaire, Dechaume [49], 1.
Adénites mésentériques chez l'enfant, Arnulf [168], 4.
Adéno-cancer, Nino [153], 10.
Adéno-carcinome colorectal (Amélioration diagnostique et thérapeutique), Heltborn [11], 7.
Adénome de la prostate, Aubertin [95], 3.
Adénomésentérite aiguë, Loretti [7], 1.
Adrénalectomie bilatérale, Scardino [45], 13.
Age (Il n'est plus un risque chirurgical), Candela [113], 2.
Agitation (Symptôme de l'inondation péritonéale), Champeau [173], 13.
Ammonium (Amine quaternaire), Molano [151], 2.
Amygdale palatine droite (Épithélioma); métastase axillaire gauche, Giraud [72], 8.
— pharyngienne (Tumeurs), Masturzo [124], 1.
Anastomose iléo-colique (Tuberculose hypertrophique), Michaud [173], 7.
— intestinale (Maladie), Santy [170], 6.
— — latérale (Symptômes du cul-de-sac consécutif), Williamson [16], 17.
— œsophagienne bout à bout, Derra [60], 2.
— œso-duodénale, Dieck [3], 1.
— œso-gastrique cervicale, Cavarrubias [22], 29.
— urétéro-intestinale, Baker [45], 9.
Anémie par anse exclue, Pascual [50], 3.
Anesthésie (Agents de sécurité), Schweizer [13], 2.
— (Arythmie cardiaque), Eisaman [13], 3.
— (Emploi des sels d'hexaméthonium), Colombo [9], 18.
— (Statistique), Smanio [21], 1.
— (Vomissements dans l' —), E. Kern [84], 4.
— d'un cardiaque opérée d'urgence (Mort consécutive), Lassner [84], 6.
— en chirurgie pulmonaire, Lamoureux [140], 3.
— pour interventions intra-thoraciques M. L. Phelps [144], 8.
— et analgésie générale par veinocliso novocaïnique, Goal Moreno [160], 5.
— et cybernétique, L. Amiot [84], 3.
— péridurale au Falicain, Keil [3], 15.
— générale (Rôle des antidouloureux), Colombo [9], 13.
— sous méthonium, Roux [168], 1.

Anesthésie potentialisée (Complication fatale); anoxie, KERN [84], 7.
— par protoxyde d'azote (Complications neurologiques graves) chez un enfant, LASSNER [84], 5.
— thérapeutique, LA ROSSA [124], 2.
Anévrysme aortique, DEL POZO [22], 5.
— artério-veineux pulmonaire, J. MURI [62], 2.
— — splénique, H. SIGWART [4], 11.
— cirsoïde cervico-scapulaire, GALLAVARDIN [170], 1.
— intra-crânien, FURTADO [156], 1.
— disséquant aortique dans la grossesse, A. WEIL [42], 15.
— intra-rénal rompu, BAKER [45], 4.
— thoracique, AGOSTONI [55], 1.
— du tronc brachio-céphalique (18 cas), B. B. GAY JR [82], 1.
Angio-endothéliome, HAENISCH [3], 23.
Angiographie cérébrale, P. J. HODES [81], 4.
— rénale, HARVARD [45], 3.
Angio-hépato-spléno-placento-lymphographie, TAGLIAFERRO [78], 2.
Angiome caverneux (Injections sclérosantes), BISSI [73], 3.
— de l'œsophage, DESPONS [95], 10.
Angiopaque, TAGLIAFERRO [78], 2.
Angio-réticulo-endothélio-sarcome, ARCIDIACONO [74], 4.
Angle duodéno-jéjunal (Tumeurs), PEYCELON [170], 14.
Anoxie mortelle dans un cas d'anesthésie potentialisée, KERN [84], 7.
Antagonistes en chimiothérapie anticancéreuse, R. OSTEUX [71], 4.
Antibiotiques et laparo-trachélotomie, C. R. A. GILBERT [42], 1.
— et suppuration hépatique, CAROLI [173], 11.
Anticoagulants dans les lésions vasculaires, G. H. PRATT [144], 5.
Antre gastrique (Atrésie non cancéreuse), RAMSEYER [80], 12.
— pré-pylorique (Atrésie fibro-musculaire), BRU [102], 7.
Anus (Fistules extra-sphinctériennes); section élastique, GONDARD [173], 23.
Aorte (Anévrysme disséquant mortel) au 7e mois d'une grossesse; césarienne post-mortem et délivrance d'un prématuré vivant, A. WEIL [42], 15.
— (Cathétérisme artériographique) en pathologie rénale, H. MULLER [5], 2.
— (Rupture spontanée) asymptomatique, POPOVIC [139], 6.
— [Carrefour] (Embolies), SAUTOT [1], 6.
— [Crosse] à droite, CANDARDJIS [80], 5,
— [Isthme] (Locus minoris resistentiae), AGOSTONI [55], 1.
— — (Sténose congénitale), PALOMBA [127], 3.
— ascendante (Chirurgie expérimentale), BIOCCA [61], 2.
— thoracique (Anévrysme), AGOSTONI [55], 1.
— — — chirurgie, DEL POZO [22], 5.
— — (Greffes artérielles conservées) et croissance, NYHUS [17], 12.
— — (Pertes de substance); greffes artérielles, SCHMITZ [17], 3.
Aortographie (Appareil à injection), SIMON [170], 16.
— transcarotidienne, SOSSAI [78], 1.
— translombaire, K. ASHIZAWA [164], 4.
Apophysalgie bicipitale, FRANÇOIS [68], 1.
Apoplexie abdominale (Signe d'hémorragie pelvienne), G. A. HAHN [42], 7.
Appareil génital de la femme (Cancer), VAEANGOT [37], 1.
— — — — frottis vaginaux, CLERC [135], 3.
— — — (Embryologie), BENCHIMOL [155], 2.
— — — (Lésions malignes); radiothérapie, RUTHER [38], 3.
Appareil génital de la femme (Prolapsus), MOUGENOT [172], 2.
— — — (Tuberculose), KRAUBIG [38], 2
— — — âgée (Chirurgie), BOURG [171], 9
— urinaire (Lithiase calcique) et hyperparathyroïdie, GÉNOT [43], 1.
— à injection pour artériographies, SIM [170], 16.
Appendice iléo-cæcal (Adéno-cancer), NI [153], 10.
— — géant (2 cas), DARMAILLACQ [95], 3
— — (Tumeurs malignes), J. DRIESSE [71], 9.
Appendices épiploïques (Torsion intra-abdominale), N. J. SALTZ [143], 8.
Appendicite (Forme de pseudo-cancer), MAMONTEIL [169], 1.
— dans l'enfance et la 1re enfance, G. BUNTON [117], 3.
— phlegmoneuse avec invagination, SINA [107], 4.
Arachnoïdite spinale (Neuro-chirurgie), REGIANI [122], 2.
Arrêt cardiaque, G. B. LUCAS [130], 1.
Artère sous-clavière pour greffes aortiques SCHMITZ [17], 3.
— colique moyenne (Rupture) : signe d'hémorragie pelvienne, G. A. HAHN [42],
— fémorale (Artériographie rétrograde MAYER [171], 5; [171], 6.
— — (Embolie bilatérale simultanée), GRINFELD [58], 3.
— hépatique [Branches], LATARJET [170]
— innominée (Coudure), HONIG [148], 2
— mésentérique supérieure (Ligature haute dans les opérations pour carcinome colorectal, SNELLMAN [11], 4.
Artères (Homogreffes), VANDECASTEELE [2] 9.
— (— lyophilisées), F. NATELLIS [6], 5.
— (Pertes de substance); greffes veineuses conservées, G. SALEM [109], 1.
— du membre inférieure (Anatomo-radiographie fœtale), BONDANI [78], 4.
— des membres (Occlusion aiguë), LOIZ [121], 3.
— périphériques (Injections); action vasomotrice, REBOUL [56], 1.
Artériographie (Appareil à injection), SIMO [170], 16.
— par cathétérisme aortique en pathologie rénale, H. MALLER [5], 2.
— des moignons, ABEATICI [8], 10.
— rétrograde, MAYER [171], 5.
— vertébrale, GROS [77], 24.
Artériopathies oblitérantes chroniques, TATONI [8], 2.
Arthrite aiguë coxo-fémorale, BEAU [77], 1
Arthrodèse coxale, ZERBI [27], 5.
Arthroplastie coxale avec cupule, MASMONTEIL [169], 7.
Arthrose douloureuse de la hanche et du genou, F. REICH [4], 10.
— radio-cubitale inférieure (Prothèse acrylique), ROCHER [68], 10.
Arthrosynovite tuberculeuse, CABITZA [30] 7.
Articulation acromio-claviculaire (Luxation LEON [22], 27.
— coxo-fémorale (Arthrite aiguë), BEA [77], 13.
— radio-carpienne (Os accessoire), RÖSS [80], 14.
— sacro-iliaque, DE DONCKER [24], 5.
— temporo-maxillaire (Altérations internes H. K. CHRISTIE [18], 4.
— — (Mouvements); radiologie, ZIMM [77], 4.
Articulations (Altérations post-traumatiques H. E. BILLIG JR [18], 9.
— (Histologie et Physiologie), à l'état normal, J. ARLET [94], 2.
— (Morpho-physiologie), HOLMDAHL [134],
— (Tuberculose), concentration de la stre

tomycine dans son traitement, M. Fellän-der [32], 1.
Atlas (Occipitalisation), D. L. Mc Rae [81], 2.
Attelles de contact pour fractures expérimentales, J. A. Key [15], 17.
Avant-bras (Contracture ischémique de Volkmann), H. W. Meyerding [18], 2.
— (Fractures), Delannoy [2], 4.

B

Banthine (Son action sur la motilité du grêle), J. Nasio [52], 5.
Bassinet (Papillome), Merkel [3], 19.
Bec-de-lièvre, Levignac [46], 2.
Bentyl-thydrochloride (Son action sur le spasme du sphincter d'Oddi provoqué par morphine), Breen Marien [52], 4.
Bile (Sécrétion); action du déhydrocholate d'éthyle, Liaci [7], 5.
Biopsie à l'aiguille du rein, M. Payet [85], 2.
Blessures de guerre, Mercier [46], 3.
— — (Chirurgie actuelle), Davidson [142], 1.
— du nez et de la mâchoire supérieure, Collins [118], 1.
— du tendon d'Achille et rupture, H. Barros Diaz [22], 18.
Blocage végétatif et hibernation en neurochirurgie, F. Pampus [4], 3.
Bouche (Lésions) d'intérêt gastro-entérologique, A. Berger [51], 2.
Bronches (Corps étranger), Perrotti [122], 1.
— (Obstruction congénitale segmentaire) et mucocèle consécutive, B. H. Ramsay [62], 5.
— (Désobstruction) dans les formes compliquées de la primo-infection, P. Giraud [67], 1.
Bronchectasie congénitale, B. H. Ramsay [62], 5.
Brucellose (Localisations vertébrales), de Anquin [35], 5; [35], 6.
Brûlures, Bianco [7], 3; Correa [21], 3; Dieulafé [86], 1.
— (Greffes cutanées), T. Bianco [6], 6.
— (Shock grave), Cordice [17], 7.
— étendues, Ulloa [20], 1.
— œsophagiennes, Burian [47], 2.
— des paupières, R. J. Pritikin [14], 2.
Bursite tuberculeuse du genou, Kuo Pang Fou [165], 3.

C

Cæcum (Diverticulite aiguë), W. Düben [4], 12.
— (Invagination), Gaussen [95], 12.
— (Volvulus), Desforges [13], 20.
Cal osseux (Retard de consolidation), Poglayen [9], 21.
Calcanéum (Fractures); maintien de l'arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne dans leurs séquelles, R. Charny [94], 4.
Calcémie (Pré- et post-opératoire), Gigli [7], 2.
Calcification vésiculaire, Davis [167], 1.
Calculs mous du rein, Godena [44], 5.
Calculose biliaire, Berens [147], 1.
— rénale, Migliardi [44], 1.
— urétérale, Grove [119], 3.
Canal biliaire ouvert dans un kyste hydatique, Lasala [153], 1.
— — gauche (Sténose intra-hépatique), Weiner [13], 21.
— carpien (Syndrome) dans l'élongation du plexus brachial), Géraud [94], 3.
— cholédoque (Atrophie post-opératoire), Hammesfahr [3], 18.
— — (Lithiase); cirrhose par cholostase, Levrat [173], 5.
— cystique (Occlusion), Rocca Russo [120], 1.
— naso-frontal, Jovanovic [139], 2.
Canal omphalo-mésentérique (Cause de volvulus), Frank [89], 2.
— rachidien (Manométrie), Piaggio Blanco [161], 6.
Canaux biliaires (Examen radiomanométrique); statistique de 418 cas, Guy Albot [52], 8.
— — extra-hépatiques (Néoplasmes bénins); cas d'obstruction par kyste, R. O. Lyday [15], 4.
— — et pancréatiques (Maladies), Burt [166], 3.
Cancer (Diagnostic biologique); que faut-il en penser ? J. Driessens [71], 8.
— (Chimiothérapie), Sirtori [73], 1.
— — antagonistes, R. Osteux [71], 4.
— (Radiothérapie), Sarrouy [72], 2.
— (Rareté saharienne), Montpellier [72], 5.
— (Thérapeutique) au Memorial Hospital, Dargent [1], 7.
— (Traitement biologique), Quiroga [154], 2.
— et Basedow, Stöger [107], 6.
— appendiculaire, Nino [153], 10.
— colique, Heltborn [11], 7. Muller [173], 3; E. C. Weckesser [144], 6.
— — gauche, Delannoy [2], 1; Oliveira [21], 5.
— digestif supérieur, Mitrovic [139], 1.
— de la face, W. P. Kleitsch [14], 1.
— gastrique, Fr. Fitzherbert [15], 12; W. Walters [15], 14; F. S. Marshall [15], 15; Mouchet [48], 2; Ritter [104], 3; Ferris [149], 2; Girard [173], 8.
— génital féminin, Varangot [37], 1; Clerc [135], 3.
— hépatique, Ramirez Pane [155], 1.
— intestinal, Gœtze [105], 1.
— laryngé, Aubin [46], 4; R. S. Lewis [118], 2.
— lingual, Duboucher [72], 9.
— mammaire, Harrington [15], 9; Mc Fee [15], 10; J. W. Goode [15], 11; Dhalluin [71], 3; Gil y Gil [80], 7; Magendie [95], 13; Endler [107], 5; Kreyberg [133], 1; Rennaes [133], 5; M. M. Black [143], 2.
— œsophagien, De Bakey [16], 8; Cavarrubias [22], 29; Aubin [46], 5; Buschke [63], 11; Nissen [80], 10; L. Fressinaud Masdeffix [85], 8; de Franchis [128], 5; Brodeur [140], 2; Roux [168], 3.
— ovarien, Fruhling [37], 2; L. J. Golub [42], 6; Lichtinger [150], 1; Gros [171], 18.
— palatin, Perussia [80], 11.
— pancréatique, Strang [148], 1; Gazmuri [162], 4; Levrat [173], 6.
— pharyngo-laryngé, Escat [87], 3.
— primitif du poumon, J. Driessens [71], 10.
— prostatique, Martelli [44], 3; Scardino [45], 13; Barret [68], 4; Aubertin [95], 2; Bornmann [103], 1.
— pulmonaire, Raitio [12], 6; Fr. Fitzherbert [15], 12; Higginson [63], 2; Rathoczy [80], 13; Corajod [83], 1; Auguste [97], 1; Moll [104], 2; Schmunis [153], 6.
— — (Formes osseuses, ostéo-articulaires, ganglionnaires extra-médiastinales), J. Driessens [71], 10.
— rectal, Heltborn [11], 7; Daland [17], 15; Boucheron [102], 3.
— recto-sigmoïdien, Carrapatoso [20], 4.
— rénal, Cibert [170], 11.
— splénique, Milton [142], 4.
— thyroïdien, Mc Corkle [16], 9; Y. Godefrey-Vendeville [71], 6; Coliez [77], 1.
— tubaire, Besserer [38], 4.
— utérin, Ingiulla [9], 2; Turtola [12], 4; Ruther [38], 3; A. Brunschwig [42], 4; Lagrot [72], 1; Fulconis [72], 7; Botella Llusia [77], 5; Gauducheau [77], 19. Schubert [103], 2; Bonneau [171], 15; Keller [171], 20; Marcel [172], 4.
— vertébral, Paschetta [77], 20.

Cancer vésical, Sanseverino [122], 3; Boucheron [169], 3.
Cancéreux (Lobotomie pré-frontale), Dubou-cher [72], 10.
Cancérologie (« Stress » en —), J. A. Schutte [76], 5.
Carcinidie saharienne, Montpellier [72], 5.
Carcinome et sarcome, Schwarz [3], 20.
— (Diffusion) par lymphatiques épiploïques, do Prado Valladares [20], 5.
— bronchogénique, H. J. Mœrsch [62], 1.
— colique, B. Snellman [11], 4.
— duodénal primitif, D. H. Poer [15], 5.
— mammaire, L. Parsons [42], 10.
— œsophagien, J. L. Pool [51], 3.
— papillaire, Eguchi [164], 2.
— primitif du foie, Y. Liu [165], 2.
— rectal, B. Snellman [11], 4.
— utérin diffus, C. Mosetti [40], 1.
Cardiaque opéré d'urgence (Mort sous l'anesthésie), Lassner [84], 6.
Cardiopathies acquises (Ligature veineuse), Decoulx [2], 6.
— congénitales (Chirurgie), Albanese [58], 2.
Carpe (Luxation péri-lunaire), Vetter [3], 27.
— (Radiologie) dans le zona, Fournier [77], 23.
Castration (Indications) dans le cancer du sein, A. Dhalluin [71], 3.
Cathétérisme aortique rétrograde, H. Muller [5], 2.
— cardiaque (Mortalité), Goodwin [59], 3.
— veineux, Krall [60], 9.
Cavernes pulmonaires (Stratigraphie), Porro [78], 6.
Cavernostomie (Tamponnement), Medici [153], 9.
Cavité pelvienne (Hémorragie), G. A. Hahn [42], 7.
Cavités résiduelles de l'échinococcose, Nicolosi [8], 1.
Cavum (Tumeurs malignes), R. Ducrocq [71], 5.
Cerveau (Abcès frontal rhinogène); guérison, G. Pagnini [129], 4.
— (Angiographie); anatomo-physiologie, P. J. Hodes [81], 4.
— (Lésions graves) et fractures spontanées multiples, Schneegans [23], 3.
— (— traumatiques), Brun [86], 3.
— (Malformations vasculaires); électro-encéphalogramme, W. Götze [64], 4.
— (Œdème aigu), Colombo [9], 14.
— (Tuberculome); ablation, Botreau Rousel [102], 4.
Cervicarthrose, Loisance [77], 17.
Cervicite et cancer, Fulconis [72], 7.
Cervico-scapulaire [Anévrysme cirsoïde], Gallavardin [170], 1.
Champ opératoire (Préparation), I. Alessandrini [22], 14.
Chimiothérapie du cancer, Sirtori [73], 1.
— anticancéreuse (Les antagonistes en —), R. Osteux [71], 4.
— palliative, Josserand [91], 1.
Chirurgie (Hémostase biologique en —), S. A. Gueukdjian [111], 1.
— (Transfusion en —), R. Tzanck [84], 2.
— clinique dans la nouvelle Chine (Vue d'ensemble préliminaire), Chou Tse Chao [165], 4.
— de guerre actuelle, Davidson [142], 1.
— orthopédique aux États-Unis, Scagietti [9], 4.
— osseuse (Greffes osseuses animales en —) chez l'homme, J. et R. Judet [24], 2.
— d'urgence (Novocaïne intra-veineuse en —) G. Labra [22], 20.
— — d'une cardiaque (Mort par anesthésie), Lassner [84], 6.
Chirurgien (Hygiène du —), H. Westhues [4], 4.
Chloromycétine pour infections mamm... Foiret [171], 11.
Choanes (Imperforation), Plasse [171]
Cholangiographie (Diagnostic des dyston... Bernay [173], 2.
Cholécystite et cholélithiase, J. E. Su... [52], 7.
— et cholélithiase chez l'enfant, Kühlma... [108], 1.
— aiguë (Chirurgie), Pablos Abril [50]
— — (Nécropsie), Munoz [22], 7.
Cholécystographie, Siffert de Paula e S... [158], 2.
— (Visibilité des voies biliaires), Novel... 32.
— face et profil, Guy Albot [153], 8.
Cholédoco-duodénostomie, Burt [166], 5
Cholélithiase et cholécystite, J. E. Sut... [52], 7.
Cholinestérase-Acétyl-Choline-Ion-bary... dans le mégacôlon congénital, K. Kam... [52], 2.
Chondromes du larynx, Huet [87], 5.
— du lobe supérieur, Sœjima [164], 3.
Chorio-épithéliome vaginal, Wirtz [171],
Cicatrices (Réparation); influence de la m... thionine, de la cystéine et du thioura... E. Acevedo [22], 22.
— douloureuses, Behan [13], 13.
— étendues (Plastie cutanée), Florio [8],
— rétractiles (Plastie cutanée), Bogetti [... 12.
Circulation sanguine (Troubles); infusi... intra-artérielle, Kaindl [108], 7.
— cœlio-corporéale (Fibrillation ventric... laire au cours de la —), A. Senning [1... 6.
— segmentaire (Vélocité); variations, Ta... toni [8], 2.
— porte (Détermination du temps), Lop... Pontes [157], 1.
— — (Exploration), Lœper [112], 1.
— spléno-portale (Portographie), Campi [12... 4.
Cirrhose biliaire après gastrectomie, Vach... [173], 4.
— hépatique et ulcère, Antonini [128],
Clamps pour gastrectomie (2 cas), W. Mc Elmoyle [116], 5.
Clavicule (Tumeur à cellules géantes), Vale... tino [8], 4.
— [Extrémité externe] (Extirpation), Le... [22], 27.
Cléido-crânienne [Dysostose], Zanini [31],
Clou à deux lames, Opazo [22], 2.
Coapteurs de Danis, Delannoy [2], 4.
Cocarboxylase; chez les fracturés, Lo... giconi [123], 2.
Cœur (Actinomycose), R. S. Savidge [11... 6.
— (Arrêt), Stewart [16], 1; Snyder [16], G. B. Lucas [130], 1.
— — pendant l'acte chirurgical, Fr. Gle... [15], 18.
— — au cours de la césarienne, E. E. W. J. Baden [42], 13.
— — voie d'approche sous-cardiaq... Wexler [13], 4.
— (Arythmie) durant l'anesthésie, Eisam... [13], 3.
— (Cathétérisme); mortalité, Goodwin [5... 3.
— (Corps étrangers); projectile, Roche [7... 3.
— (Fibrillation ventriculaire) au cours de... circulation cœlio-corporéale, A. Senni... [11], 6.
— (Hyperexcitabilité); intérêt du diagnos... pré-opératoire, B. Latscha [85], 4.
— (Massage); pression sanguine, D. C. D... cher [117], 5.
— (Opération), prévention contre l'embo... gazeuse, A. Senning [11], 6.
— (Ressuscitation), A. Miladek [138],

Cœur (Retentissement d'anévrysme), GALLAVARDIN [170], 1.
— [Septum atrial] (Orifices); chirurgie, NEPTUNE [63], 5.
— [Ventricule] (Fibrillation), STEWART [16], 1.
— [— gauche] (Échinococcose), PIAGGIO BLANCO [161], 3.
Colectomie totale pour recto-colite hémorragique, MONGES [173], 22.
Colique biliaire, LARA [150], 2.
Colite segmentaire transverse, BERNARD [169], 1.
— ulcéreuse chronique compliquée de cancer, T. C. WECKESSER [144], 6.
Collapsothérapie pulmonaire (Plombage avec éponge de polystène), J. L. HANSEN [11], 2.
Côlon (Absorption); effet de l'hyaluronidase, HAGEN [166], 6.
— (Cancer) par colite ulcéreuse, E. C. WECKESSER [144], 6.
— (Duplicité tubulaire); guérison opératoire chez un jeune homme de 17 ans, B. ZAPLETAL [138], 7.
— (Endométriose); traitement, S. L. GOVERNALE [51], 4.
— (Volvulus); complication de la sprue, I. GLAZER [52], 1.
— [Méga] congénital (Étiologie), CAUGHAN [13], 17.
— — — (Segments spastiques et hypertrophiés), K. KAMIJO [52], 2.
— gauche (Cancer), OLIVEIRA [21], 5.
— — — chirurgie, DELANNOY [2], 1.
— — (Carcinome); opération et ligature de la mésentérique supérieure, B. SNELLMAN [11], 4.
— sigmoïde (Sphacèle) par volvulus, BEHR [22], 28.
— tranverse (Cancer); fistule gastrique, MULLER [173], 3.
Colonne vertébrale (Dysplasie fibreuse), LEDOUX LEBARD [77], 8.
— — (Localisations de la brucellose), DE ANQUIN [35], 5.
— — lombo-sacrée (Greffe), DECOULX [2], 2.
Colo-rectum (Adéno-carcinomes); étude clinique et anatomo-pathologique, HELTBORN [11], 7.
Colostomie médiane (Complications), A. E. LAURENCE [54], 1.
Colpo-cervico-cytologie (Aspects médico-sociaux), M. CARDIA [41], 3.
Colpocytologie (valeur sémiologique), KAMNITZER [156], 2.
Colpo-microscopie, TASSILIO ANTOINE [41], 2.
Commissurotomie aortique, LORZELERE [63], 7.
— buccale pour cancer lingual, DUBOUCHER [72], 9.
Complexe symptomatique variqueux, MITTELBERGER [3], 12.
Conscience en neuro-chirurgie, CHAVANY [90], 1.
Corps calleux (Agénésie) avec malformations concomitantes, E. F. VAN EPPS [81], 3.
— — (Lipome); radio-diagnostic, ANDERSEN [80], 1.
— étrangers bronchiques, PERROTTI [122], 1.
— — de la région cardiaque, ROCHE [70], 3.
— — digestifs, MOREAU [77], 14.
— — intestinaux, ELFVING [12], 1.
— — œsophagien, SICHEL [77], 7; A. R. VALLE [144], 3.
Cortisone, RUTHERFORD [142], 5.
— pour brûlures œsophagiennes, BURIAN [47], 2.
— (Effets sur la sténose urétérale), BAKER [45], 9.
— [Hydro] dans le coude des joueurs de tennis, STEIN [13], 22.
Costo-pleuro-pneumectomie, OUDET [98], 1.
Côtes (Plastie) dans la saillie costale scoliotique, FELIX [60], 6.
Cou (Cancer métastatique), R. S. LEWIS [118], 2.
— (Dissection radicale); rapports entre la pression jugulaire interne et la pression céphalo-rachidienne au cours de l'opération, H. P. ROYSTER [16], 7.
Coude (Fractures), RINALDI [30], 9.
— (Luxation radio-cubito-humérale), SANZ-RAMOS [35], 1.
— (Ossifications para-articulaires), BENEDETTI [30], 8.
— (Ostéochondrite), PALTRINIERI [9], 10.
— (Hémi-résection) pour fracture, AGRIFOLIO [30], 1.
— des joueurs de tennis (Hydro-cortisone), STEIN [13], 22.
Coupes congelées rapides (Coloration), DOCKERTY [17], 16.
Coxalgie [Fausse] chez l'enfant, R. SŒUR [24], 3.
Coxarthrie (Plastie avec cupule), MASMONTEIL [169], 7.
— chez un syphilitique (Radiologie), RŒDERER [68], 11.
Coxite tuberculeuse, BARBERIS [28], 1.
— — (Croissance du membre), TESSAROLO [28], 3.
Crâne (Amincissement et élargissement localisés de la fosse moyenne), A. E. CHILDE [81], 1.
— (Fractures); fréquence chez l'enfant, HANS WERNER PIA [64], 1.
— (Pertes de substance); extériorisation; rémission thérapeutique; comitialité ultérieure et nouvelle rémission thérapeutique, P. COSSA [85], 5.
— [Cavité] (Anévrysmes), FURTADO [156], 1.
Crânio-pharyngiomes (Clinique et chirurgie de 28 cas prouvés), R. H. STEIMLÉ [22], 19.
Crânioplastie par plaque d'or, DURAN [170], 2.
Crête iliaque (Suspension) dans le traitement des escarres sacrées, H. J. BLOCKEY [116], 1.
Cubitus (Résection diaphyso-épiphysaire), ROCHER [68], 10.
Cul-de-sac de Douglas (Hernie vaginale) et élytrocèle, E. LENZI [39], 1.
Curare dans le tétanos, SCHMITT [3], 25.
Curiethérapie utérine (Réactions rectales), GAUDUCHEAU [77], 19.
— vaginale axiale pour cancer, N. NUYTTEN [71], 1.
Cybernétique et anesthésie, L. AMIOT [84], 3.
Cyclopropane anesthésique, EISAMAN [13], 3.
Cystadénome pseudo-mucineux, SHAW [13], 18; RODRIGUEZ [151], 1.
— ovarien primitif, A. SHULMAN [42], 11.
Cystectomie totale pour cancer, BOUCHERON [169], 3.
— — avec lymphogangliectomie, TREVESINI [44], 2.
Cystéine dans la réparation cicatricielle, E. ACEVEDO [22], 22.
Cystographie à la flaque, MACQUET [77], 29.
— vésicale combinée, GANDINI [78], 9.
Cytochrome C, DELLA PENNA [7], 4.
Cyto-diagnostic du cancer tubaire, BESSERER [38], 4.
— extemporané (Possibilités et limites) d'après 1 000 confrontations cyto-histologiques, G. et C. CASTELAIN [85], 7.
— fonctionnel, SCHMITT [38], 1.
Cyto-histologie (Étude statistique du cyto-diagnostic extemporané) de 1 000 cas, G. et C. CASTELAIN [85], 7.
Cytologie exfoliative vésicale, SANSEVERINO [122], 3.

D

Déchirures des paupières, R. J. Pritikin [14], 2.
Décollement épiphysaire obstétrical du tibia, L. Parenzan [24], 6.
Décubitus ventral (Table pour opération en —), L. A. Bœrke [5], 6.
Désarticulation de la hanche, A. Croquevielle [22], 13.
Dextran, Amspacher [16], 3.
Diabète (Arthropathies), Bernard [88], 1.
— (Endartérite), Klinger [125], 1.
Di-iodostéarate d'éthyle (Angiopaque), Tagliaferro [78], 2.
Discographie (Opacifications distales), de Haene [77], 3.
Disque intervertébral et sciatique, Hepburn [142], 3.
— — (Dégénérescence), Reischauer [103], 3.
— — (Hernie), Kostich [100], 1.
— — — localisation pré-opératoire, J. H. Siris [143], 6.
Dispirobézoard, O'Leary [16], 15.
Diverticule de Meckel (un cas), C. Saggioro [129], 2.
— — (Invagination), M. F. Koszalka [52], 6.
Diverticules (Cause d'occlusion), Diamant-Berger [169], 5.
— duodénaux, Zinninger [16], 13.
— gastriques, Villard [170], 5.
— œsophagiens, Barraya [173], 15.
— péricardiques, Toison [77], 30.
— rectaux, Le Goff [77], 10.
Diverticulite et diverticulose, S. A. Linde [18], 5.
— cæcale aiguë, W. Düben [4], 12.
Diverticulose et diverticulites, S. A. Linde [18], 5.
Doigts [Extrémité] (Blessure); plastie, Bruck [108], 8.
Douleur post-opératoire en chirurgie thoracique, Kugel [60], 13.
— — (Lutte contre la), Kugel [60], 13.
— rebelle (Neuro-chirurgie), Gross [13], 9.
Duodénite ulcéreuse, de Luna [173], 18.
Duodéno-colique [Fistule], J. Metelka [138], 4.
— [— bénigne], R. S. Clayton [82], 4.
Duodéno-pancréatectomie, E. de Oliveira [54], 2.
— — céphalique, Capurro [160], 1.
Duodénum (Diverticules), Zinninger [16], 14.
— (Fistule colique maligne), Herzog [80], 9.
— (Lymphogranulomatose maligne), Dupuy [174], 4.
— (Obstruction) par défaut de rotation intestinale, L. W. Ouwerkerk [5], 4.
— — par pancréas annulaire, H. Wilson [15], 6.
— (Pathologie); pharmaco-radiographie, Stössel [136], 2.
— (Ulcère), Demirleau [101], 3.
— [III] (Carcinome primitif), D. H. Poer [15], 5.
— [Partie inférieure] (Ulcère peptique perforé) et fistule, J. Metelka [138], 4.
Dyschondroplasie congénitale (Cas rare), L. Parenzan [24], 7.
Dysmorphisme rachidien congénital, Mariotti [9], 19.
Dysostose cléido-crânienne, Zanini [31], 1.
Dysphagie (Cause rare), Barreneche [154], 3.
Dysplasie de la hanche chez l'enfant, M. Vejvoda [137], 1.
Dystonies biliaires, Bernay [173], 2.
Dystrophie réflexe sympathique, Houli [156], 3.

E

Eau (Rétention post-opératoire), Lewis [175], 1.
Échinococcose cardiaque, Piaggio Bla[nco] [161], 3.
— pulmonaire, Nicolosi [8], 1. Piag[gio] Blanco [161], 4.
— [Pseudo], Voluter [77], 36.
Éclampsie (Hibernation), Grasset [171]..
Électro-cardiographie, Piaggio Blanco [16[1] 3.
Électro-coagulation du col, Berger [37].
— des tumeurs de l'oropharynx, Huet [8[7] 2.
Électro-encéphalogramme dans les mall[a] mations vasculaires du cerveau, W. Gö[t] [64], 4.
Électro-encéphalographie de l'épilepsie tr[au] matique, Lapouille [77], 31.
— dans l'hématome sous-dure-mérien, A. Rodin [66], 1.
Élytrocèle, Ameline [171], 8.
— et hernie vaginale du fond du Dougl[as] E. Lenzi [39], 1.
Embolie aortique, Santot [1], 6.
— artérielle bilatérale simulanée, Grinfeu[n] [58], 3.
— gazeuse (Prévention) dans les opératio[ns] intra-cardiaques, A. Senning [11], 6.
— graisseuse (Expérimentation), Rappe[n] [108], 5.
Embryologie génitale féminine, Benchimo[l] [155], 2.
Emphysème lobaire obstructif. Sloan [63] 6.
Empyème mycotique (Complications de f[is] tules de l'œsophage), J. Smith [62], 3.
Encéphale (Tumeurs chez l'enfant), G. M. Fa[s] siani [31], 6.
Enclouage fémoro-tibial, Bernard [168], 6
Endartérite diabétique, Klinger [125], 1
Endocrinien [Contrôle] des réactions biolo[g] giques, Pellegrini [9], 17.
Endomètre (Cancer); frottis vaginaux, Bon[n] neau [171], 15.
— (Homogreffe), Musset [171], 2.
— (Hyperplasie glandulo-kystique); œstro[g] gènes, A. Duarte [41], 4.
— (Métaplasie à cellules squameuses), Flue[h] man [17], 8.
— (Métastase par implant), Miraglia [73], 2
Endométriose d'une cicatrice d'épisiotomi[e] W. S. Goldfarb [42], 9.
— du côlon, Governale [51], 4.
— ombilicale, J. W. Latcher [42], 5.
Énervation coxale, Bianchi-Maiocchi [27] 7.
Enfance (Mortalité post-traumatique dan[s] l' —), E. Tomanek [138], 10.
Entérite régionale, Maxeiner [16], 18.
— — (Chirurgie), Palumbo [13], 11.
Épaule (Arthrite tuberculeuse); acide nic[o] tinique, Coste [68], 2.
— (Luxation récidante), Nicola [13], 1[4]
— (— rétroglénoïdienne), Vergara [22], 3[4]
Épilepsie post-traumatique, Lapouille [77] 31.
— ultérieure à une perte de substance cr[â] nienne extériorisée et guérie, P. Cossa [85] 5.
Épipharynx (Radiologie), Ghislanzoni [78] 7.
Épiphyse (Décollement obstétrical), Oper[t] [30], 6.
Épisiotomie (Cicatrice d' —) et endométrios[e] W. S. Goldfarb [42], 9.
Épithélioma amygdalien, Giraud [72], 8.
— cutané, Coudert [92], 1.
— folliculaire, Fruhling [37], 2.
— langerhansien, Levrat [173], 6.
— extra-pulmonaire (Évolution), Josseran[d] [91], 1.
Épitrochlée (Fractures), Genovesi [30], 3
Éponge à amidon (Agent d'hémostase J. K. Shen [165], 1.
— de gélatine (Expériences), Dioguard[i] [124], 3.

Épreuve de Busson, Novel [77], 32.
Érythrocytes dans l'ulcère, Hartiala [115], 1.
Érythromégalie et maladie de Raynaud, Creyx [174], 1.
Escarres sacrées (Suspension par la crête iliaque), N. J. Blockey [116], 1.
Espace sous-duremérien (Hématome post-opératoire), Cooney [147], 4.
— péri-néphrétique (Abcès); fistule, Wharton [45], 5.
— sous-pleural (Fibrome), Suiffet [160], 6.
— péri-rénal (Insufflation d'oxygène), J. S. Ritter [18], 6.
Estomac (Angio-endothéliome), Haenisch [3], 23.
— (Cancer), Ferris [149], 2.
— — son problème depuis 25 ans, Ritter [104], 3.
— — stade muqueux, Girard [173], 8.
— — relations avec l'ulcère, S. F. Marshall [15], 15; I. S. Ravdin [15], 16.
— — erreurs évitables de diagnostic et de traitement, Fr. Fitztterbert [15], 12.
— — pourcentage amélioré de 180 % dans la survie post-opératoire, W. Walters [15], 14.
— (Diverticule juxta-cardiaque), Villard [170], 5.
— (Hémorragie aiguë); thrombine, Usteri [136], 3.
— (Lésions du type Crohn); perforation, Pascual [50], 3.
— (Néoformation réticulo-histiocytaire), Monges [173], 17.
— (Néoplasmes); perforation, Mouchet [48], 2.
— (Pancréas aberrant), Sarteschi [9], 12.
— (Pathologie); pharmaco-radiographie, Stössel [136], 2.
— (Phénomène d'Arthus expérimental), J. Duhamel [48], 4.
— (Ptose hypotonique), Lucarelli [9], 9.
— (Résection); atrophie cholédocienne, Hammesfahr [3], 18.
— (— antécolique iso-péristaltiques), F. Guglielmi [6], 4.
— (Sarcome), de Amesti [22], 32.
— — radiologie; 2 cas, Grasser [80], 8.
— (Temps d'évacuation); étude comparée, G. Kenneth Hawkins [52], 3.
— (Ulcère), Geffroy [48], 3.
— — étiopathogénèse, V. Hamr [138], 8.
— — température intra-gastrique, Benjamin [17], 4.
— — relations avec le cancer, S. F. Marshall [15], 15; I. S. Ravdin [15], 16.
— — gastro-entérostomie avec résection fundique, Arnous [173], 12.
— (— expérimental), Acevedo [22], 37.
— — — par occlusion pylorique, Bernasconi [9], 3.
— (— hémorragique), M. F. Koszalka [52], 6.
— [Petite courbure] (Ulcère géant) et œstrogènes, Vachon [173], 10.
— [Paroi] (Pancréas aberrant), R. G. Majer [18], 10.
— (Volvulus), West [13], 19.
Éthyle [Déhydrocholate], Liaci [7], 5.
Éventration diaphragmatique, Demirleau [101], 2.

F

Face (Cancer); excision, W. P. Kleitsch [14], 1.
Falicain pour anesthésie péri-durale, Keil [3], 15.
Fantôme miroir, Conrad [65], 1.
Fécalome rectal, Legoff [77], 10.
Fémoro-tibial [Enclouage], Bernard [168], 6.
Fémur (Fractures diaphysaires), Laffitte [168], 10.
— (Hydatidose), Capurro [160], 8.
— (Ostéochondrite déformante), Petrov [139], 4.
— (Reposition totale), Capurro [160], 8.
— [Col] (Fractures); enclouage, Opazo [22], 2.
— — — vis à traction continue, Coutelier [24], 9.
— — (— spontanées) après radiothérapie, Ruther [38], 3.
Fibrinolyse, Da Rocha [20], 3.
Fibrome calcifié, Rouhier [168], 11.
— sous-pleural, Suiffet [160], 6.
Fibromyome œsophagien, Schink [3], 17.
Fibrose du sphincter d'Oddi, R. B. Cattell [15], 3.
Fistules anales extra-sphinctériennes, Gondard [173], 23.
— biliaires internes spontanées, Epperson [147], 2.
— bilio-bronchiques, Bergareche [50], 5.
— cholécysto-duodénales, Berens [147], 1.
— duodéno-coliques bénignes (Étude clinique et littérature), R. S. Clayton [82], 4.
— — malignes, Herzog [80], 9.
— — persistantes par ulcère perforé, J. Metelka [138], 4.
— gastro-coliques, Muller [173], 3.
— périnéphro-bronchiques, Wharton [45], 5.
— œsophagiennes, J. Smith [62], 3.
— pancréatiques, San Julian [50], 4.
— tuberculeuses, Stagno [30], 2.
— vésico-vaginales (Réparation), Shaw [45], 12.
— — obstétricales (Réparation immédiate), Delarue [171], 10.
Foie (Abcès staphylococcique) avec suppuration sous-phrénique et péritonite subaiguë; guérison chez un nouveau-né, Pouvanne [95], 9.
— (Carcinome primitif), Ramirez Pane [155], 1.
— — — 19 cas avec autopsie, Y. Liu [165], 2.
— (Cirrhose) par cholostase, Levrat [173], 5.
— — associée à l'ulcère, Antonini [128], 3.
— (— biliaire) après gastrectomie, Vachon [173], 4.
— (Hernie diaphragmatique), Pezzani [7], 6.
— (Hydatidose), Figuerosa [22], 33.
— (Kyste hydatique), Bergareche [50], 5.
— — —; 174 cas, Casorzo [22], 30.
— — — avec canal biliaire ouvert, Lasala [153], 1.
— (— — rompu dans les voies biliaires), Bourgeon [1], 4.
— (maladie); laparoscopie, Kalk [104], 1.
— (— polykystique), Poinso [173], 21.
— (Ponction), Kalk [104], 1.
— — péritonite biliaire, Leibetsader [108], 6.
— (Résection massive), J. K. Quattlebaum [15], 2.
— (Suppuration) camouflée par antibiotiques, Caroli [173], 11.
— (Traumatismes), Wewalka [108], 9.
— (Tumeur maligne), Piaggio Blanco [161], 1.
Foramen de Bochdalek (Hernie), Smith [149], 1.
Fosse crânienne moyenne (Amincissement et élargissement), A. E. Childe [81], 1.
— — postérieure (Hématome sous-dural), K. Holub [64], 5.
Fractures, Brizio [9], 6. Saikku [12], 2; Coutelier [24], 9; Perricone [27], 6; Genovesi [30], 3; Rinaldi [30], 9; Musculo [35], 2; Sgrosso [35], 3; Ferre [35], 4; R. Charry [94], 4; Laffitte [168], 10; Trillat [170], 8; [170], 12.

Fractures (Cicatrisation) et substances ostéogéniques, Barba Inclan [151], 3.
— (Enclouage), Ullik [3], 26; Foss Hange [17], 10; Opazo [22], 2.
— (Ostéosynthèse), Delannoy [2], 4; Peycelon [170], 15.
— (— temporaire), Sinigaglia [30], 5.
— (Plaque d'ostéosynthèse) dans l'impaction des fragments, A. Duchêne [24], 10; G. Desenfans [24], 11.
— (Réduction transcutanée), Fiume [27], 8.
— (— non sanglante), Bitossi Coronedi [9], 5.
— (— sanglante), Agrifolio [30], 1.
— (Vissage), Soulier [2], 5.
— « en casse-noix », M. B. Hermel [82], 6.
— supra-condyliennes, H. W. Meyerding [18], 2.
— du crâne, Hans Werner Pia [64], 1.
— expérimentales (Fixation); attelles de contact [type Eggers] et plaques osseuses standard, J. A. Key [15], 17.
— exposées, de Ramon [22], 35.
— spontanées, Ruther [38], 3.
— — multiples associées à des lésions cérébrales graves, Schneegans [23], 3.
Fracturés (Hyperpyruvicémie); cocarboxylase, Lodigiani [123], 2.
Frottis cervico-vaginaux, Varangot [37], 1.
— vaginaux, L. Parsons [42], 10; Clerc [135], 3.
— — dans le cancer de l'endomètre, Bonneau [171], 15.

G

Gaine du grand droit (Hématome spontané), Wappler [3], 8.
— tendineuse (Phlegmon); pénicilline, Lebedowitch [3], 11.
Gangliectomie lombaire, Tattoni [8], 2.
Ganglion lymphatique inguinal contro-latéral (Métastase solitaire) d'un cancer ovarien, A. Shuman [112], 11.
Ganglions axillaires (Métastase d'un épithélioma palatin), Giraud [72], 8.
— lymphatiques (Exérèse) dans les formes compliquées de la primo-infection, P. Giraud [67], 1.
Ganglionurome, Minne [2], 7; Tala [12], 5.
Ganglioplégiques en chirurgie, Rovati [9], 20.
— en neuro-chirurgie, A. Asenjo [22], 15.
Gargoylisme, Rainsford [26], 1; Turpin [87], 6; Bonnenfant [89], 1.
Gastrectomie (Anastomose œso-duodénale), Dieck [3], 1.
— (Clamps nouveaux pour —), W. A. Mc Elmoyle [116], 5.
— (Complications) et technique opératoire, L. Brazda [138], 9.
— pour ulcère, Arnous [173], 12.
— suivie de cirrhose biliaire, Vachon [173], 1.
— conservatrice et vagotomie (Étude comparée), L. W. Edwards [15], 13.
— fundique, L. Leger [85], 1.
— totale (Continuité par segment de grêle), Mouchet [48], 1.
— — élargie, Delannoy [2], 3.
— sub-totale, Gonzalez [22], 11.
Gastrectomisés (Syndrome carentiel), Furbetta [123], 1.
Gastrite (Cas traités par réglisse), Gutmann [173], 1.
— phlegmoneuse après cortisone, Rutherford [142], 5.
Gastro-duodénales [Hémorragies], A. Parentella [6], 3.
Gastro-duodénite, de Luna [173], 18.
Gastro-entérologie (Lésions buccales en —), A. Berger [51], 2.
Gastro-entérostomie avec résection fundique, Arnous [173], 12.
Gastro-iléostomie (Erreur chirurgic... F. de Amesti [22], 23.
Gastro-intestinale [Pseudo-échinococ... Voluter [77], 36.
Gastroscopie (Complications) : pneu... péritoine, R. S. Nelson [52], 9.
Gaz et matières (Rétention post-opérato... Feltan [3], 21.
Gelure expérimentale (Héparine), Le... [17], 9.
Genou (Arthrose douloureuse); neuroto... sensitive, F. Reich [4], 10.
— (Arthrosynovite tuberculeuse), Cabi... [30], 7.
— (Bursite tuberculeuse), Kuo Pang F... [165], 3.
— (Subluxation) dans les fractures tibia... Trillat [170], 12.
— (Ostéo-chondrite disséquante), F. Paris... [24], 8.
— (Tuberculose synoviale); streptomyci... W. S. Smith [144], 1.
— [Ménisque externe] (Kyste), Colsc... [170], 3.
— [Ménisques] (Lésions), Revini [9], ...
Géode scaphoïdienne, Viel [77], 18.
Glande mammaire (Radiographie), Papill... [77], 37.
— parotide (Tumeurs), Laage Hellma... [133], 2.
— — (— à formations perlées), Arcidi... cono [74], 5.
— thyroïde (Abcès tuberculeux), Link [47... 3.
— — (Basedow et cancer), Stöger [107], ...
— — (Biologie), L. de Gennes [85], 3.
— — (Cancer); iode radio-actif, Coliez [77... 1.
— — — dissection médiastinale, Mc Corki... [16], 9.
— — (Fonction de concentration de l'iode)... après iode radio-actif, Lars-Gunnar Lars... son [79], 2.
— — (Infection et réinfection tuberculeuse)... Distefano [8], 9.
— — aberrante cervicale (Cancer), Y. Gode... frey-Vendeville [71], 6.
— — linguale, W. Sicher [117], 8.
Glandes endocrines (Fonctions) au cours d... la maladie opératoire, J. Lassner [84], ...
— salivaires (Lithiase), Pfeifer [3], 24.
— — — par actinomycose, Dechaume [49]... 1.
— — (Tumeurs), Mylius [133], 3.
— surrénales (Comportement endocrinien... dans la maladie post-opératoire, M. Zen... naro [129], 5.
Gliome polymorphe (Classification)... K. J. Zülch [64], 3.
Goitre (Indications), Leprat [90], 2.
— lingual, Brasche [3], 22.
— plongeant, J. M. Suarez Fernandez [76]... 3.
— intra-thoracique, J. M. Suarez Fernan... dez [76], 3.
Granulome éosinophile, G. Grandis [129], ...
— — et fausses coxalgies chez l'enfant... R. Sœur [24], 3.
— médullaire compressif, C. Gama [18], ...
Greffes aortiques congelées, Pate [13], 1.
— — conservées et croissance, Nyhus [17]... 12.
— cutanées pour brûlures, T. Bianco [6], ...
— d'endomètre, Musset [171], 2.
— lombo-sacrées, Decoulx [2], 2.
— osseuses animales en chirurgie humaine... J. et R. Judet [24], 2.
— vasculaires expérimentales, Nyhus [17]... 12.
— veineuses conservées pour pertes de subs... tance artérielle, G. Salens [109], 1.
— [Auto] artérielles, Schmitz [17], 3.
— [Hétéro] veineuses œsophagiennes, Rou... [168], 3.

Greffes [Homo] artérielles, VANDECASTEELE [2], 9.
Grossesse, AGUILERA [22], 39; R. BOURG [69], 1; BOTREAU ROUSSEL [102], 4; DELARUE [171], 10; KELLER [171], 20; HOLLAENDER [171], 21.
— et anévrysme aortique disséquant (Opération césarienne post-mortem) et délivrance, A. WEIL [42], 15.
— et hernie du hiatus avec reflux gastro-œsophagien, H. et A. MONGE [93], 1.
— dans la pancréatite aiguë, R. BRIQUET [132], 2.
— ectopique (Diagnostic artériographique), MAYER [171], 5.
— — rompue, JONES [166], 4.
— dans le ligament large (3 cas récents), S. A. WOLFE [42], 2.
— salpingo-péritonéale à terme, LAMBILLON [77], 6.
Gynécomastie unilatérale, WENZ [136], 4.

H

Hallux valgus, ATLAGIE [22], 26.
Hanche (Arthrodèse) pour luxation congénitale, ZERBI [27], 5.
— (Arthrose douloureuse): neurotomie sensitive, F. REICH [4], 10.
— (Désarticulation), méthode de Boyd, A. CROQUEVIELLE [22], 13.
— (Dysplasie infantile); détermination par méthode auxiliaire, M. VEJVODA [137], 1.
— (Énervation), BIANCHI-MAIOCCHI [27], 7.
— (Luxation congénitale); guérison spontanée, POLI [27], 3.
— — — arthrodèse, ZERBI [27], 5.
— — — transposition du muscle ilio-psoas dans sa réduction, F. LANGENSKIÖLD [32], 2.
— (Prothèse acrylique); résultats, CREYSSEL [1], 5.
Hématémèses, R. TURIN [34], 2.
— récidivantes chez un nourrisson vomisseur dues à un angiome, DESPONS [95], 10.
Hématocèle anté-utérine, PLASSE [171], 13.
Hématomes sous-duraux, K. HOLUB [64], 5.
— sous-dure-mériens, COONEY [147], 4.
— — (Constatations encéphalographiques), E. A. RODIN [66], 1.
— spontanés du grand droit, WAPPLER [3], 8.
— du sterno-cléido-mastoïdien, J. G. JUIF [23], 5.
Hématomyélie cervicale, SIMON [106], 2.
Hémiplégie par phéochromocytome, W. R. REMIRE [144], 2.
Hémo-fibrosarcome rétro-mammaire, MARINELLO [76], 4.
Hémoglobine (Valeur dans l'ulcère), HARTIALA [115], 1.
Hémo-lymphopathies tumorales (Traitement moderne), Z. MARINETTO [76], 2.
Hémolyse du sang conservé, FLEMMING [3], 13.
Hémo-médiastin traumatique, VINCENT [70], 2.
Hémorragies gastriques (Thrombine), USTERI [136], 3.
— gastro-duodénales (Recherches cliniques et statistiques), A. PARENTELLA [6], 3.
— intestinales massives, COSTELLO [16], 12.
— dans les vaisseaux lymphatiques, L. WIRTH [14], 4.
— mortelles par incoagulabilité, DA ROCHA JR [20], 3.
— pelviennes (Signes d' —) : rupture de l'artère colique moyenne et apoplexie abdominale, G. A. HAHN [42], 7.
— vaginales traumatiques, COPE [166], 5.
Hémorroïdes (Chirurgie rationnelle), TAPELLA [161], 7.
— externes et internes (Distinction précise), SEIFERT [107], 1.
Hémostase (Éponge d'amidon pour —), J. K. SHEN [165], 1.
— biologique en chirurgie et son application en neuro-chirurgie, S. A. GUEUKDJIAN [111], 1.
Héparine dans les gelures, LEWIS [17], 9.
Hépatectomie, BONILLA-NAAR [20], 2.
— massive, J. K. QUATTLEBAUM [15], 2.
— partielle, PEYCELON [170], 7.
Hépatico-cholangio-jéjunostomie [Intra], BONILLA NAAR [20], 2.
Hernie (Cure); utilisation de la peau et d'un réseau de tantale, TH. C. CASE [143], 1.
— crurale, SKINNER [143], 7.
— diaphragmatique, PEZZANI [7], 6.
— — par le canal de Bochdalek, SMITH [149], 1.
— — congénitale, BAUDON [171], 4.
— — géante, R. HAMBACH [33], 1.
— discale, KOSTICH [100], 1.
— — (Localisation pré-opératoire) et des autres lésions comprimant la moelle, J. H. SIRIS [143], 6.
— du hiatus œsophagien, SUIFFET [160], 7.
— — — et reflux gastro-œsophagien dans la grossesse, MONGES [93], 1.
— intestinale après perforation utérine, W. A. POTTS [42], 14.
— lombaire, C. D. PINNA [10], 1.
— mésentérico-pariétale, GILES [13], 12.
— de Spiegel, ALOTTO [153], 3.
— vaginale du fond du Douglas, E. LENZI [39], 1.
Hexamethonium en anesthésie, COLOMBO [9], 18.
Hiatus œsophagien (Hernie), SUIFFET [160], 7.
— — — et reflux gastro-œsophagien des femmes grandes, H. et A. MONGE [93], 1.
Hibernation artificielle, P. HUGUENARD [95], 5.
— — chez les grands shockés, H. LABORIT [85], 9.
— — en neuro-chirurgie, F. PAMPUS [4], 3.
— — pour éclampsie, GRASSET [171], 1.
Homogreffes artérielles lyophilisées, F. NATELLIS [6], 5.
Hormone hypophysaire antérieure (Action sur les tumeurs malignes), SELIGER [104], 5.
Hormonothérapie de l'adénome prostatique, AUBERTIN [95], 3.
— prostatique, BORNMANN [103], 1.
Humérus (Fractures supra-condyliennes) compliquées par contracture de Volkmann, H. W. MEYERDING [18], 2.
— (— diaphysaires), LAFFITTE [168], 10.
— varus chez l'adolescent, A. LANGENSKIÖLD [11], 3.
— [Condyle] (Nécrose), BUETTI [80], 4.
— [— externe] (Fractures), SABBIONI [30], 1.
— [Épiphyse infér.] (Décollement complet), OPERTI [30], 6.
— [Extrémité super.] (Fractures); traitement non sanglant, BITOSSI CORONEDI [9], 5.
Hyaluronidase, PIAGGIO BLANCO [161], 1; HAGEN [166], 6.
— Streptomycine, STAGNO [30], 2.
Hydatidose fémorale, CAPURRO [160], 8.
— hépatique, FIGUEROA [22], 33.
Hydatido-tuberculose pulmonaire (Étude), G. FOJANINI [6], 1.
Hydronéphrose par malformation, SALISACHS [25], 1.
Hygiène du chirurgien, H. WESTHUES [4], 4.
Hyperplasie glandulo-kystique, A. DUARTE [41], 4.
Hyperpyruvicémie chez les fractures, LODIGIANI [123], 2.
Hypertension artérielle (Étiopathogénèse), V. HAMR [138], 8.
— — (Néphrectomie), OKULICZ [13], 6.
— — (Phéochromocytome), ARAZA, [174], 2.

Hypertension artérielle (Substances hypertensives), Bartorelli [121], 2.
— — (Surrénalectomie), Creyx [174], 1.
— portale par anévrysme, H. Sigwart [4], 11.
Hyperthyroïdisme (Altérations squelettiques), Föllis [146], 1.
Hypoglycémie par épithélioma langerhansien, Levrat [173], 6.
Hypophyse (Chirurgie); voie trans-nasale, L. Cojazzi [129], 1.
— (Transplantation); indications et technique, Lang [3], 5.
— (Tumeur); phénomène autoscopique, Conrad [65], 1.
— [Lobe antérieur] (Hormones); action sur les tumeurs, Seliger [104], 5.
Hypotension provoquée, Rovati [9], 20; Patury e Souza [20], 6.
Hystérectomie (Étude de 518 cas), [42], 3.
— (Indications), Schmitz [149], 3.
— abdominale totale (Instrument lié à une technique plus simple d' —), Woegelin [42], 8.
— vaginale totale, Krafft [172], 1.
— — — pour cancer, A. Brunschwig [42], 4.
Hystérographie (Accidents), Lantuéjoul [37], 4.

I

Ictère grave (Diagnostic), Baumel [173], 20.
Iléo-jéjunite et jéjunite granulomateuse ulcéreuse chronique, R. H. Marshak [81], 5.
— granulomateuse, Pascual [50], 3.
Iléon (Lipome) rétention cæcale, Babaiantz [80], 2.
— (Lymphoblastome), Wollgast [13], 16.
Iléo-transversostomie dans l'iléus, A. Fessler [4], 5; E. Graupner [4], 6.
Iléus (Iléo-transversostomie dans l' —), A. Fessler [4], 5; E. Graupner [4], 6.
— biliaire, Musatadi [22], 8.
Images de Nylon, Charry [68], 5.
Immunisation antitétanique, Seifert [3], 14; North [166], 1.
Incision subaxillaire pour mastectomie radicale, W. F. Mac Fee [15], 10.
— pour greffe lombo-sacrée, Decoulx [2], 2.
— de Rodmann, Pastrana [152], 2.
Infection mammaire, Foiret [171], 11.
— de la pneumolyse, Hofmann [60], 15.
Infusion intra-artérielle à demeure, Kaindl [108], 7.
Injections intra-artérielles, Reboul [56], 1.
— d'insuline, Beukema [119], 4.
— sclérosantes, Bissi [73], 3.
— intra-spléniques transpariétales, Leger [77], 2.
Insertions musculaires (Mal des —), François [68], 1.
Insuline (Injections); complications, Beukema [119], 4.
Intestin (Anastomose); maladie, Santy [170], 6.
— (— latérale); symptômes du cul-de-sac consécutif, Williamson [16], 17.
— (Cyto-diagnostic); méthode de coloration, Thompson [13], 15.
— (Hernie) après perforation utérine, W. A. Potts [42], 14.
— (Invagination) dans le purpura, Séror [99], 2.
— (Occlusion); localisation du tube de Miller-Abbott, Bartlett [17], 6.
— — par adéno-mésentérite, Loretti [7], 1.
— — par bouchon baryté, Buffard [77], 34.
— — par bride diverticulaire, Diamant-Berger [169], 5.
— (Perforation par corps étrangers), Elfving [12], 1.
— (Pneumatose cystoïde); radio-diagnostic pré-opératoire chez un adulte, S. S. Glydden [82], 2.
Intestin (Radiothérapie) et radio-diagnostic, W. W. Lermann [51], 1.
— (Défaut de rotation) et obstruction duodénale, L. W. Van Ouwerker [5],
— (Rupture traumatique retardée), J. W. P. Gummer [117], 4.
— (Ulcères perforés), Colombo [9], 11.
— (— simples), Colombo [8], 11.
— [Anse exclue] (Anémie), Pascual [50], 3.
— antérieur (Kystes médiastinaux), Kemp [60], 12.
— grêle (Invagination); et appendicite, Sinani [107], 4.
— — (Motilité); action de la banthine, J. Nasio [52], 5.
— — (Obstruction aiguë); indications opératoires, S. Levy [132], 1.
— — (Occlusion); résultats, Bollingei [16], 19.
— — (Plastie œso-duodénale), Mouche [48], 1.
— — (Polypose), Marconi [8], 5.
— — (Résection massive); étude suivie pendant 6 ans, J. K. Berman [53], 1.
— — (— d'urgence), Abalo [22], 25.
— — (Sarcomes), Pilheu [153], 4.
— — (Volvulus), Frank [89], 2.
— [Gros] (Cancer), Gœtze [105], 1.
— — (Résection en 3 temps), Mörl [3], 2.
— supérieur (Hémorragie massive), Costello [16], 12.
Intoxication morphinique (Leucotomie), Pirovano [8], 7.
Invagination cæcale, Gaussen [95], 12.
— iléo-cæco-colique, Babaiantz [80], 2.
— intestinale dans le purpura, Séror [99], 2.
— — et appendicite, Sinani [107], 4.
— tubaire, E. J. de Costa [42], 12.
Iode radio-actif, Larsson [79], 2.
— — pour cancer thyroïdien, Coliez [77], 1.
Iodure de sodium et perméabilité synoviale, de Sèze [68], 9.
Ischémie musculaire localisée, Edwards [17], 13.
Ischion (Ostéite), M. E. Klinger [143], 4.
Isonicotinilhydrazide, Cabitza [30], 7.

J

Jambe (Aplasie musculaire) guérie par tarsectomie, H. L. Rocher [95], 6.
— (Fractures spiroïdes); ostéosynthèse, Peycelon [170], 15.
— (— transversales); méthode de Böhler, Trillat [170], 8.
— (Ulcère) et perméabilité vasculaire, Metzger [103], 5.
— — et thrombose veineuse du post-partum, S. T. Anning [117], 2.
Jéjunite granulomateuse ulcérante chronique, R. H. Marshak [81], 5.
— segmentaire, Araujo de Campos [159], 1.
Jonction œsophago-gastrique normale (Essai de localisation), E. D. Palmer [82], 3.

K

Kyste dermoïde, Russo [74], 6; Bellion [127], 2.
— hydatique hépatique, Bourgeon [1], 4; Casorzo [22], 30; Bergareche [50], 5; Lasala [153], 1.
— — orbitaire, Massebœuf [102], 5.
— — pulmonaire, Cavina [9], 1; Litricin [139], 3; Liaras [168], 8.
— — vésiculaire, Pulnik [139], 5.
— intestinal, Kempf [60], 12.
— du ménisque, Colson [170], 3.
— œsophagien, Totten [63], 4.
— de l'ouraque infecté, H. J. Rees [117], 7.
— pancréatique, Fröhlich [3], 7.
— péricardique, Nöller [3], 6; Varola [8], 6.

Kyste pulmonaire, Cavina [9], 1.
— rénal, Righini [9], 16; Gleize Rambal [77], 25.
— splénique, R. P. Bell [15], 1.
— trachéal, Kempf [60], 12.
— péri-urétéro-pelvien, Hyman [45], 6.
— utérin, Barrier [168], 2.

L

Lambeau cutané pour plastie des cicatrices rétractiles, Bogetti [8], 12.
— — tubulaire, Florio [8], 3.
Langue (Cancer); commissurotomie buccale, Dubouchер [72], 9.
— (Goitre), Brasche [3], 22.
Laparoscopie hépatique, Kalk [104], 1.
Laparo-trachélotomie à l'ère de la thérapeutique antibiotique, C. R. A. Gilbert [42], 1.
Laryngectomie (Voix nouvelle), Alcaydo-Antoine [72], 4.
— totale (Métastases multiples), Aubin [46], 4.
— — élargie, Escat [87], 3.
Laryngocèle, Aubry [46], 1.
— (Radiologie), Aubry [46], 6.
Larynx (Cancer); métastases cervicales, R. S. Lewis [118], 2.
— (Chondromes), Huet [87], 5.
— (Épithéliomas endo-laryngés), Huet [87], 4.
Léiomyome œsophagien, Kenney [63], 9.
Leiomyosarcome, Badosa Gaspar [50], 2.
Leucotomie pré-frontale, Pirovano [8], 7.
Ligament large (Grossesse dans le —), S. A. Wolfe [42], 2.
Ligature veineuse cave, Decoulx [2], 6.
Lipome du corps calleux, Andersen [80], 1.
— iléal, Babaiantz [80], 2.
— osseux, Carnolo [147], 3.
Lithiase cholédocienne, Levrat [173], 5.
— pancréatique, Leger [174], 3.
— rénale, Boudènes [77], 35.
— salivaire, Pfeifer [3], 24; Dechaume [49], 1.
— urinaire et hyperparathyroïdie, Génot [43], 1.
Lobectomie pulmonaire (Ventilation), Ricceri [61], 6.
Lobotomie frontale (Amélioration 3 ans après), D. M. Banen [14], 3.
— préfrontale chez les cancéreux, Dubouchер [72], 10.
Lombalgies discales, Serra [99], 1.
Lumbago chronique (Examen psychologique), L. Roche [70], 1.
Luxation, Vetter [3], 27; Vergara [22], 34; Sanz-Ramos [35], 1; Trillat [170], 12.
— (Réduction sanglante), Leon [22], 27.
— congénitale, Poli [27], 3; Zerbi [27], 5; F. Langenskiöld [32], 2; Perez Fontana [36], 1.
— récidivante, Nicola [13], 14.
Lymphangiome du mésentère, J. Lombardi [22], 21.
Lymphangiosarcome, Rahausen [22], 10.
Lymphatique mammaire interne (Résection) pour cancer, Magendie [95], 13.
Lymphatiques de l'épiploon et diffusion des carcinomes, do Prado Valladares [20], 5.
— du rectum, Fonda [8], 8.
Lymphoblastome folliculaire, Wollgast [13], 16.
— médiastinal, Ph. Thorex [18], 8.
Lymphœdème après mastectomie, Rahausen [22], 10.
Lymphoganglionectomie pelvienne, Trevesini [44], 2.
Lymphogranulomatose maligne, Dupuy [174], 4.
Lysthenon (Relaxant musculaire), Weithaler [107], 3.

M

Mâchoire supérieure (Blessure); traitement; discussion, Collins [118], 1.
Mâchoires (Fractures); enclouage, Ullik [3], 26.
Mains (Préparation opératoire), J. Alessandrini [22], 14.
Mal de Pott (3 cas avec abcès); hydrazide isonicotinique associé à la streptomycine, P. Marique [24], 4.
— — avec abcès médiastinal (Cure chirurgicale chez un enfant), R. Aubaniac [85], 6.
— — (Opération d'Albee), Bahr [22], 6.
Malacoplasie urinaire, Bennett [45], 11.
Malades chirurgicaux (Métabolisme des protéines chez les —), F. E. Revers [5], 1
Maladie des anastomoses intestinales, Santy [170], 6.
— de Basedow et cancer, Stöger [107], 6.
— de Crohn, Pascual [50], 3; Araujo de Campos [159], 1.
— d'Engelmann, Jammes [68], 7.
— gastro-intestinale (Volume sanguin), Ellison [16], 16.
— des griffes de chat, Sommer [3], 4.
— de Hodgkin (Clinique), Navarro Roca [152], 1.
— — vertébrale, de Sèze [68], 6.
— de Hürler, Bonnenfant [89], 1.
— de Jaffe Lichtenstein, Ledoux Lebard [77], 8.
— opératoire (Fonctions endocrines), J. Lassner [84], 1.
— post-opératoire (Comportement endocrinien des surrénales), M. Zennaro [129], 5.
— de Paget du mamelon, Braunbehrens [80], 3.
— — osseuse, Mutin [72], 6.
— de Pellegrini Stieda, M. Achurra [22], 12.
— de Perthes (Résultats), Schuknecht [3], 10.
— de Raynaud, Creyx [174], 1.
— — (Pathogénie), Ferrari [161], 5.
— de Rokitansky, Ludovico Collo [78], 5.
— thrombo-embolique, Barahona [162], 1; Armas-Cruz [162], 2; Alessandri [162], 3.
— de Volkmann, H. W. Meyerding [18], 2; Mastragostino [29], 2.
Malformations congénitales, Solis [26], 2; Sundal [133], 7.
— vasculaires du cerveau, W. Götze [64], 4.
Mamelon (Maladie de Paget); radiothérapie, Braunbehrens [80], 3.
Manométrie du canal rachidien, Piaggio Blanco [161], 6.
— dans l'occlusion, Bartlett [17], 6.
Massage cardiaque et pression sanguine chez l'homme, D. C. Denehar [117], 5.
Mastectomie (Lymphœdème consécutif), Rahausen [22], 10.
— radicale (Incision sub-axillaire pour —), W. F. Mc Fee [15], 10.
— — pour cancer (Survie entre 15 et 40 ans après —), St. W. Harrington [15], 9.
— totale (Incision), Pastrana [152], 2.
Mastite puerpérale (Radiothérapie), Gros [171], 19.
Mastoïdectomie (Perte de l'ouïe), Riccabona [47], 1.
Médiastin (Abcès) dans un mal de Pott, R. Aubaniac [85], 6.
— (Lymphoblastome); chirurgie, Ph. Thorex [18], 8.
— (Stabilisation) après pneumonectomie. J. L. Hansen [11], 2.
— (Tissu conjonctif), W. A. Bax [5], 5.

Médiastin (Tuberculose), Wilhelm [60], 10.
— (Tumeurs), Prévost [140], 1.
— — diagnostic, Depaulis [95], 1.
— [Hémo] traumatique, Vincent [70], 2.
— antérieur (kystes dermoïdes), Bellion [127], 2.
— — (Tumeurs médianes); sternotomie, Monod [168], 5.
— postérieur (Ganglio-neurome), Minne [2], 7.
— supérieur (Dissection), Mc Corkle [16], 9.
Médiastinite syphilitique, H. M. Leather [116], 4.
Mélanoblastomes, Streit [72], 3.
Mélanome, I. de Noronha [131], 2.
— malin et nævi pigmentés, G. M. Lewis [143], 5.
Membre inférieur (Allongement post-traumatique), Simon [170], 4.
— — (Croissance) dans la coxite, Tessarola [28], 3.
— — (Ischémie musculaire localisée), Edwards [17], 13.
— — (Phlébographie), Nolf [96], 1.
— supérieur (Cicatrices étendues; plastie cutanée, Florio [8], 3.
Méningiome, Gros [77], 21.
Méningite tuberculeuse (Chirurgie), Pampus [65], 2.
Méningocèle intra-thoracique, Sears [63], 10.
Ménisque externe (Kyste), Colson [170], 3.
Ménopause (Ostéoporose), Kulsdom [119], 1.
Mésentère (Adénites chez l'enfant), Arnulf [168], 4.
— (Lymphangiome), J. Lombardi [22], 21.
— (Occlusion vasculaire), Mersheimer [16], 5.
Métabolisme protéinique chez les malades chirurgicaux, F. E. Revers [5], 1.
Métaplasie à cellules squameuses, Fluhman [17], 8.
Métastases d'un neuroblastome congénital chez un nourrisson, Kaplan [23], 1.
— des tumeurs malignes, J. Driessens [71], 11.
— cervicales du cancer du larynx (Traitement. Discussion), R. S. Lewis [118], 2.
— lymphatiques inguinales d'un cancer ovarien, A. Shulman [42], 11.
— péritonéales d'un cancer mammaire, L. Parsons [42], 10.
Méthionine dans la réparation cicatricielle, E. Acevedo [22], 22.
Méthode Albot-Toulet, Guy Albot [153], 8.
— de Böhler, Trillat [170], 8.
— colorante pour cyto-diagnostic vaginal, Thompson [13], 15.
— de Maurer, Medici [153], 9.
— de Papanicolaou, Clerc [135], 3.
Méthonium, Roux [168], 1.
Micromélie mono-segmentaire, Mastragostino [29], 2.
Moelle épinière (Granulome compressif) dû à « Schistosoma Mansoni », C. Gama [18], 1.
— — (Lésions compressives); localisation pré-opératoire, J. H. Sirès [143], 6.
— — (Opération) suivie d'hématome sous-dural, Cooney [147], 4.
— — cervicale (Hématomyélite), Simon [106], 2.
Moignons d'amputation (Artériographie), Abeatici [8], 10.
Morphine (Pharmaco-radiographie), Stössel [136], 2.
Mortalité opératoire de l'homme très âgé (Réduction), S. E. Ziffren [144], 7.
Mucocèle pulmonaire par obstruction, B. H. Ramsay [62], 5.
Muqueuse gastrique ectopique et tissu pancréatique, M. J. Koszalka [52], 6.
— — (Prolapsus intra-bulbaire), Granone [78], 8.
Muscle deltoïde (Paralysie), Poli [27], 1
— grand droit de l'abdomen (Rupture spontanée), Bernard [169], 2.
— fiso-iliaque (Transposition) dans la réduction de la luxation congénitale de la hanche, F. Langenskiöld [32], 2.
— sterno-cléido-mastoïdien (Hématome)
— paralysie du phrénique, J. G. Juif [23]
— strié (Contraction); mesure du tonus, Jusz [3], 28.
Muscles (Transplantation), Poli [27], 1.
— du membre inférieur (Ischémie localisée), Edwards [17], 13.
Myasthénie grave (Chirurgie), Sebesten [3], 16.
Myélomes multiples, E. Abignoli [93], 2.
Myomes utérins, Goisis [74], 1.
— du col utérin, Alha [12], 3.
Myotonomètre de Szirmaisch, Bajusz [3],

N

Nævi pigmentés (Rapports avec le mélanome malin); traitement, G. M. Lewis [143],
Nanisme, Lichtwitz [87], 7.
Nécrose aseptique du condyle huméral, Buetti [80], 4.
Néoformation osseuse du vagin, T. M. Caffaratto [40], 2.
— réticulo-histiocytaire gastrique, Mongi [173], 17.
Néoplasies testiculaires, Lacal [153], 11.
Néoplasmes des canaux extra-hépatiques biliaires, R. O. Lyday [15], 4.
— endothoraciques chez le jeune enfant, O. Bulgarelli [31] 2 et 3.
Néphrectomie pour hypertension, Okulic [13], 6.
— partielle pour calculose, Migliardi [44] 1.
— — pour cancer, Cibert [170], 11.
— — pour tuberculose, E. Ljunggren [11] 1.
Néphrostomie du rein restant, Capacci [44] 6.
Nerf facial (Paralysie), Mercier [46], 3.
— occipital (Algie), R. Wanke [4], 8.
— phrénique (Paralysie) avec hématome du sterno-cléido-mastoïdien chez le nouveau-né, J. G. Juif [23], 5.
— trijumeau (Algie), Dickmann [153], 2.
Nerfs (Interplantation en deux temps); étude expérimentale, F. X. Bsteh [64], 2.
— périphériques (Incisions pour leur découverte), Pollard [13], 10.
Neurinomes (Évolution) suivant le type histologique, Thorsrud [133], 4.
Neuroblastome (Découvertes radiologiques), R. S. Sherman [82], 5.
— congénital avec métastase dans le tissu cellulaire, Kaplan [23], 1.
Neuro-chirurgie (Blocage végétatif et hibernation en —), J. Pampus [4], 3.
— (Ganglioplégiques en —), A. Asenjo [22] 15.
— (Hémostase biologique en —), S. A. Gieurdjian [111], 1.
— de la douleur rebelle, Gross [13], 9.
Neurotomie rétro-gassérienne, Dickman [153], 2.
— sensitive dans l'arthrose douloureuse de la hanche et du genou, F. Reich [4], 1
Névralgie occipitale grave (Opération), R. Wanke [4], 8.
— du trijumeau, Dickmann [153], 2.
Névrite brachiale, C. L. P. Trüb [4], 1.
Nez (Blessures) avec blessures de la mâchoire supérieure; traitement et discussion, Collins [118], 1.
Novocaïne intra-veineuse, Goal Moreno [160], 5.
— — en chirurgie d'urgence, G. Labra [22] 20.
Nylon, Charry [68], 5.

O

Obstruction aiguë du grêle, S. Lévy [132], 1.
Obturation tubaire (Chirurgie), R. Palmer [111], 2.
Occipitalisation de l'atlas, D. L. Mc Rae [81], 2.
Occlusion intestinale, Buffard [77], 34.
— — (Intubation), Bartlett [17], 6.
— — (Mécanisme), Loretti [7], 1.
— — diverticulaire, Diamant-Berger [169], 5.
— vasculaire mésentérique, Mersheimer [16], 5.
Œdème cérébral aigu, Colombo [9], 14.
Œsophage (Étude chez l'homme), Conti [61], 3.
— (Anastomose duodénale), Dieck [3], 1.
— (Angiome) avec hématèses récidivantes chez un nourrisson vomisseur, Despons [95], 10.
— (Atrésie congénitale); anastomose bout-à-bout, Derra [60], 2.
— — — opérée le 4e jour et guérie, R. Bernichoux [23], 4.
— (Brûlures); cortisone, Burian [47], 2.
— (Cancer), L. Fressinaud-Masdefeix [85], 8.
— — diagnostic précoce, Nissen [80], 10.
— — métastases osseuses, Aubin [46], 5.
— — cas inopérables; radiothérapie, Brodeur [140], 2.
— — radiothérapie, Buschke [63], 11.
— — résection, Roux [168], 3.
— — résection palliative, de Bakey [16], 8.
— (— double), Cavarrubias [22], 29.
— (Carcinome); diagnostic et traitement, J. L. Pool [51], 3.
— (corps étrangers), Sichel [77], 7.
— (Diverticules), Barraya [173], 15.
— (Fibromyome); résection transthoracique, Schink [3], 17.
— (Fistules) compliquées d'empyème et de perforation, J. Smith [62], 3.
— (Léiomyome), Kenney [63], 9.
— (Léiomyosarcome), Badosa Gaspar [50], 2.
— (Lésions bénignes), Thompson [16], 7.
— (Mouvements), Caminiti [61], 4.
— (Résection); rétablissement de la continuité par greffe veineuse, Roux [168], 3.
— (Rétrécissement congénital) par malformation vasculaire, Krauss [60], 3.
— (Sarcome), Piaggio Blanco [161], 2.
— (Sténose); diagnostic, Barraya [173], 16.
— (— par caustique), Dor [173], 14.
— (Tumeurs bénignes et kystes), Totten [63], 4.
— (Ulcère peptique); radio-diagnostic, Cocchi [80], 6.
— (Vaisseaux), Gloor [60], 14.
— [Méga] (Voie thoracique), Bertrand [102], 6.
— — et cancer, de Franchis [128], 5.
— [Tiers moyen] (Corps étranger) et syndrome du lobe moyen, A. R. Valle [144], 3.
— pré-thoracique par côlon droit, Dor [173], 14.
Œsophagectomie, Cavarrubias [22], 29.
Œsophagite par reflux, Suiffet [160], 7.
Œsophago-aortique [Perforation], J. Smith [62], 3.
Œsophago-gastrique [Jonction normale] (Localisation), E. D. Palmer [82], 3.
Œsophagoplastie intra- ou antéthoracique, Frey [60], 1.
Œsophagotomie externe, Schink [3], 17.
Œstrogènes dans l'hyperplasie glandulo-kystique, A. Duarte [41], 4.
— de synthèse et ulcère gastrique, Vachon [173], 10.
Œstrogénothérapie massive (Dégénérescence ovulaire); test cytologique vaginal, R. Bourg [69], 1.
Olécrâne (Fracture); ostéosynthèse, Sinigaglia [30], 5.
Ombilic (Endométriose), J. W. Latcher [42], 5.
Opération d'Albee, Bahr [22], 6.
— de Beausite pour pied creux talus, R. H. von Maralt [32], 3.
— de Billroth II, Hammesfahr [3], 18.
— de Boyd, A. Croquevielle [22], 13.
— césarienne, Marcel [172], 4.
— — (Arrêt du cœur au cours de l' —). E. G. Baden et W. F. Baden [42], 13.
— extra-péritonéale, C. R. A. Gilbert [42], 1.
— — post-mortem (Prématuré vivant), A. Weil [42], 15.
— de Coffey pour exstrophie, J. Pasqualetti [10], 2.
— de Heller élargie, Bertrand [102], 6.
— de Judet, Creyssel [1], 5.
— de Schanta, A. Brunschwig [42], 4.
Opérations (Arrêt cardiaque au cours des —), Fr. Genn [15], 18.
— (Mesure de la perte de sang), Cole [13], 7.
— (Révolution dans la préparation des mains et du champ opératoire), I. Alessandrini [22], 14.
— chez l'homme très âgé (Mortalité) sa réduction, S. E. Ziffren [144], 7.
— intra-cardiaques (Prévention de l'embolie gazeuse), A. Senning [11], 6.
— en décubitus ventral (Table pour —), L. A. Bœrke [5], 6.
— intra-thoraciques (Anesthésie), M. L. Phelps [144], 8.
Orbite (Kyste hydatique); orbitotomie, Massebœuf [102], 5.
— (Phlegmon), Martinez Gomez [113], 1.
Oro-pharynx (Tumeurs); électro-coagulation. Huet [87], 2.
Os (Altérations post-traumatiques), H. E. Billig Jr [18], 9.
— (Cancer métastatique), Aubin [46], 5; Barret [68], 4.
— (Dysplasie fibreuse), Ledoux Lebard [77], 8.
— (Greffes animales) en chirurgie humaine, J. et R. Judet [24], 2.
— (Lipome), Carnolo [147], 3.
— (Maladie de Paget) et métastase, Mutin [72], 6.
— (Métastases) et maladie de Paget, Mutin [72], 6.
— (Tumeurs malignes primitives); diagnostic précoce, G. E. Haggart [144], 4.
— accessoire radial dorsal bi-partite, Rösli [80], 14.
— coxal (Ostéomyélite), Beau [77], 13.
— cuboïde (Fracture en « casse noix ») par traumatisme indirect, M. B. Hermel [82], 6.
— longs [Diaphyse] (Fractures); enclouage, Foss Hauge [17], 10.
— temporal (Granulome éosinophile), G. Grandis [129], 3.
— zygomatique (Fractures), Brizio [9], 6.
Oscillométrie des affections vasculaires, Westermeyer [22], 31.
Ossification para-articulaire, Benedetti [30], 8.
Ostéite ischiale, M. E. Klinger [143], 4.
Ostéo-arthrite du vieillard, Kuhns [153], 7.
Ostéo-arthropathie dans le cancer pulmonaire, Schmunis [153], 6.
— diabétique, Bernard [88], 1.
— tarsiennes, Lacapère [68], 3.
Ostéo-articulaire [Tuberculose], Galland [163], 2.
Ostéochondrite, Paltrinieri [9], 10.
— déformante, Petrov [139], 4.
— disséquante du genou (Hypothèse de Ribling), F. Parisel [24], 8.
Ostéogénèse costale, Guiotto [29], 1.

Ostéomyélite (État actuel du traitement), X. Romo Diez [19], 1.
— chronique simulant une tumeur d'Ewing, E. J. Grace [143], 3.
— coxale, Beau [77], 13.
— hématogène aiguë, Du Plessis [167], 2.
— non spécifique, Kovacevic [107], 2.
— tuberculeuse, E. Lampe [32], 4.
Ostéopathie hyperostosante et sclérosante, Jammes [68], 7.
— hypertrophiante pneumique (Pathogénie), Josserand [91], 1.
— leucémique, Dotti [29], 5.
Ostéopériostite et leucémie aleucémique, Dotti [29], 5.
Ostéophytose puerpérale, Ludovico Collo [78], 5.
Ostéoporose de la ménopause, Kulsdom [119], 1.
Ostéosynthèse par coapteurs, Delannoy [2], 1.
— au fil métallique, Peycelon [170], 15.
— par plaque de Duchêne, A. Duchêne [24], 10; G. Desenfans [24], 11.
— au plexiglas, Ponzoni [27], 4.
— temporaire, Sinigaglia [30], 5.
Ostium atrio-ventriculaire persistant avec hernie diaphragmatique géante, R. Hambach [33], 1.
Ouïe (Perte) après mastoïdectomie, Riccabona [47], 1.
Ouraque (Kystes infectés), H. J. Rees [117], 7.
Ovaire dans le myome utérin, Goisis [74], 1.
— (Cancer); aspects cliniques, Lichtinger [150], 1.
— — diagnostic, L. J. Golub [42], 6.
— — radiothérapie, Gros [171], 18.
— (Cystadénome), Rodriguez [151], 1.
— (— pseudomucineux), Shaw [13], 18.
— (— primitif) avec métastase solitaire lymphatique, A. Shulman [42], 11.
— (Épithélioma folliculaire), Fruhling [37], 2.
— (Fonctions) et frottis vaginaux, Clerc [135], 3.
— (Kyste dermoïde) dans le recto-sigmoïde, Russo [74], 6.
— (Séminome), Munoz [22], 1.
— (Tumeur de Krukenberg), W. Cirolini [40], 3.
— gauche, Rosa [171], 7.
Oxygène (Consommation) et cytochrome, Della Pena [7], 4.
— (Insufflation péri-rénale), J. S. Ritter [18], 6.
— du sang artériel (Pression partielle), Lindenschmidt [60], 8.

P

Palais (Cancer); radiothérapie, Perussia [80], 11.
— (Division), Levignac [46], 2.
— (Perforation médiane), Chemin [49], 2.
Pancréas (Carcinome); 54 cas, Gazmuri [162], 4.
— (Épithélioma langerhansien); hypoglycémie, Levrat [173], 6.
— (Fistule), San Julian [50], 4.
— (Kystes), Fröhlich [3], 7.
— (Lithiase et tumeurs fibro-langerhansienne), Leger [174], 3.
— [Corps et queue] (Cancer), Strang [148], 1.
— aberrant, Sarteschi [9], 12.
— — dans la paroi gastrique, R. G. Majer [18], 10.
— annulaire cause d'obstruction duodénale, H. Wilson [15], 6.
— exocrine (Exploration), J. Zerolo [85], 10.
Pancréatectomie gauche, Leger [174], 3.
— totale, I. Honjo [18], 3.
Pancréatite aiguë, Dorsey [16], 6.
— — et grossesse, R. Briquet [132], 2.
Pancréatopathies aigues, Bove [21], 2.
Papillomatose urétérale, Salvetti [44], 4.
Papillome du bassinet rénal, Merkel [3], 9.
Paralysie deltoïdienne, Poli [27], 1.
— faciale, Mercier [46], 3.
— du phrénique chez le nouveau-né, J. G. Juif [23], 5.
Parathyroïdie [Hyper] et lithiase urinaire, Gi[illegible]not [43], 1.
Patella bi-partita, G. Brunelli [24], 1.
— cubiti, Bancale [29], 6.
Paupières (Brûlures) et déchirures, R. J. Pr[illegible]tikin [14], 2.
— (Déchirures) et brûlures, R. J. Pritiki [14], 2.
Peau (Épithéliomas), Coudert [92], 1.
— (Greffes) pour brûlures, E. Bianco [6], 6.
— (Mélanoblastomes malins), Streit [72], 3.
Pectus excavatum, Mermans [119], 2.
Pénicillinothérapie du phlegmon des gaines, Lebedowitch [3], 11.
Pénis (Induration plastique), Dahl [133], 6.
Pentothal-protoxyde, Eisaman [13], 3.
Perforation œsophago-aortique après fistules œsophagiennes avec empyème, J. Smith [62], 3.
Perfringens (Septicémie), Aguilera [22], 39.
Péricarde (Diverticule), Toison [77], 30.
— (Kyste), Nöller [3], 6.
— (— dysembryogénétique), Varola [8], 6.
— (Sarcome), Wrba [57], 1.
Périnée (Déchirure complète), Hollaender [171], 21.
Période post-opératoire (Rétention des gaz et matières), Feltan [3], 21.
— — (Rétention de sodium et d'eau), Lewis [175], 1.
— — des pneumonectomies, Biocca [61], 5.
— pré- et post-opératoire (Potassémie et calcémie), Gigli [7], 2.
Périoste costal (Activité ostéogénique), Giotto [29], 1.
Péritoine (Inondation post-opératoire) signalée par l'agitation, Champeau [173], 13.
— (Malformations congénitales), Solis [26], 2.
— (Tuberculose encapsulante); sténoses en virole, Pélissier [77], 26.
Péritonéoscopie, F. Malaquias [131], 1.
Péritonite sub-aiguë dans un abcès staphylococcique du foie, Pouyanne [95], 9.
— biliaire après ponction, Leibetsader [108], 6.
— herniaire, Kantor [169], 6.
Périurétérite plastique, Vest [45], 7.
Pertes de substance aortiques, Schmitz [17], 3.
— — artérielle, G. Salens [109], 1.
— — crânienne, P. Cossa [85], 5.
Phalanges (Fractures), Perricone [27], 6.
Pharmaco-radiographie gastro-duodénale, Stössel [136], 2.
Pharyngo-Larynx (Cancer); opération en bloc Escat [87], 3.
Phénomène d'Arthus, J. Duhamel [48], 4.
Phéochromocytome, De Courcy [13], 5.
— (Hémiplégie), W. R. Remine [144], 2.
— hypertensif, Araza [174], 2.
Phlébite (Séquelles); ligature des troncs veineux, A. M. Boyd [116], 3.
— (Syndrome post-phlébitique), Westermeyer [58], 1.
— pariétale abdominale, Burger [171], 16.
Phlébographie, Nolf [96], 1.
— portale, Leger [77], 2.
— — (Injection transpariétale), Leger [77], 9.
Phlegmon de la gaine tendineuse, Lebedowitsch [3], 11.
— orbitaire, Martinez Gomez [113], 1.
Pied des footballeurs, Pélissier [77], 27.
— bot paralytique (Arthrodèse sous-astraga-

lienne et médio-tarsienne); procédé de maintien, R. Charry [94], 4.
Pied bot spastique et congénital (Arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne avec procédé de maintien, R. Charry [94], 4.
— — varus congénital double avec aplasie musculaire; guérison par tarsectomie, H. L. Rocher [95], 6.
— — — équin congénital, Fernando Vocos [35], 7.
— creux talus (Opération de Beausite), R. H. Von Muralt [32], 3.
— plat de l'adolescent (Opération), Breitenfelder [4], 9.
— — valgus contracturé, De Marchi [29], 4.
Placebo-Prantal-Banthine pour l'étude comparée du temps d'évacuation gastrique, G. Kenneth Hawkins [52], 3.
Placenta (Localisation) par artériographie fémorale, Mayer [171], 6.
Plaies (Pommade au Provulnolan), Ludecke [106], 1.
— de guerre, Delom [168], 9.
— — (Shock), Amspacher [16], 3.
Plaques osseuses standard pour fixation des fractures expérimentales, J. A. Key [15], 17.
— d'ostéosynthèse et infraction des fragments, A. Duchêne [24], 10; G. Desenfans [24], 11.
Plasmocytome, Hermine [77], 28.
Plastie par filet de silon pour fixation du rein ectopique, J. Sadek [138], 6.
à la gaze d'acier inoxydable (Réactions tissulaires), R. Koontz [15], 8.
— mammaire par la méthode oblique, Hélène Marc [41], 1.
— au tantale (Réactions tissulaires), R. Koontz [15], 8.
— — pour cure herniaire, Th. C. Case [143], 1.
— — — de la paroi abdominale, E. Scavo [10], 3.
— de Thiersch, Bruck [108], 8
— en Z, Morel Fatio [168], 12.
Pleurésie purulente compliquée, Oudet [98], 1.
Plèvre (Épanchement), Shaw [13], 18.
— (Talcage); incident rare, A. Dussert [95], 1.
Plexiglas pour ostéosynthèse, Ponzoni [27], 1.
Plexus brachial (Élongation) avec syndrome du canal carpien, Géraud [94], 3.
— — (Névrite) après sérum antitétanique, C. L. P. Trüb [4], 1.
Plombage pleural au polystan, Denk [60], 4.
Pneumatose cystoïde intestinale, S. A. Glydden [82], 2.
Pneumo-bronchotomie à plèvre libre, Perrotti [122], 1.
Pneumolyse (Infection spécifique), Hofmann [60], 15.
— (Streptokinase, streptodornase) intra-thoraciques, Wörn [60], 16.
— Prothèse. Plastie, Adelberger [60], 11.
Pneumonectomie (Modifications vasculaires intra-hépatiques), Cecchi [61], 7.
(Plombage au polystan), Denk [60], 4.
— (Pneumothorax contro-latéral), Biocca [61], 1.
— (Stabilisation du médiastin avec l'éponge de polystène après —), J. L. Hausen [11], 2.
— pour cancer (Dissection en bloc), Higginson [63], 2.
pour tuberculose (Premiers résultats), J. Dark [116], 2.
— droite pour cancer (Mort 10 heures après —) par défaut de reprise de l'automatisme respiratoire, Corajod [83], 1.
— totale pour tuberculose (Statistique de 350 cas); résultats éloignés, Bérard [67], 3.
Pneumectomisés (Pression artérielle pulmonaire chez les —), Biocca [61], 5.
— (Ventilation pulmonaire chez les —), Ricceri [61], 6.
Pneumopéritoine consécutif à une gastroscopie (Guérison spontanée), R. S. Nelson [52], 9.
— diagnostique (Son importance), W. Lehmacher [4], 7
— thérapeutique (Complications), I. D. Bobrowitz [62], 4.
Pneumothorax spontané, Biocca [61], 1.
Polyadénomatose hyperfolliculinique, Herschberg [172], 3.
Polydystrophie, Bonnenfant [89], 1.
Polypose de l'intestin grêle, Marconi [8], 5.
Polystan pour plombage, Denk [60], 4.
Polystène (Éponge de —) dans la collapsothérapie et la pneumonectomie, J. L. Hausen [11], 2.
Polyvinylpirrolidone, Cardice [17], 7.
Ponction hépatique, Kalk [104], 1.
— — (Accidents), Leibetsader [108], 6.
Portographie en série, Campi [127], 4.
Potassémie pré- et post-opératoire, Gigli [7], 2.
Poumon (Anévrysme artério-veineux), J. Muri [62], 2.
— (Atélectasie); ré-expansion, Webb [16], 10.
— (Cancer), Moll [104], 2.
aspect dysphagique, Auguste [97], 1.
— — métastases pulmonaires, Ratkoczy [80], 13.
— — ostéo-arthropathie, Schmunis [153], 6.
— — erreurs évitables de diagnostic et de traitement, Fitzherbert [15], 12.
— — dissection en bloc, Higginson [63], 2.
— — pneumonectomie et mort par absence de reprise respiratoire, Corajod [83], 1.
— (— bronchogénique), Raitio [12], 6.
— (— primitif); aspects trompeurs : formes osseuses, formes ostéo-articulaires et ganglionnaires, J. I. Driessens [71], 10.
— (Carcinome bronchogénique); importance des types cellulaires, H. J. Mœrsch [62], 1.
— (Cavernes); stratigraphie, Porro [78], 6.
— (Chirurgie); anesthésie, Lamoureux [140], 3.
— (Échinococcose); fonction respiratoire, Piaggio Blanco [161], 4.
cavités résiduelles, Nicolosi [8], 1.
— (Emphysème lobaire obstructif) chez l'enfant, Sloan [63], 6.
— (Exérèse); 42 pièces pour blocs caséeux circonscrits, R. Israël [67], 2.
— (Hydatido-tuberculose), G. Fojanini [6], 1.
— (Kyste calcifié); échinocoque ? Cavina [9], 1.
— (— hydatique); radio-diagnostic, Liaras [168], 8.
— — — énucléation, Litricin [139], 3.
— (Lésions nummulaires), Storey [17], 14.
— (Maladie) pression de l'oxygène artériel, Lindenschmidt [60], 8.
— — et chirurgie, Janes [63], 1.
— (— kystique congénitale); relations avec la bronchectasie, B. H. Ramsay [62], 5.
— (Mucocèle) par obstruction, B. H. Ramsay [62], 5.
— (Ré-expansion) après atélectasie, Webb [16], 10.
— (Résection); streptokinase, streptodornase, Wörn [60], 16.
— (Réticulose histiomonocytaire), Deherripon [96], 2.
— (Staphylococcie) avec ostéomyélite coxale, Beau [77], 13.
— (Thymome sous-pleural), Crane [63], 3.
— — isoniazide, Denst [75], 1.
chirurgie actuelle, Dambrin [86], 2.
— (Tuberculose); thoracoplastie, Bérard [1], 2.

Poumon (Tuberculose); décortication, Zenker [60], 5.
— — exérèse, Biancalana [127], 1.
— — critères cliniques des blocs caséeux circonscrits justifiables de l'exérèse; 42 cas, R. Israël [67], 2.
— — résection; premiers résultats, J. Dark [116], 2.
— — pneumonectomie; résultats éloignés de 350 cas; Bérard [67], 3.
— (Ventilation) après lobectomie, Ricceri [61], 6.
— [Lobe supérieur] (Chondrome), Sœjima [164], 3.
Pression artérielle pulmonaire après pneumonectomie, Biocca [61], 5.
— céphalo-rachidienne dans la dissection radicale du cou, H. P. Royster [15], 7.
— jugulaire interne dans la dissection radicale du cou, H. P. Royster [15], 7.
— sanguine au cours du massage cardiaque chez l'homme, D. C. Deuchar [117], 5.
Procaïne (Rachianesthésie à la —), F. Pesek [138], 2.
Prostate (Adénome); traitement hormonal, Aubertin [95], 3.
— (Cancer); métastase osseuse, Barret [68], 4.
— — traitement actuel, Aubertin [95], 2.
— — hormonothérapie, Bornmann [103], 1.
— — surrénalectomie, Scardino [45], 13.
— (— et tuberculose), Martelli [44], 3.
— (Chirurgie), Rioseco [22], 9.
— [Loge] (Son destin après prostatectomie), M. Caine [118], 6.
Prostatectomie (Destin du col vésical et de la loge prostatique après —), M. Caine [118], 6.
— rétro-pubienne, Coulonval [141], 1.
— sus-pubienne (Complication rare), J. Pospisilik [138], 2.
Prothèse acrylique de hanche, Creyssel [1], 5.
— — radio-cubitale, Rocher [68], 10.
— de nylon, Demirleau [101], 2.
Protoxyde d'azote (Complications neurologiques par —) chez un enfant, Lassner [84], 5.
Provulnolan, Ludecke [106], 1.
Pseudo-hermaphrodisme féminin, Juillard [135], 2.
Psoïtis, Westermeyer [22], 3.
Puberté précoce chez une enfant de 9 mois, P. Verger [95], 8.
— — d'apparence essentielle chez une enfant de 4 ans, Fontan [95], 7.
Pubis (Fractures) après radiothérapie, Ruther [38], 3.
Purpura rhumatoïde (Invagination intestinale), Seror [99], 2.
Pylore (Occlusion par ligature); ulcère gastrique expérimental, Bernasconi [9], 3.
— (Sphincters digestifs), L. J. Affonso di Dio [54], 3.
— (Sténose hypertrophique); signes indirects, Proux [77], 11.
— (— — familiale), T. Fenwick [117], 1.
— (Ulcère du canal pylorique), Moreau [77], 12.
Pyrosis gravidique (Relations avec la hernie du hiatus et le reflux gastro-œsophagien, H. et A. Monges [93], 1.

Q

Queue de cheval (Arachnoïdite); neuro-chirurgie, Reggiani [122], 2.
— — (Compression par granulome), C. Gama [18], 1.
— (Tumeurs), Fineschi [9], 7.

R

Rachianesthésie à la procaïne, F. Pesek [138], 3.
Rachis (Dysmorphisme congénital), Maf [9], 19.
— (Images satellites) dans la scoliose, naggi [28], 2.
— (Tumeurs intra-rachidiennes), Ricar 3.
Radio-diagnostic de l'abdomen aigu, W. Sands [17], 2.
— intestinal, W. W. Lermann [51], 1.
— du kyste hydatique pulmonaire, Li [168], 8.
— pré-opératoire d'une pneumatose toïde, S. A. Glydden [82], 2.
— du sympathoblastome, J. Lefebvre 2.
— de l'ulcère peptique œsophagien, Co [80], 6.
Radiologie du cancer gastrique au st muqueux, Girard [173], 8.
— d'une laryngocèle, Aubry [46], 6.
— du recto-sigmoïde, Spadoni [77], 22.
— de l'uretère pelvien, Robecchi [127].
Radiomanométrie biliaire (418 cas), Albot [52], 8.
— — (Utilité), A. Arianoff [110], 1.
Radiothérapie (Accidents stomatologiq consécutifs), G. Carlier [71], 2.
— (Fractures spontanées), Ruther [38],
— du cancer, Sarrouy [72], 2.
— œsophagien inopérable, Brode [140], 2.
— du cancer ovarien, Gros [171], 18.
— du cancer du palais, Perussia [80],
— intestinale, W. W. Lermann [51], 1.
— de la mastite, Gros [171], 19.
— Radiothérapie pré-opératoire (Doses délais), J. Swynghedauw [71], 7.
— à supervoltage, Buschke [63], 11.
Radius (Apophysalgie bicipitale), Franço [68], 1.
— (Fractures par traction), Saikku [12],
Rate (Cancer secondaire), Milton [142].
— (Exploration clinique), Lœper [112],
— (Kyste uniloculaire géant) à croissan rapide, R. P. Bell [15], 1.
— (Rupture spontanée méconnue), Bastie [2], 8.
— (Torsion), A. Settini [6], 2.
Réactions biologiques (Contrôle endocrinie Pellegrini [9], 17.
Recto-colite hémorragique (Ectomie total Monges [173], 22.
Rectorragies, M. Andrade [131], 3.
Rectosigmoïde (Cancer); chirurgie, Carr patoso [20], 4.
— (Radiologie de profil), Spadoni [77],
— [Paroi] (Kyste dermoïde), Russo [74].
Rectum (Cancer); résultats, Daland [1 15.
— — technique chirurgicale, Boucher [102], 3.
— (Carcinome), opération et ligature de mésentérique supérieure, B. Snellm [11], 4.
— (Connexions lymphatiques), Fonda 8.
— (Diverticule); fécalome, Le Goff [77],
— (Réactions à la curiethérapie utérin Gaudducheau [77], 19.
Reflux gastro-œsophagien et hernie du hiat H. et A. Monges [93], 1.
Réglisse pour ulcères, Gutmann [173], 1.
Rein (Affections chirurgicales); manifes tions abdominales, Bahrami [135], 1.
— (Agénésie), J. Asbun [22], 16.
— (Anévrysme rompu), Baker [45], 4.
— (Angiographie), Harvard [45], 3.
— (Biopsie à l'aiguille), M. Payet [85],
— (Calculs mous), Godena [44], 5.
— (Calculose); néphrectomie partielle, gliardi [44], 1.
— (Cancer); ectomie partielle, Cibert [17 11.
— (Ectopie croisée), Sugiyama [164], 1.

Rein ectopique (Fixation par filet de silon), J. Sadek [138], 6.
— (Formation kystique), Gleize Rambal [77], 25.
— (Kystes polaires), Righini [9], 16.
— (Lésions) dues au thorotrast, Kerschmer [3], 3.
- (Lithiase géante), Boudènes [77], 35.
- (Luxation) par splénomégalie, Fanticini [128], 4.
— (Pathologie); artériographie, H. Muller [5], 2.
— (Physiologie), Wolf [45], 1.
— (Tuberculose); évolution du traitement, Cibert [163], 1.
- — néphrectomie partielle, E. Ljunggren [11], 1.
— (Tumeurs); diagnostic clinique, Burns [45], 2.
— (— extra- et intra-rénales); diagnostic, Vespignani [78], 3.
— unique (Chirurgie), Scoccianti [128], 2.
— [Bassinet] (Papillome), Merkel [3], 19.
— restant (Néphrostomie), Capacci [44], 6.
Relaxant musculaire, Weithaler [107], 3.
Résection gastrique antécolique et isopéristaltique, F. Guglielmi [6], 4.
Ressuscitation du cœur, A. Miladek [138], 1.
Réticulose histio-monocytaire, Deherripon [96], 2.
Rétropneumopéritoine, Sterne [102], 2.
Rhinite vaso-motrice, Eisenstodt [13], 8.
Rhino-pharynx (Tumeurs); voie d'accès transpalatine, Simonetta [87], 1.
Rhinoplastie, Eisenstodt [13], 8.
Rotule (Luxation congénitale), Perez Fontana [36], 1.

S

Sacro-iléite tuberculeuse, Dezza [27], 2.
Sacrum (Escarres); traitement, N. J. Blockey [116], 1.
— (Tumeur à myéloplaxe), de Sèze [68], 8.
Sang (Incoagulabilité) en chirurgie thoracique, Da Rocha [20], 3.
— (Mucopolysaccharides), Piaggio Blanco [161], 1.
— (Perte opératoire); mesure, Cole [13], 7.
— (Volume) chez l'homme normal, Brady [17], 5.
— — dans la maladie gastro-intestinale, Ellison [16], 16.
— conservé (Hémolyse), Flemming [3], 13.
Sarcome et carcinome, Schwarz [3], 10.
- gastrique, de Amesti [22], 32; Grasser [80], 8.
— du grêle, Pilheu [153], 4.
- mammaire, N. Puente Duany [76], 1.
- œsophagien, Piaggio Blanco [161], 2.
— ostéogénique (Étude clinique de 37 cas), C. Sayago [22], 24.
- - péricardique, Wrba [57], 1.
- urétéral, Dargent [170], 10.
- vésiculaire, Gibertini [74], 2.
Scaphoïde carpien (Géode), Viel [77], 18.
« Schistosoma Mansoni », C. Gama [18], 1.
Sciatique discale, Hepburn [142], 3.
Sclérodermie (Discussion), E. R. Cullinan [118], 3; Kemp Hasper [118], 4.
— (Pathogénie), Ferrari [161], 5.
Sclérose diffuse systémique (Radiologie), Kemp Hasper [118], 4.
Scoliose (Images satellites rachidiennes), Prouaggi [28], 2.
— (Plastie costale), Felix [60], 6.
Sein (Cancer); étiologie, Rennaes [133], 5.
— — variété biologique, M. M. Black [143], 2.
— — diagnostic précoce, Kreyberg [133], 1.
— — résultats, Endler [107], 5.
Sein (Cancer); métastases tardives, Gily Gil [80], 7.
— — statistique chirurgicale de sa croissance pendant le traitement de 258 cas, J. W. Goode [15], 11.
— — résection d'une chaîne mammaire interne, Magendie [95], 13.
— — place de la castration, Dhalluin [71], 3.
- — survie éloignée après mastectomie, St W. Harrington [15], 9.
— (Carcinome) avec métastases péritonéales, source de frottis vaginaux positifs, L. Parsons [42], 1.
— (Hémofibro-sarcome), Marinello [76], 1.
— (Infections); chloromycétine, Foiret [171], 11.
- (Inflammations); prévention, Z. Wasserbauer [138], 5.
— (Plastie oblique), Hélène Marc [41], 1.
— (Sarcome), N. Puente Duany [76], 1.
Séminome ovarien, Munoz [22], 1.
Septicémie à perfringens post-abortum, Aguilera [22], 39.
Sérothérapie antitétanique (Accidents); névrite du plexus brachial, C. L. P. Trüb [4], 1.
Shock des brûlures, Cordice [17], 7.
— des plaies de guerre (Dextran), Amspacher [16], 3.
— grave (Hibernation artificielle dans le —), H. Laborit [85], 9.
Sigmoïdite [Péri] appendiculaire, Masmonteil [169], 1.
Signes de Homans et de Hauer, Rollo [128], 1.
Sodium (Rétention post-opératoire), Lewis [175], 1.
Soudures tarsiennes (Radiologie), W. H. Waughan [82], 7.
Sphénoïde (Méningiome), Gros [77], 21.
Sphincter d'Oddi (Fibrose), R. B. Cattell [15], 3.
— (Spasme provoqué); effets de Bentylhydrochloride, Breen Marien [52], 4.
Sphincters du tractus digestif, L. J. Affonso di Dio [54], 3.
Splénectomie (Indications), Gutgemann [103], 4.
Splénomégalie avec luxation rénale, Fanticini [128], 4.
Spondylite brucellosique, de Anquin [35], 6.
Spondylolisthésis (Cas extrême), Mallet-Guy [170], 13.
Sport (Maladies), Pélissier [77], 27.
Sprue (Complications); volvulus colique, I. Glazer [52], 1.
Squelette (Altérations) dans l'hyperthyroïdisme, Follis [146], 1.
Staphylococcie, Beau [77], 13.
Sternotomie transversale, Monod [168], 5.
Sternum (Tumeur), Allamand [22], 38.
Stomatologie (Accidents post-radiothérapiques en —), G. Carlier [71], 2.
Stratigraphie des cavernes pulmonaires, Porro [78], 6.
Streptokinase-Streptodornase après pneumolyse, Wörn [60], 16.
Streptomycine (Concentration) dans le traitement de la tuberculose articulaire, M. Felländer [32], 1.
— pour tuberculose synoviale, W. S. Smith [144], 1.
« Stress » en cancérologie, J. A. Schutte [76], 5.
Substances de contraste iodées (Action vésiculaire), Vanlerenberghe [2], 10.
- hypertensives, Bartorelli [121], 2.
— ostéogéniques et consolidation, Barba Inclan [151], 3.
Suppuration sous-phrénique dans un abcès staphylococcique du foie chez un nouveau-né, Pouyanne [95], 9.

Surrénalectomie pour Raynaud et hypertension, Creyx [174], 1.
— bilatérale, pour cancer prostatique, Scardino [45], 13.
Suture chirurgicale (Matériel), Madsen [17], 11.
Sympathectomie lombaire bilatérale en un temps, Ducuing [1], 1.
Sympathique (Blocage) dans les lésions vasculaires, G. H. Pratt [144], 5.
Sympathoblastome (Radio-diagnostic), J. Lefebvre [23], 2.
Syndrome d'afibrinogénémie, Da Rocha [20], 3.
— du canal carpien dans l'élongation du plexus brachial, Géraud [94], 3.
— carentiel après gastrectomie, Furbetta [123], 1.
— épaule-main, Houli [156], 3.
— de Klippel-Feil-Trenaunay, Perez Fontana [36], 2.
— du lobe moyen par corps étranger, A. R. Valle [144], 3.
— de Meigs, W. E. Knaus [34], 1; Rodriguez [151], 1.
— de Demons-Meigs, Kazancigil [171], 3.
— d'occlusion artérielle aiguë, Loizzi [121], 3.
— post-phlébitique (Physiopathologie), Westermeyer [58], 1.
— de sciatique, Hepburn [142], 3.
Syndromes abdominaux aigus, Trivellini [9], 8; Colombo [9], 11.
Synéchies utérines, Musset [171], 2.
Synostose tarsienne dans le pied plat, De Marchi [29], 4.
Synoviale (Test de perméabilité à l'iodure de sodium), de Sèze [68], 9.
Syphilis, Lacapère [68], 3; Rœderer [68], 11.
— médiastinale, H. M. Leather [116], 4.
Système nerveux (Complications graves) dues au protoxyde d'azote chez l'enfant, Lassner [84], 5.
— — (Gliome polymorphe), K. J. Zülch [64], 3.
— neuro-végétatif (Blocage), en neuro-chirurgie, F. Pampus [4], 3.
— porte (Exploration), Lœper [112], 1.
— — (Phlébographie); injection splénique trans-pariétale, Leger [77], 2.
réticulo-endothélial utérin (Tumeurs), Russo [74], 3.

T

Tabes, Lacapère [68], 3.
Talcage intra-pleural (Incident rare), A. Dussert [95], 4.
Tamponnement chimiothérapique, Medici [153], 9.
Tarse (Ostéo-arthropathies), Lacapère [68], 3.
— (Soudure); interprétation radiologique, W. H. Waughan [82], 7.
— (Synostose), de Marchi [29], 1.
Tarsectomie pour aplasie musculaire presque totale dans un double pied bot varus cabus congénital, H. L. Rocher [95], 6.
Technique de Longmire-Sandford, Bonilla Naar [20], 2.
— de Roger Anderson, Ullik [3], 26.
— de Dos Santos, Ducuing [1], 1.
Température intra-gastrique dans l'ulcère, Benjamin [17], 4.
Tendon d'Achille (Lésions traumatiques graves) dans les accidents du travail, Ruben A. Cazorla Palacios [22], 17.
— — (Rupture par blessures), H. Barros Diaz [22], 18.
— du quadriceps (Rupture), Vergara [22], 36.
Test cytologique vaginal de dégénérescence ovulaire au cours de l'œstrogénothérapie massive, R. Bourg [69], 1.
Test à la régitine, Araza [174], 2.
Testicule (Néoplasies); exploration sanglante, Lacal [153], 11.
— (Torsion), Kooreman [119], 5.
— (Tumeur bénigne), Wenz [136], 4.
Tétanos (Antitoxine, novocaïne et bicarbonate), Christian [108], 3.
— (Curare), Schmitt [3], 25.
— (Immunisation) d'après Westermann, Seifert [3], 14.
— (— active), North [166], 1.
— du nouveau-né, Corcos [101], 1.
Thiouracil dans la réparation cicatricielle, E. Acevedo [22], 22.
Thoracoplastie (Suites) pour tuberculose, Bérard [1], 2.
Thorax (Chirurgie); douleur post-opératoire, Kugel [60], 13.
— — hémorragie, Da Rocha [20], 3.
— en entonnoir, Mermans [119], 2.
— — (Formes), Brandt [60], 7.
— (Infections graves), Oudet [98], 1.
— (Cavité) (Ganglioneurome), Tala [12], 5.
(Intervention); problème anesthésique, M. L. Phelps [144], 8.
— — (Méningocèle), Sears [63], 10.
— — (Néoplasmes chez le jeune enfant), Bulgarelli [31], 2 et 3.
(Tumeurs malignes); veinographie, Krall [60], 9.
— (Paroi) (Fibrome sous-pleural), Suiffet [160], 6.
Thorotrast (Lésions rénales), Kerschmer [3], 3.
Thrombine pour hémorragie gastrique, Usteri [136], 3.
Thrombo-embolie, Barahona [162], 1; Armas Cruz [162] 2,; Alessandri [162], 3.
- (Diagnostic précoce), Rollo [128], 1.
Thrombophlébite migrante, Thomas [142], 2.
Thrombose (Prophylaxie), Friedrich [104], 1.
— veineuse, Fontaine [121], 1.
— — du post-partum et ulcère de jambe S. T. Anning [117], 2.
Thymome, Crâne [63], 3.
Thyrotoxicose, Cendan Alfonzo [160], 4.
Tibia (Courbure congénitale), San Martino [29], 3.
— (Fractures obliques); vissage, Soulier [2], 5.
— (Extrémité supérieure) (Décollement épiphysaire obstétrical); 2 cas, L. Parenzan [24], 6.
— — (Fracture); subluxation du genou, Trillat [170], 12.
— (Plateau externe) (Fracture), Ferre [35], 4.
— (Tubérosité) (Fractures), Musculo [35], 2; Sgrosso [35], 3.
Tissu cellulaire sous-cutané (Syndrome de dissémination métastatique, Kaplan [23], 1.
— conjonctif médiastinal, W. A. Bat [5], 5.
connectif (Substance fondamentale), Persson [134], 2.
- pancréatique aberrant dans la paroi gastrique, R. G. Majer [18], 10.
Tissus (Lésions d'origine vaso-motrice), Reboul [56], 1.
— (Réactions) au tantale et à l'acier inoxydable), R. Koontz [15], 8.
Trachée (Kyste), Kempf [60], 12.
— (Rétrécissement congénital), Krauss [60], 3.
— (Sténose) après abcès froid thyroïdien, Link [47], 3.
Tractus digestif (Dilatation idiopathique totale), Deluen [77], 15.
— — (Sphincters) ou pylores, L. J. Affonso di Dio [54], 3.
— — supérieurs (Cancer), Mitrovic [139], 1.

Tractus génito-urinaire (Tuberculose), Dentike [108], 4.
— urinaire (Difformités) et absence du vagin, Phelan [17], 1.
— — (Malacoplasie), Bennett [45], 11.
Transfusion de sang en chirurgie (Étude critique), R. Tzanck [84], 2.
Transillumination vaginale, Shaw [45], 12.
Traumatismes (Mortalité infantile par —), E. Tomanek [138], 10.
— abdominaux, Falco Rosa [160], 3.
— cardiaques par cathétérisme, Goodwin [59], 3.
— cérébraux, Lapouille [77], 31.
— crânio-cérébraux, Brun [86], 3.
— hépatiques, Wewalka [108], 9.
— des membres, Simon [170], 4.
— ostéo-articulaires (Altération), H. E. Billig Jr [18], 9.
— graves du tendon d'Achille, Ruben A. Cazorla Palacios [22], 17.
— thoraciques, Agostoni [55], 1.
Triangle stylo-digastrique, Mercier [46], 3.
Trochanter [Grand] (Ostéomyélite tuberculeuse), E. Lampe [32], 4.
Trompe de Fallope (Cancer), Besserer [38], 4.
— — (Invagination), E. J. de Costa [42], 12.
— — (Obturation); chirurgie et ses résultats, R. Palmer [111], 2.
Tronc brachio-céphalique (Anévrysmes); découvertes cliniques et radiologiques dans 18 cas, B. B. Gay Jr [82], 1.
— veineux (Ligature) dans les séquelles de la phlébite, A. M. Boyd [116], 3.
Trou de Luschka (Atrésie) avec agénésie du corps calleux, E. F. Van Epps [81], 3.
— de Magendie (Atrésie) dans l'agénésie du corps calleux, E. F. Van Epps [81], 3.
Tubage alimentaire naso-gastrique (Tolérance au —), E. B. Smith [145], 1.
Tube de Miller-Abbott (Localisation manométrique du ballon, Bartlett [17], 6.
Tube digestif (Corps étranger), Moreau [77], 14.
Tuberculome cérébral, Botreau Roussel [102], 4.
Tuberculose (Primo-infection); exérèse ganglionnaire et désobstruction bronchiques dans les formes compliquées, P. Giraud [67], 1.
— arthrosynoviale du genou, Cabitza [30], 7.
— articulaire, M. Felländer [32], 1.
— coxale (Croissance du membre), Tessarolo [28], 3.
— — (Résultats), Barberis [28], 1.
— fistuleuse (Hyaluronidase), Stagno [30], 2.
— génitale de la femme (Thérapie sélective), Kraubig [38], 2.
— génito-urinaire, Dentike [108], 4.
— hypertrophique d'une anastomose iléo-colique, Michaud [173], 7.
— médiastinale, Wilhelm [60], 10.
— méningée, Pampus [65], 2.
— ostéo-articulaire, Galland [163], 2.
— péritonéale (Sténoses en virole), Pélissier [77], 26.
prostatique avec cancer, Martelli [44], 3.
pulmonaire, P. Giraud [67], 1; R. Israel [67], 2; Bérard [67], 3; J. Dark [116], 2.
— — (Isoniazide), Denst [75], 1.
— — (Chirurgie actuelle), Dambrin [86], 2.
— — (Décortication), Zenker [60], 5.
— — (Exérèse), Biancalana [127], 1.
— — (Stratigraphie des cavernes), Porro [78], 6.
— — (Suites de la thoracoplastie), Bérard [1], 2.
— rénale, E. Ljunggren [11], 1.
— — (Évolution thérapeutique), Cibert [163], 1.
Tuberculose sacro-iliaque, Dezza [27], 2.
scapulaire, Coste [68], 2.
synoviale du genou, W. S. Smith [144], 1.
thyroïdienne (Abcès froid); sténose trachéale, Link [47], 3.
— — (Infection et réinfection), Distefano [8], 9.
Tumeurs (Hémolymphopathies), Z. Marinello [76], 2.
abdominales, Sterne [102], 2.
— — chez l'enfant, G. Sansone [31], 4; L. Stropeni [31], 5.
— adénomatoïdes, Ambrose [45], 14.
— amygdaliennes, Masturzo [124], 1.
— appendiculaires malignes, J. Driessens [71], 9.
du cavum malignes, R. Ducrocq [71], 5.
— à cellules géantes, Valentino [8], 4.
— cérébrales, Botreau Roussel [102], 4,
— duodéno-jéjunales, Peycelon [170], 14.
de l'encéphale chez l'enfant, G. M. Fasiani [31], 6.
d'Ewing simulées, E. J. Grace [143], 3.
— fibro-langerhansiennes, Leger [174], 3.
— de Krukenberg, W. Cirolini [40], 3.
malignes (Diffusion métastatique), J. Driessens [71], 11.
— — (Action hormonale hypophysaire), Seliger [104], 5.
— médiastinales, Depaulis [95], 1; Prévost [140], 1.
— antérieures, Monod [168], 5.
— — malignes, Krall [60], 9.
— myéloplaxes, de Sèze [68], 8.
— œsophagiennes bénignes, Totten [63], 4.
— oro-pharyngées, Huet [87], 2.
— osseuses malignes primitives, G. E. Haggart [144], 4.
— parotidiennes, Laage-Hellman [133], 2.
— — (Formations perlées), Arcidiacono [74], 5.
— de la queue de cheval, Fineschi [9], 7.
intra-rachidiennes, Ricard [1], 3.
— rénales, Burns [45], 2.
du rhino-pharynx, Simonetta [87], 1.
— salivaires, Mylius [133], 3.
— sternales, Allamand [22], 38.
— testiculaires bénignes, Wenz [136], 4.
— vésicales, Macquet [77], 29.
— vésiculaires, Rocca Russo [120], 1.
Tunique vaginale (Tumeur adénomatoïde), Ambrose [45], 14.

U

Ulcères du canal pylorique, Moreau [77], 12.
duodénaux, Demirleau [101], 3.
— chroniques de l'enfance, Cameron [16], 13.
expérimentaux, Acevedo [22], 37.
gastriques, S. F. Marshall [15], 15; I. S. Ravdin [15], 16. Geffroy [48], 3; V. Hamr [138], 8.
— (Gastro-entérostomie et résection fundique), Arnous [173], 12.
— (Température intra-gastrique), Benjamin [17], 4.
et cancer gastriques, S. F. Marshall [15], 15; I. S. Ravdin [15], 16.
— — expérimentaux, Bernasconi [9], 3.
— géants, Vachon [173], 10.
— gastro-duodénaux (Hérédité), Vagne [173], 19.
— (Haute valeur des érythrocytes et de l'hémoglobine), Hartiala [115], 1.
— — (Association à la cirrhose hépatique), Antonini [128], 3.
— — (Orientation thérapeutique) Branco Ribeiro [158], 1.
— — (Traitement médical), Ruiz [114], 1.
— — (Banthine), Molano [151], 2.
— — (Traitement par réglisse), Gutmann [173], 1.

Ulcères gastro-duodénaux chez les prisonniers à Helsinki, Siurala [115], 2.
— — (Perforation), Magladry [16], 11.
— — perforés, Mialaret [102], 1.
— intestinaux simples, Colombo [8], 11.
— — perforés, Colombo [9], 11.
— de jambe, Metzger [103], 5; S. T. Anning [117], 2.
— œsophagiens, Cocchi [80], 6.
— peptiques perforés (Fistule duodéno-colique rebelle), J. Metelka [138], 4.
Uretère (Anastomose intestinale); physiologie, Baker [45], 9.
— (Blessures gynécologiques), Martin [45], 8.
— (Calculs); élimination paracystoscopique, Grove [119], 3.
— (Carcinome papillaire), Eguchi [164], 2.
— (Kyste pelvien), Hyman [45], 6.
— (Papillomatose), Salvetti [44], 4.
— (Sarcome primitif), Dargent [170], 10.
— (Péri-urétérite plastique), Vest [45], 7.
— [Jonction pelvienne. Portion supérieure] (Sténose); urétérotomie intubée, Ch. P. Mathé [18], 7.
— pelvien (Radiologie), Robecchi [127], 5.
Urétéro-sigmoïdostomie pour exstrophie, I. Pasqualetti [10], 2.
Urétérotomie intubée pour sténose, Ch. P. Mathé [18], 7.
Urèthre (Angio-réticulo-endothélio-sarcome), Arcidiacono [74], 4.
Uréthrographie chez l'homme, Morales [79], 1.
Urogastrone, Gallo [126], 1.
Urologie (Cas d' —), H. E. Bœke [5], 3.
Utérus (Cancer); aspects biologique et hormonal, Botella Llusia [77], 5.
— (Fibrome calcifié); aspect madréporique, Rouhier [168], 11.
— (Fixation); conséquences obstétricales, Plasse [171], 12.
— (Kyste); 2 cas, Barrier [168], 2.
— (Myome) et ovaire, Goisis [74], 1.
— (Perforation) suivie de hernie intestinale, W. A. Potts [42], 14.
— (Tumeurs réticulo-endothéliales), Russo [74], 3.
— [Col] (Adéno-cancer); implantation sur l'endomètre), Miraglia [73], 2.
— — (Cancer), Schubert [103], 2.
— — aux États-Unis, Ingiulla [9], 2.
— — et cervicite, Fulconis [72], 7.
— — dans la grossesse, Keller [171], 20.
— — — curiethérapie, Gauducheau [77], 19.
— — — premiers résultats de la curiethérapie vaginale axiale, J. Nuytten [71], 1.
— — opération de Schauta, A. Brunschwig [42], 4.
— — (Électro-coagulation), Berger [37], 3.
— — (Métaplasies à cellules squameuses), Fluhman [17], 8.
— — (Myomes), Alha [12], 3.
— [— restant] (Cancer du moignon), Turtola [12], 4.
— [Corps] (Cancer), Lagrot [72], 1.
— — (Carcinome diffus), C. Mosetti [40], 1.
— [Isthme] (Cancer); évolution après césarienne, Marcel [172], 4.
— [Paroi] (Synéchies), Musset [171], 2.

V

Vagin (Absence congénitale), Phelan [17], 1.
— (Cellules exfoliées et parasites); coloration, Thompson [13], 15.
— (Curiethérapie axiale) pour cancer du col, J. Nuytten [71], 1.
— (Hémorragie traumatique), Cope [166], 5.
— (Néoformation osseuse) de pathogénie rare, T. M. Caffaratto [40], 2.
Vagin (Transillumination), Shaw [45], 12.
— [Paroi] (Chorio-épithéliome), Wirtz [171], 17.
Vaginalite aiguë, Kantor [169], 6.
Vagotomie et gastrectomie conservatrice comparées, L. W. Edwards [15], 13.
Vaisseaux (Lésions); anticoagulants et blocage sympathique, G. H. Pratt [144], 5.
— (Perméabilité à l'albumine), Metzger [103], 5.
— intra-hépatiques (Dispositifs régulateurs) après pneumonectomie, Cecchi [61], 7.
— lymphatiques (Hémorragies), L. Wirth [14], 4.
— médiastinaux (Malformation); atrésie œso-trachéale, Krauss [60], 3.
— mésentériques (Occlusion), Mersheimer [16], 5.
— œsophagiens, Gloor [60], 14.
— périphériques (Affections); oscillométrie, Westermeyer [22], 31.
— spléniques (Anévrysmes artério-veineux), hypertension portale consécutive, H. Sigwart [4], 11.
Valvule tricuspide (Atrésie congénitale), Astley [59], 1.
Valvules aortiques (Commissurotomie), Lorzelere [63], 7.
— mitrales (Altérations); chirurgie, Bailey [136], 1.
— — (Rétrécissement); chirurgie, Froment [91], 2.
— — (Sténose), Escobar [22], 4.
— — — résultats de 55 cas, Bayer [105], 2; [105], 3.
— — indications et contre-indications chirurgicales, A. Enjalbert [94], 1.
Varices (Complexe symptomatique), Mittelberger [3], 12.
— (Méthode chirurgicale et veines communicantes); résultats tardifs de 293 cas opérés, F. R. Mathiesen [11], 5.
— essentielles (Chirurgie), Suares [154], 1.
Variole (Complications chirurgicales), Hébraud [168], 7.
Veine axillaire (Stase); expertise et traitement, Th. Tiwisina [4], 2.
— cave inférieure (Ligature) pour cardiopathies, Decoulx [2], 6.
— — supérieure gauche (Persistance), Gardner [59], 2.
Veines (Thrombose), Fontaine [121], 1.
— communicantes et varices (Chirurgie dans 293 cas), F. R. Mathiesen [11], 5.
— médiastinales (Cathétérisme) dans les tumeurs intra-thoraciques, Krall [60], 9.
— pulmonaires (Drainage par veine cave supérieure gauche), Gardner [59], 2.
— pulmonaires (Transposition), Neptune [63], 5.
Ventilation pulmonaire après lobectomie, Ricceri [61], 6.
Vertèbres borgnes (Cancer vertébral au début), Paschetta [77], 20.
— noires (Maladie de Hodgkin), de Sèze [68], 6.
— lombaires supérieures (Déformation) chez l'enfant, Rainsford [26], 1.
Vésicule biliaire (Absence congénitale), Belloso [160], 2.
— — (Calcification), Davis [167], 1.
— — (Fistule duodénale), Berens [147], 1.
— — (Kyste hydatique), Pulnik [139], 5.
— — (Sarcome), Gibertini [74], 2.
— — (Action des substances de contraste), Vanlerenberghe [2], 10.
— — (Tumeur bénigne), Rocca Russo [120], 1.
Vessie (Cancer); ectomie totale, Boucheron [169], 3.
— (Cystographie), Gandini [78], 9.
— (Exstrophie); opération de Coffey, J. Pasqualetti [10], 2.

MASSON et Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS-VIe

RADIOLOGIE DU REIN ET DE L'URETÈRE

PAR

R. GOUVERNEUR
Chirurgien de l'Hôpital Necker,
Chef du Service d'Urologie.

P. PORCHER
Radiologiste
de l'Hôpital Saint-Antoine

R. HICKEL
Radiologiste des Hôpitaux,
Radiologiste du Service d'Urologie de l'Hôpital Necker.

Préface du Professeur G. MARION

Un volume de 440 pages, avec 412 figures . . . . . **5.185** fr.

L'ŒSOPHAGE EN CARDIOLOGIE

ÉTUDE RADIOLOGIQUE
DE L'ŒSOPHAGE DANS LES CARDIOPATHIES CONGÉNITALES
ET ACQUISES

PAR

Marcel SEGERS
Chargé de Cours
à l'Université de Bruxelles.

Marcel BROMBART
Chef du Service
de Radiodiagnostic.

Préface du Professeur Ch. LAUBRY

Un volume de 202 pages, avec 135 figures . . . . . **1.248** fr.

LA THÉRAPEUTIQUE PAR LE SOMMEIL

PAR

J.-M. ANGEL

avec la collaboration de F. PEILLET

Un volume de 152 pages. . . . . **820** fr.

Vessie (Fistule vaginale); réparation, Shaw [45], 12.
— (Néoplasies) cyto-diagnostic, Sanseverino [122], 3.
— (Physiologie), Lapides [45], 10.
— (Tumeurs); cystographie, Macquet [77], 29.
— [Col] (Sa destinée après prostatectomie), M. Caine [118], 6.
— — (Obstruction); aspects cliniques et pathologie, Mitchell [118], 5.
— — (— chez la femme), Th. Moore [118], 7.
— — (Occlusion), Colomer [113], 3.
Vis à traction continue pour fracture du col fémoral, Coutelier [24], 9.
Vissage diaphysaire, Soulier [2], 5.
Voie biliaire commune (Sténose traumatique), Bullock [166], 2.
Voies biliaires (Dystonies); cholangiographie, Bernay [173], 2.
— — (Échinococcose), Bourgeon [1], 4.
— — (Fistules bronchiques), Bergareche [50], 5.
— — (— internes spontanées), Epperson [147], 2.
— — (Radiomanométrie); son utilité, A. Arianoff [110], 1.
— — (Visibilité) dans la cystographie, Novel [77], 32.
Voies biliaires extra-hépatiques (Chirurgie), Costa Toledo [21], 1.
— — — (Fonctionnement), Siffert de Paula e Silva [158], 2.
— digestives (Obstruction mucilagineuse), Girard [173], 9.
— urinaires (Malformation), Salisachs [25], 1.
— — — dans une aplasie de la musculature de la paroi abdominale, Sacrez [23], 6.
Voie transnasale (Son actualité dans la chirurgie de l'hypophyse), L. Cojazzi [129], 1.
Voix nouvelle après laryngectomie, Alcaydo-Antoine [72], 4.
Vomissements chez le nourrisson par angiome œsophagien, Despons [95], 10.
— anesthésiques, E. Kern [84], 1.

X

Xylobézoard (Origine médicamenteuse), Dufour [77], 33.

Z

Zona (Influence osseuse), Fournier [77], 23.

COUNTWAY LIBRARY
HC 4HZK J